

INDEXED

*Actas de la Decimocuarta
Conferencia Sanitaria Panamericana,
Sexta Reunión del Comité Regional de
la Organización Mundial de la Salud
para las Américas*

Santiago, Chile, 7-22 de octubre de 1954



OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Washington, D.C., E.U.A.

ORGANIZACION SANITARIA PANAMERICANA

DOCUMENTOS OFICIALES

No. 14

INDEXED

Actas de la Decimocuarta
Conferencia Sanitaria Panamericana
Sexta Reunión del Comité Regional de
la Organización Mundial de la Salud
para las Américas

Santiago, Chile, 7-22 de octubre de 1954

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud
1501 New Hampshire Ave., N.W.
Washington 6, D.C., E.U.A.

11401

RA
10
.AG
03
no. 14
Spaw.

SUMARIO DE MATERIAS

PRIMERA PARTE

ORGANIZACION DE LA CONFERENCIA

	<i>Página</i>
Convocatoria de la Conferencia	3
Presidente y Vicepresidentes de Honor de la Conferencia	4
Comisión Chilena de Organización	5
Participantes:	
Delegaciones de los Gobiernos Miembros	5
Observador, Gobierno no Miembro	8
Organización Mundial de la Salud	8
Funcionarios de la Oficina Sanitaria Panamericana	8
Observadores de Organizaciones Intergubernamentales	8
Observadores de Organizaciones no Gubernamentales	8
Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana	9
Programa de Temas	15
Mesa Directiva de la Conferencia	18
Mesa Directiva de las Comisiones:	
Comisión de Credenciales	19
Comisión General	19
Comisión I (Asuntos Técnicos)	19
Comisión II (Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos)	19
Comisión I y Comisión II (Sesiones Conjuntas)	19
Grupos de Trabajo:	
Comisión I:	
Grupo de trabajo "A" (Estadística)	20
Grupo de trabajo "B" (Diarreas infantiles)	20
Grupo de trabajo "C" (Educación sanitaria)	20
Grupo de trabajo "D" (Malaria)	20
Grupo de trabajo "E" (Treponematosis)	20
Comisión II:	
Grupo de trabajo 1 (Revisión de la Constitución)	20
Terceras Jornadas Chilenas de Salubridad	20
Visitas a servicios de salubridad	21
Actividades sociales	21
Cuadro diario de sesiones	22

SEGUNDA PARTE

ACTAS TAQUIGRAFICAS DE LAS SESIONES PLENARIAS

Página

Sesión Inaugural, (jueves, 7 de octubre de 1954, a las 11 h. 15 m.)

Discurso del Excmo. señor Presidente de la República de Chile, Don Carlos Ibáñez del Campo	26
Discurso del Excmo. señor Secretario de Salubridad y Asistencia de México, Dr. Ignacio Morones Prieto	28
Discurso del señor Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. M. G. Candau	31
Discurso del señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Fred L. Soper	33

Primera Sesión Plenaria, (viernes, 8 de octubre de 1954, a las 11 h. 25 m.)

Tema 2: Adopción del Reglamento de la Conferencia Sanitaria Panamericana	35
Tema 4: Establecimiento, mediante sorteo, de la precedencia de las Delegaciones	37
Tema 3: Nombramiento de la Comisión de Credenciales	38
Tema 5: Elección de Presidente y dos Vicepresidentes	38

Segunda Sesión Plenaria, (viernes, 8 de octubre de 1954, a las 15 h. 15 m.)

Tema 6: Establecimiento de las Comisiones Principales	40
Tema 7: Adopción del Programa de Temas	43
Tema 8: Adopción del Programa de Sesiones	43
Tema 9: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo	45

Tercera Sesión Plenaria, (sábado, 9 de octubre de 1954, a las 9 h. 25 m.)

Primer informe de la Comisión de Credenciales	49
Designación de Presidente y Vicepresidentes de Honor	49
Informe de la Comisión General	50
Tema 10: Informes del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana: (a) Informe Anual correspondiente a 1953 y (b) Informe Cuadrienal...	51
Tema 11-A: Discusiones Técnicas: Informes de los Estados Miembros sobre sus condiciones y progresos sanitarios alcanzados en el período transcurrido entre la XIII y la XIV Conferencias Sanitarias Panamericanas:	
Informe del señor Delegado de Colombia	60
Informe del señor Delegado de Costa Rica	62
Informe relativo a Puerto Rico	64
Informe del señor Delegado de Venezuela	68

Cuarta Sesión Plenaria, (sábado, 9 de octubre de 1954, a las 15 h. 25 m.)

Tema 11-A (continuación):	
Informe del señor Delegado de la República Dominicana	72
Informe del señor Delegado de Argentina	73
Informe del señor Delegado del Uruguay	78
Informe del señor Delegado de El Salvador	82
Informe del señor Delegado del Ecuador	84

Página

Informe del señor Delegado de Haití	87
Informe relativo a los Departamentos franceses de América	89
Informe relativo a la Guayana Francesa	91

Quinta Sesión Plenaria, (*lunes, 11 de octubre de 1954, a las 9 h. 30 m.*)

Vicepresidentes de Honor	94
Tema 11-A (<i>continuación</i>):	
Informe relativo a Surinam	94
Informe del señor Delegado de Panamá	97
Informe del señor Delegado de Chile	99
Informe del señor Delegado de Guatemala	111
Informe del señor Delegado del Perú	114
Informe del señor Delegado de Bolivia	116
Informe relativo a los territorios británicos	135
Informe relativo a Jamaica	139
Informe relativo a la isla Barbados	141
Tema 10: Informes del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (<i>continuación</i>)	143

Sexta Sesión Plenaria, (*jueves, 14 de octubre de 1954, a las 9 h. 30 m.*)

Segundo informe de la Comisión de Credenciales	162
Informe de la Comisión General	162
Tema 11-A (<i>continuación</i>):	
Informe del señor Delegado del Paraguay	163
Informe del señor Delegado de los Estados Unidos de América	168
Informe del señor Delegado de Cuba	176
Informe del señor Delegado de Nicaragua	180
Disponibilidad de la vacuna contra la poliomielitis	186
Cierre del debate sobre discusiones técnicas (Informes de los Estados Miembros)	186
Expresión de solidaridad con motivo del huracán sufrido por Haití.....	187

Séptima Sesión Plenaria, (*lunes, 18 de octubre de 1954, a las 10 horas*)

Lectura de cables procedentes de Bolivia, Ecuador y Venezuela.....	187
Primer informe de la Comisión II:	
Tema 16: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Ex- terno correspondientes a 1953	188
Tema 20: Informe del Subcomité Permanente de Edificios y Obras..	189
Tema 21: Revisión del Reglamento del Personal de la Oficina Sani- taria Panamericana	189
Tema 31: Fondo de Trabajo	189
Tema 33: Reembolso de los gastos de viaje a los Representantes a las reuniones de los Comités Regionales	189
Tema 39: Gasto a cargo del Fondo Rotatorio de Emergencia, en rela- ción con las inundaciones sufridas por un País Miembro.....	189
Tema 17: Participación financiera de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido, a nombre de sus territorios en la Región de las Américas, en el Presupuesto de la Organización Sanitaria Panameri- cana	190

	<i>Página</i>
Tema 30: Estipendios pagados a los becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana	190
Tema 18: Estado de la recaudación de las cuotas	194
Tema 39: Fondo Rotatorio de Emergencia	194
Tema 37: Organización de una oficina de trabajo en la ciudad de México durante la Octava Asamblea Mundial de la Salud (tema propuesto por el Gobierno de Cuba)	203
Informe del Secretario de la Reunión Conjunta de las Comisiones I y II:	
Tema 12: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para 1955	207
Asignaciones presupuestarias	207
Tema 19: Empleo de los fondos no utilizados en 1953	207
Tema 27: Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas	208
Tema 28: Elección de dos Países Miembros para llenar las vacantes en el Comité Ejecutivo por haber terminado sus mandatos Ecuador y México	213
 Octava Sesión Plenaria, (<i>martes, 19 de octubre de 1954, a las 9 h. 50 m.</i>)	
Segundo informe de la Comisión II	228
Primer informe de la Comisión I:	
Tema 11-B (i) Discusiones Técnicas: Métodos para mejorar la exactitud y fidelidad de los datos estadísticos primarios indispensables para los programas de salud	230
Declaración del señor observador del Fondo para la Infancia (Naciones Unidas)	249
Primer informe de la Comisión I (<i>continuación</i>):	
Tema 11-B (iii) Discusiones Técnicas: Aplicación de métodos de educación higiénica en zonas rurales de la América Latina.....	254
Tema 11-B (ii) Discusiones Técnicas: Control de las diarreas infantiles a la luz de los últimos progresos científicos	256
 Novena Sesión Plenaria, (<i>martes, 19 de octubre de 1954, a las 17 h. 5 m.</i>)	
Segundo informe de la Comisión II (<i>continuación</i>):	
Tema 23: Relaciones entre la Organización Sanitaria Panamericana y las Organizaciones no Gubernamentales	267
Tema 13: Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, y Resumen del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana, para el año 1956	267
Tema 34: Modificación del Programa y Presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para 1955	270
Tema 40: Funciones del Comité Ejecutivo en la preparación de las Conferencias Sanitarias Panamericanas	271
Tema 14: Forma de presentación en el futuro del proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	272
Tema 30: Estipendios pagados a los becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana (<i>continuación</i>)	272
Tema 22: Informe sobre el programa de economías y descentralización de la Oficina Sanitaria Panamericana	272

Página

Tema 25: Unidad de acción en los programas de salud pública en la Región de las Américas	275
Tema 35: Programa de Asistencia Técnica para 1955	285
Tema 26: Selección de temas para las discusiones técnicas que tendrán lugar durante la VIII Reunión del Consejo Directivo, VII Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (1955)	286
Tema 36: Saneamiento del medio	294
Lema del Día Mundial de la Salud	295
Tema 38: Congreso Interamericano de Higiene (tema propuesto por el Gobierno de Cuba)	295
<i>Décima Sesión Plenaria, (miércoles, 20 de octubre de 1954, a las 11 horas)</i>	
Lectura de cables de la República Dominicana y de Cuba	298
Comunicación de la Delegación de Chile	299
Medidas para facilitar el análisis de los presupuestos	299
Medidas para contribuir al fortalecimiento de las Administraciones Nacionales de Salud Pública	300
Tercer informe de la Comisión II:	
Tema 29: Lugar y fecha de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana Normas para aceptar enmiendas a la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana	300
Tema 15: Revisión de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana	303
Tema 15: Revisión de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana	306
Segundo informe de la Comisión I:	
Tema 24: Treponematosis	327
Tema 32: Erradicación de la malaria en las Américas	327
Tema 25: Unidad de acción en los programas de salud pública y Tema 35: Programa de Asistencia Técnica para 1955 (<i>continuación</i>)	329
Horario de las próximas sesiones	331
Reconocimiento a las autoridades de Chile	332
<i>Sesión de Clausura, (viernes, 22 de octubre de 1954, a las 10 horas)</i>	
Lectura, aprobación y firma del Acta Final	333
Lectura de un cable de Guatemala	335
Discurso de clausura	335

TERCERA PARTE

ACTAS RESUMIDAS DE LA COMISION GENERAL Y DE LAS COMISIONES PRINCIPALES

Comisión General

Primera Sesión

Asignación de los temas del programa	339
Constitución de la Comisión II	339
Informes cuatrienales de los Gobiernos	340

Segunda Sesión

Fijación del orden del día de la próxima sesión plenaria	340
Coordinación de las sesiones	341
Temas asignados a la Comisión II	341

	<i>Página</i>
Tercera Sesión	
Proposición de la Delegación de Nicaragua	342
Reunión conjunta de la Comisión I y de la Comisión II	342
Cuarta Sesión	
Orden del día y presidencia de la sexta sesión plenaria	342
Actividades de las dos Comisiones principales	343
Grupo de trabajo para estudiar el Tema 32 (Erradicación de la malaria)	343
Quinta Sesión	
Fijación del orden del día y de las próximas sesiones	344
Sexta Sesión	
Orden del día de la próxima sesión plenaria	345
Séptima Sesión	
Informe de la Comisión I	346
Primer Informe de la Comisión II	347
Informe de la Comisión Conjunta	347
Modificación del orden de los temas en sesión plenaria	347
Octava Sesión	
Próximas sesiones plenarias	348
Novena Sesión	
Proposiciones de la Delegación de Chile	348
Carta de la Delegación de México	349
Redacción del proyecto de Acta Final	353
Décima Sesión	
Proyecto de Acta Final	354
Comisión I, de Asuntos Técnicos	
Primera Sesión	
Designación del Vicepresidente y del Relator	356
Instalación de tres grupos de trabajo	356
Temas asignados a la Comisión I	358
Segunda Sesión	
Formación del grupo de trabajo "D" (Erradicación de la malaria)...	359
Tercera Sesión	
Tema 11-B (iii) Aplicación de métodos de educación higiénica en zonas rurales de América Latina. Informe del grupo de trabajo "C"	360
Tema 11-8 (ii) Control de las diarreas infantiles a la luz de los últimos progresos científicos. Informe del grupo de trabajo "B"	361
Cuarta Sesión	
Tema 11-B (i) Métodos para mejorar la exactitud y fidelidad de los datos estadísticos primarios para programas de salud. Informe del grupo de trabajo "A"	363

Página

Tema 11-B (ii) Control de las diarreas infantiles a la luz de los últimos progresos científicos (<i>continuación</i>). Proyecto de resolución presentado por el grupo de trabajo "B"	364
Tema 11-B (iii) Aplicación de métodos de educación higiénica en zonas rurales de América Latina (<i>continuación</i>). Proyecto de resolución presentado por el grupo de trabajo "C"	364
Tema 32: Erradicación de la malaria en las Américas. Informe del grupo de trabajo "D"	364
Quinta Sesión	
Tema 24: Treponematosi. Bases generales sobre las cuales debe orientarse una campaña epidemiológica	369
Sexta Sesión	
Tema 24: Treponematosi (<i>continuación</i>). Informe del grupo de trabajo "E"	372
Tema 32: Erradicación de la malaria en las Américas (<i>continuación</i>). Informe del Relator del grupo de trabajo "D"	372
Comisión II, de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos	
Primera Sesión	
Elección del Vicepresidente y del Relator	374
Tema 15: Revisión de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana	374
Segunda Sesión	
Tema 16: Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo correspondientes a 1953	382
Tema 20: Informe del Subcomité Permanente de Edificios y Obras... ..	383
Tema 21: Informe sobre la revisión del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, confirmada por el Comité Ejecutivo en su 22a Reunión	385
Tema 30: Estipendios pagados a los becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana	386
Tema 31: Fondo de Trabajo	386
Tema 33: Reembolso de los gastos de viaje de los Representantes a las reuniones de los Comités Regionales	387
Tema 39: Fondo Rotatorio de Emergencia	388
Tema 37: Organización de una oficina de trabajo en la ciudad de México durante la Octava Asamblea Mundial de la Salud	389
Tercera Sesión	
Tema 17: Informe sobre la participación financiera de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido, a nombre de sus territorios en la Región de las Américas, en el Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana	393
Tema 30: Estipendios pagados a los becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana (<i>continuación</i>)	395
Tema 18: Estado de la recaudación de las cuotas	399

	<i>Página</i>
Tema 39: Fondo Rotatorio de Emergencia (<i>continuación</i>) (propuesta de los Estados Unidos)	400
Tema 23: Relaciones entre la Organización Sanitaria Panamericana y las organizaciones no gubernamentales	401
Cuarta Sesión	
Tema 23: Relaciones entre la Organización Sanitaria Panamericana y las Organizaciones no Gubernamentales (<i>continuación</i>)	404
Tema 13: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, y resumen del proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para el año 1956	407
Tema 14: Forma de presentación en el futuro del proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana	409
Tema 34: Modificación del Programa y Presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para 1955	410
Tema 40: Funciones del Comité Ejecutivo en la preparación de las Conferencias Sanitarias Panamericanas	411
Quinta Sesión	
Primer informe de la Comisión II:	
Tema 16: Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo	414
Tema 20: Informe del Subcomité Permanente de Edificios y Obras	
Tema 21: Revisión del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	415
Tema 31: Fondo de Trabajo	415
Tema 33: Gastos de viaje de los Representantes a las reuniones de los Comités Regionales	415
Tema 39: Gasto a cargo del Fondo Rotatorio de Emergencia...	415
Tema 17: Participación financiera de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido	415
Tema 30: Estipendios pagados a los becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana	415
Tema 18: Estado de la recaudación de las cuotas	416
Tema 39: Fondo Rotatorio de Emergencia	416
Reservas presentadas por los Delegados de Costa Rica y Guatemala..	416
Sexta Sesión	
Tema 30: Estipendios pagados a los becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana (<i>continuación</i>)	417
Tema 39: Fondo Rotatorio de Emergencia (<i>continuación</i>)	418
Tema 29: Lugar y fecha de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana	420
Tema 15: Revisión de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana (<i>continuación</i>)	420
Séptima Sesión	
Tema 29: Lugar y fecha de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana (<i>continuación</i>)	428
Tema 15: Revisión de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana (<i>continuación</i>)	430

Octava Sesión

Tercer informe de la Comisión II:

Tema 29: Lugar y fecha de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana	438
Tema 15: Revisión de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana	438
Procedimiento de votación de las enmiendas a la Constitución....	438

Sesiones conjuntas de la Comisión I y de la Comisión II

Primera Sesión

Tema 12: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para 1955	440
--	-----

Segunda Sesión

Tema 19: Empleo de los fondos no utilizados en 1953	446
---	-----

CUARTA PARTE

INFORMES Y OTROS DOCUMENTOS

Comisión de Credenciales

Primer informe (Doc. CSP14/44)	455
Segundo informe (Doc. CSP14/101)	455

Comisión I, de Asuntos Técnicos

Informes:

Primer informe, Parte I: Informe del grupo de trabajo "C" sobre educación higiénica (Documento CSP14/79, Rev. 1)	456
Primer informe, Parte II: Informe del grupo de trabajo "B" sobre control de las diarreas infantiles (Documento CSP14/79, Rev. 1)	458
Primer informe, Parte III: Informe del grupo de trabajo "A" sobre estadística (Documento CSP14/69, Rev. 1)	462
Segundo informe, Parte I: Informe del grupo de trabajo "D" sobre erradicación de la malaria en las Américas (Documento CSP14/81)	470
Segundo informe, Parte II: Informe del grupo de trabajo "E" sobre treponematosiis (Documento CSP14/88)	473

Documentos Técnicos:

Aplicación de métodos de educación higiénica en las zonas rurales de la América Latina, por la Srta. María Zalduondo (Documento CSP14/28)	475
Control de las diarreas infantiles a la luz de los últimos progresos científicos, por el Dr. Albert V. Hardy (Documento CSP14/27)....	481
Métodos para mejorar la exactitud y fidelidad de los datos estadísticos primarios indispensables para programas de salubridad, por el Dr. Enrique Pereda O. (Documento CSP14/26)	526
Erradicación de la malaria en las Américas:	
Exposición general por el Director de la OSP (Documento CSP14/36)	532
Declaración del Dr. N. H. Swellengrebel, Jefe de la Delegación de los Países Bajos (Documento CSP14/82)	534

	<i>Página</i>
Treponematosi (Documento CSP14/33, Rev. 1):	
I. Exposición general, por el Dr. Waldemar E. Coutts	536
II. La lucha contra la sífilis en Chile, por el Dr. Coutts <i>et al.</i> ...	539
Comisión II, de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos	
Primer informe (Documento CSP14/67, Rev. 1)	543
Documentos de Trabajo:	
Informe financiero del Director e informe del Auditor Externo correspondientes a 1953 (Documento CE22/4)	
(a) Informe financiero del Director	547
(b) Estados de cuentas correspondientes al año de 1953 ...	554
(c) Informe del Auditor Externo correspondiente a 1953 ...	567
Informe sobre la participación financiera de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido, a nombre de sus territorios en la Región de las Américas, en el presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana (Documentos CSP14/16 y CE22/12)	575
Estipendios pagados a los becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana (Documentos CSP14/35 y CE23/6)	578
Segundo informe (Documento CSP14/75)	581
Documentos de Trabajo:	
Relaciones entre la Organización Sanitaria Panamericana y las organizaciones no gubernamentales (Documento CSP14/7).....	586
Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, y Resumen del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para al año 1956 (Nota informativa referente a la distribución de fondos presupuestarios) (Documento CSP14/77)	589
Tercer informe (Documento CSP14/85, Rev. 1)	591
Anexos:	
Anexo I: Estudio del Proyecto Revisado de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana	592
Anexo II: Texto del Proyecto Revisado de la Constitución preparado por el grupo de trabajo No. I con las modificaciones introducidas por la Comisión II	593
Documentos de trabajo:	
Informe del Relator del grupo de trabajo No. 1 de la Comisión II (Documento CSP14/78)	601
Anexo I: Texto del Proyecto Revisado de Constitución preparado por el grupo de trabajo I	603
Anexo II: Moción presentada por la Delegación de México...	611
Miembros y Miembros Asociados de la Organización (propuesta del Gobierno de Cuba) (Documento CSP14/38)	612
Cambio de nombre de la Organización, Conferencia y Oficina; y modificación de la composición y reuniones del Comité Ejecutivo (Arts. 13 y 14 de la Constitución vigente) (Propuesta del Gobierno de Cuba) (Documento CSP14/39)	612
Informe final del Comité Permanente sobre la revisión de la Constitución (Documento CSP14/18)	613

	<i>Página</i>
Anexo: Texto del Proyecto de Constitución Revisada preparado por el Comité Permanente	615
Sesiones Conjuntas de la Comisión I y de la Comisión II	
Informe del Secretario (Documento CSP14/74)	623
Documentos de Trabajo:	
Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para 1955. (Informe del grupo de trabajo de la 22a Reunión del Comité Ejecutivo) (Documentos CSP14/19 y CE22/47, Rev. 1)	625
Informe sobre el programa de economías y descentralización de la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento CE23/5)	629
Nota informativa (Documento CE23/10)	638
Unidad de acción en los programas de salud pública en la Región de las Américas (Documentos CSP14/34 y CE22/16)	639

QUINTA PARTE

ACTA FINAL¹

Resoluciones Aprobadas:

I. Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo	651
II. Informes del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	652
III. Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1953	652
IV. Informe del Subcomité Permanente de Edificios y Obras	653
V. Revisión del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	653
VI. Fondo de Trabajo	654
VII. Reembolso de los gastos de viaje de los representantes a las reuniones de los Comités Regionales	654
VIII. Gasto a cargo del Fondo Rotatorio de Emergencia, en relación con las inundaciones sufridas por un País Miembro	654
IX. Participación financiera de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido, a nombre de sus territorios en la Región de las Américas, en el Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana...	655
X. Estado de la recaudación de las cuotas	655
XI. Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para 1955	656
XII. Asignaciones presupuestarias	656
XIII. Empleo de los fondos no utilizados en 1953	657
XIV. Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas	658
XV. Elección de dos Países Miembros para llenar las vacantes en el Comité Ejecutivo por haber terminado su mandato Ecuador y México	659

¹ El Acta Final, firmada por los delegados el 22 de octubre de 1954, apareció como Documentos Oficiales No. 10.

	<i>Página</i>
XVI. Estadísticas necesarias para los programas de salud	659
XVII. Estadísticas de población	659
XVIII. Estadísticas vitales	660
XIX. Estadísticas de morbilidad	660
XX. Estadísticas de recursos y servicios	661
XXI. Estadísticas económico-sociales relacionadas con la salud.....	662
XXII. Servicio de estadística en los organismos de salubridad	662
XXIII. Divulgación y enseñanza de las estadísticas aplicadas a salubridad	663
XXIV. Resumen de los informes de los Estados Miembros para 1954-1957	664
XXV. Métodos para mejorar la exactitud y fidelidad de los datos esta- dísticos primarios indispensables para programas de salud.....	665
XXVI. Aplicación de métodos de educación sanitaria en zonas rurales de América Latina	666
XXVII. Control de las diarreas infantiles	666
XXVIII. Relaciones entre la Organización Sanitaria Panamericana y las Organizaciones no Gubernamentales	667
XXIX. Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organiza- ción Mundial de la Salud, y Resumen del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para el año 1956	668
XXX. Modificación del Programa y Presupuesto de la Organización Mun- dial de la Salud para 1955	669
XXXI. Funciones del Comité Ejecutivo en la preparación de las Reuniones Sanitarias Panamericanas	669
XXXII. Forma de presentación en el futuro del Proyecto de Programa y Pre- supuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana	670
XXXIII. Estipendios pagados a los becarios de la Oficina Sanitaria Pana- mericana	670
XXXIV. Programa de economías y descentralización de la Oficina Sanitaria Panamericana	671
XXXV. Selección de temas para las discusiones técnicas que tendrán lugar durante la VIII Reunión del Consejo Directivo, VII Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (1955)	671
XXXVI. Congreso Interamericano de Higiene	672
XXXVII. Saneamiento del medio	672
XXXVIII. Lugar y fecha de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana.....	673
XXXIX. Normas para aceptar enmiendas a la Constitución de la Organiza- ción Sanitaria Panamericana	673
XL. Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana	673
XLI. Treponematosis	674
XLII. Erradicación de la malaria en las Américas	674
XLIII. Uso de fondos para la intensificación de actividades antimaláricas	675
XLIV. Votos de gracias	676
 Anexo:	
Secretaría de la Conferencia	678

PRIMERA PARTE

ORGANIZACION DE LA CONFERENCIA

CONVOCATORIA DE LA CONFERENCIA

Washington, D. C.
25 de marzo de 1954

Estimado señor Ministro:

De conformidad con el párrafo A del Artículo 7 de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana y en cumplimiento de la Resolución XXV aprobada por el Consejo Directivo en su VII Reunión (octubre de 1953) tengo el honor de convocar la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana (VI Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud) que se celebrará en Santiago de Chile del 7 al 22 de octubre de 1954, fecha fijada de común acuerdo con el Gobierno de Chile, huésped de la Conferencia.

La Conferencia actúa como Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud en virtud del Artículo 2 del Acuerdo celebrado entre ambas Organizaciones el 24 de mayo de 1949. Con arreglo a la Resolución VIII adoptada por la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana el Consejo Directivo no se reúne en los años en que se celebra la Conferencia.

Según el párrafo D. Artículo 7, Capítulo II de la Constitución, el Programa de Temas de la Conferencia deberá ser preparado por el Director y aprobado por el Comité Ejecutivo. Con el objeto de poder incluir en el proyecto de programa los temas que a juicio de su Gobierno deba considerar la Conferencia, me permito solicitar que tenga a bien disponer que sean transmitidos a esta Oficina, a la brevedad posible, para ser presentados a la consideración del Comité Ejecutivo en su 22a. Reunión, que tendrá lugar en Washington, D. C., del 22 al 30 de abril de 1954.

Dada la gran importancia para el futuro desarrollo y evolución de la Organización de los temas que se tratarán en la Conferencia es de esperar que todos los Gobiernos Miembros estén representados en ella y designen sus respectivas delegaciones con la mayor antelación posible a fin de que esta Oficina pueda remitirles la documentación con tiempo suficiente para su estudio.

Aprovecho esta oportunidad para reiterarle el testimonio de mi más distinguida consideración.

FRED L. SOPER
Director

PRESIDENTE Y VICEPRESIDENTES DE HONOR DE LA CONFERENCIA

Presidente de Honor:

Excelentísimo señor Presidente
de la República de Chile,
Don Carlos Ibáñez del Campo

Vicepresidentes de Honor:

Dr. Raúl Conrado Bevacqua
Ministro de Asistencia Social y Salud
Pública de la Argentina

Dr. Julio M. Aramayo Maldonado
Ministro de Higiene y Salubridad de
Bolivia

Dr. Aramis Taborda Athayde
Ministro de Sanidad del Brasil

Dr. Bernardo Henao Mejía
Ministro de Salud Pública de
Colombia

Dr. Rodrigo Loría Cortés
Ministro de Salubridad Pública de
Costa Rica

Dr. Carlos Salas Humara
Ministro de Salubridad y Asistencia
Social de Cuba

Dr. José Icaza Roldos
Ministro de Sanidad e Higiene del
Ecuador

Dr. Eduardo Barrientos
Ministro de Salud Pública y
Asistencia Social de El Salvador

Sra. Oveta Culp Hobby
Secretaría de Salud, Educación y
Bienestar de los Estados Unidos
de América

Sr. André Monteil
Ministro de Salud Pública y de la
Población de Francia

Dr. Carlos Sosa Barillas
Ministro de Salud Pública y
Asistencia Social de Guatemala

Sr. Roger Dorsinville
Secretario de Estado del Trabajo y
de la Salud Pública de Haití

General José Antonio Inestroza
Secretario de Gobernación, Justicia
Sanidad y Beneficencia de
Honduras

Dr. Ignacio Morones Prieto
Secretario de Salubridad y
Asistencia de México

Dr. Leonardo Somarriba
Ministro de Salubridad Pública de
Nicaragua

Sr. J. G. Suurhoff
Ministro de Asuntos Sociales y Salud
Pública de los Países Bajos

Sr. Ricardo Arias E.
Ministro de Trabajo, Previsión Social
y Salud Pública de Panamá

Dr. Enrique Zacarías Arza
Ministro de Salud Pública y Previsión
Social del Paraguay

Dr. Armando Montes de Peralta
Ministro de Salud Pública y
Asistencia Social del Perú

Sr. Iain Macleod
Ministro de Sanidad del Reino Unido
de la Gran Bretaña e Irlanda del
Norte

Dr. Marcial Martínez Larré
Secretario de Estado de Salud Pública
de la República Dominicana

Dr. Federico García Capurro
Ministro de Salud Pública del
Uruguay

Dr. Pedro A. Gutiérrez Alfaro
Ministro de Sanidad y Asistencia
Social de Venezuela

COMISION CHILENA DE ORGANIZACION

La Comisión Chilena de Organización fué designada por decretos números 151 y 629 del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social del Gobierno de Chile, dictados el 19 de enero y el 23 de junio de 1954, respectivamente, y quedó constituida en la forma siguiente:

Dr. Abraham Horwitz B., Subdirector del Servicio Nacional de Salud, Presidente; Dr. Guillermo Valenzuela L., Director General de Salud; Dr. Jorge Torreblanca, Subsecretario de Salud Pública; Dr. Waldemar Coutts, Profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile y ex Ministro de Salud Pública; Dr. Amador Neghme R., Profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile y Secretario de la Facultad de Medicina; Dr. Nacianceno Romero y O., ex Director General de Sanidad; Dr. Hernán Romero C., Profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile; Dr. Roberto Muñoz U., ex Director de Sanidad; Sr. Guillermo Torres O., Superintendente de Previsión Social; Dr. Marcos Charnes W., Jefe de la Oficina de Asuntos Internacionales del Servicio Nacional de Salud; Sr. René Sotomayor D., Subjefe Interino del Subdepartamento de Educación Sanitaria del Servicio Nacional de Salud; y Sr. Enrique Gómez, Jefe de la Sección de Conferencias y de la OEA, Ministerio de Relaciones Exteriores.

La Comisión colaboró en la preparación y organización de los trabajos de la Conferencia; publicó una "Guía Oficial" con informaciones y datos de interés para los señores delegados; estableció un servicio de atención médica y enfermería; creó un servicio de prensa; organizó un servicio de transportes y coordinó las actividades sociales de los señores delegados.

PARTICIPANTES

Delegaciones de los Gobiernos Miembros

ARGENTINA

Dr. Raúl Conrado Bevacqua,
Jefe de la Delegación
Dr. Gerardo Segura,
Jefe Suplente de la Delegación

Delegados:

Dr. Francisco J. Martone
Dr. Antonio Delio Kraly

Asesores:

Dr. Waldemar T. Wilde
Dr. Luis Alfredo Uslenghi
Dr. Angel Forte
Dr. Juan Carlos Costa
Sr. Orlando V. Fagioli
Sr. Osvaldo Piñero
Sr. Carlos Torres Gigena

BOLIVIA

Dr. Jorge Doria Medina,
Jefe de la Delegación

Delegado:

Dr. Antonio Brown L.

BRASIL

Delegado:

Dr. Henrique Rodrigues Valle

Asesor:

Dr. Frederico Carlos Carnauba

CHILE

Dr. Sergio Altamirano P.,
Jefe de la Delegación

Delegados:

Dr. Guillermo Valenzuela Lavín
Dr. Abraham Horwitz B.

Suplentes:

Dr. Jorge Torreblanca D.
Dr. Waldemar Coutts
Dr. Oscar Jiménez Pinochet

Asesores:

Dr. Alejandro Garretón Silva
Dr. Eduardo Cruz Coke
Dr. Benjamín Viel Vicuña
Dr. Amador Neghme R.
Dr. Nacienceno Romero y O.
Dr. Roberto Muñoz U.
Dr. Marcos Charnes W.
Dr. Hernán Romero
Sr. Guillermo Torres O.
Sr. Enrique Gómez
Sr. René Sotomayor Díaz
Dr. Hugo Behm
Dr. Teodoro Zenteno
Dr. Jerjes Vildósola
Dr. Arturo Scroggie
Dr. Aníbal Ariztía
Dr. Adalberto Steeger
Dr. Arturo Baeza
Dr. Francisco Mardones
Dr. Carlos Allende Gaete
Dr. Avogadro Aguilera
Dr. Sergio Ibáñez
Dr. Alfredo Taborga
Dr. Rolando Armijo
Dr. Jorge Bravo Murphy
Dr. Jorge Román
Dr. Guillermo Adriasola
Dr. Raúl Ortega
Sr. Mario Rodríguez Altamirano

COLOMBIA

Dr. Bernardo Henao Mejía,
Jefe de la Delegación

Delegados:

Dr. Jorge Jiménez Gandica
Dr. Gonzalo Montes Duque

Suplente:

Dr. Andrés Rodríguez Gómez

Asesores:

Dr. Marcos L. Villegas
Dr. Jaime Escallón

COSTA RICA

Dr. Oscar Vargas Méndez,
Jefe de la Delegación

Delegados:

Dr. Fernando Escalante Pradilla
Dr. Jorge Salas Cordero

Suplentes:

Srta. Elena Quesada Saborío
Srta. Graciela Carrillo Castro
Sr. Germán Sojo Arias

CUBA

Dr. Félix Hurtado,
Jefe de la Delegación

Delegados:

Dr. Alberto Recio y Forns
Dr. Pedro Nogueira Rivero

Suplente:

Dr. Roberto Villa León

ECUADOR

Dr. Carlos Grunauer Toledo,
Jefe de la Delegación

Delegado:

Dr. Juan Montalván Cornejo

Secretario de la Delegación:

Sr. Armando Espinel Elizalde

EL SALVADOR

Dr. Juan Alwood Paredes,
Jefe de la Delegación

Delegado:

Dr. Alberto Aguilar Rivas

ESTADOS UNIDOS

Dr. W. Palmer Dearing,
Jefe de la Delegación

Delegados:

Dr. Frederick J. Brady
Sr. Howard B. Calderwood

Asesores:

Dr. Roy Anduze
Sr. William Belton
Dr. E. Ross Jenney
Dr. Juan A. Pons
Sr. Walter W. Sohl, Jr.

FRANCIA

Dr. R. G. Hyronimus,
Jefe de la Delegación

Delegado:

Dr. Hervé Floch

Suplentes:

Dr. Pierre Bonamour
Sr. Pierre Carraud
Sr. René Crouy-Chanel

GUATEMALA*Delegados:*

Dr. José Fajardo
Ing. Humberto Olivero, hijo

HAITI

Dr. Lucien Pierre-Noël,
Jefe de la Delegación

Delegado:

Dr. Richard Nemorin

MEXICO

Dr. Ignacio Morones Prieto,
Jefe de la Delegación

Delegados:

Dr. Manuel E. Pesqueira
Dr. José Zozaya

Asesores:

Dr. Luis Vásquez Campos
Dr. Miguel A. Bravo Beckerelle

NICARAGUA

Dr. Leonardo Somarriba,
Jefe de la Delegación

Suplente:

Dr. Manuel Antonio Sánchez Vigil

Asesor:

Dr. Alejandro Robleto Pérez

PAISES BAJOS

Dr. Nicolaas H. Swellengrebel,
Jefe de la Delegación

Delegados:

Dr. E. van der Kuyp
Dr. G. E. van Beek

PANAMA

Dr. Alberto Bissot, Jr.

PARAGUAY

Dr. Enrique Zacarias Arza,
Jefe de la Delegación

Delegados:

Dr. Claudio Prieto
Dr. Julio Martínez Quevedo

Suplentes:

Dr. Antonio Menna
Dr. J. R. Cazal

PERU

Dr. Armando Montes de Peralta,
Jefe de la Delegación

Delegado:

Dr. Carlos Lazarte Echegaray

REINO UNIDO

Dr. J. W. P. Harkness,
Jefe de la Delegación

Delegados:

Dr. L. W. Fitzmaurice
Dr. A. A. Peat

Suplente:

Dr. J. P. O'Mahony

REPUBLICA DOMINICANA

Dr. Ramón Bergés Santana,
Jefe de la Delegación

Delegados:

Dr. Hipólito Sánchez Báez
Sr. Franz Baehr, hijo

URUGUAY

Dr. Ricardo Cappeletti

VENEZUELA

Dr. Daniel Orellana,
Jefe de la Delegación

Delegados:

Dr. Darío Curiel
Dr. Pastor Oropeza

Suplente:

Dr. Arnoldo Gabaldón

Asesor:

Dr. Santiago Ruesta M.

Observador, Gobierno no Miembro**CANADA**

Sr. Theodore W. Blockley

Organización Mundial de la Salud

Dr. M. G. Candau, *Director General*

**Funcionarios de la Oficina
Sanitaria Panamericana**

Dr. Fred L. Soper,
Director (Miembro ex-officio)
Dr. Carlos Luis González,
Subdirector
Dr. Miguel E. Bustamante,
Secretario General
Sr. Harry A. Hinderer,
Jefe, División de Administración
Dr. Myron E. Wegman,
*Jefe, División de Educación y
Adiestramiento*

Dr. Emilio Budnik,
Representante, Zona VI

**Observadores de Organizaciones
Intergubernamentales****ORGANIZACION DE LOS ESTADOS
AMERICANOS**

Dr. Francisco de Abrisqueta
Dr. Tulo Montenegro

NACIONES UNIDAS

Srta. Laura Vergara
Dr. Octavio Cabello

**ORGANIZACION PARA LA AGRICUL
TURA Y ALIMENTACION**

Dr. Arturo Vergara

**ORGANIZACION INTERNACIONAL
DEL TRABAJO**

Sr. Moises Poblete Troncoso

**FONDO PARA LA INFANCIA
(NACIONES UNIDAS)**

Sr. Robert L. Davée

**Observadores de Organizaciones
no Gubernamentales****ASOCIACION MEDICA MUNDIAL**

Dr. Héctor Rodríguez Hernández

**COLEGIO AMERICANO DE MEDICOS
DEL TORAX**

Profesor H. Orrego Puelma

**CONFEDERACION MEDICA
PANAMERICANA**

Dr. Héctor Rodríguez Hernández

**CONSEJO INTERNACIONAL DE
ENFERMERAS**

Srta. Rebeca Torrealba Gómez

**LIGA DE SOCIEDADES DE LA
CRUZ ROJA**

General Agustín Inostroza Pérez

**FEDERACION MUNDIAL DE
HIGIENE MENTAL**

Dr. Carlos Nassar

**SOCIEDAD INTERNACIONAL PARA EL
BIENESTAR DE LOS LISIADOS**

Dr. José Perroni

FUNDACION ROCKEFELLER

Dr. Robert B. Watson

Dr. John N. Weir

Srta. Mary Elizabeth Tennant

**UNION INTERNACIONAL CONTRA
EL CANCER**

Profesor Alberto Rahausen

**LIGA INTERNACIONAL CONTRA EL
REUMATISMO**

Dr. Manuel L. Losada

**UNION INTERNACIONAL CONTRA LAS
ENFERMEDADES VENEREAS Y LAS
TREPONEMATOSIS**

Sra. Philip Riley

REGLAMENTO INTERNO

de la

CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

COMITE REGIONAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

PARTE I

Miembros

Art. 1. La Conferencia Sanitaria Panamericana estará constituida por delegados de los Gobiernos Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana.

Art. 2. Los delegados de los Gobiernos que no tengan su sede en el Hemisferio Occidental, pero que:

(a) por razón de su Constitución consideran determinados territorios o grupos de territorios en el Hemisferio Occidental como parte de su territorio nacional; o

(b) son responsables de la dirección de las relaciones internacionales de territorios o grupos de territorios en el Hemisferio Occidental,

participarán en las reuniones de la Conferencia, en la forma establecida por el presente Reglamento.

Art. 3. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana participará *ex officio* sin derecho a voto.

Art. 4. El orden de precedencia de las delegaciones se establecerá por sorteo durante la sesión plenaria de inauguración.

PARTE II

Funcionarios

Art. 5. La Conferencia elegirá un Presidente y dos Vicepresidentes, quienes desempeñarán sus cargos hasta que sean elegidos sus sucesores.

Art. 6. El Presidente dirigirá las sesiones de la Conferencia y desempeñará cualesquiera otras funciones que le confiere este Reglamento.

Art. 7. En ausencia del Presidente, actuará uno de los Vicepresidentes, y en ausencia de todos estos funcionarios, la Conferencia nombrará uno de los delegados para que presida la sesión.

Art. 8. El Presidente o un Vicepresidente en funciones de Presidente no votará pero podrá nombrar a otro miembro de su delegación para que actúe como delegado de su Gobierno en las sesiones plenarias.

Art. 9. Si un representante de territorios es elegido funcionario en una reunión cualquiera, el citado representante no actuará en ejercicio de su cargo durante las sesiones en que se encuentre sometido a debate un asunto cualquiera de los enumerados bajo el Artículo 15 del presente Reglamento.

Art. 10. En caso de que ni el Presidente ni ninguno de los Vicepresidentes se encuentren presentes al inaugurarse la Conferencia, presidirá el Presidente de la reunión inmediata anterior del Consejo Directivo.

Secretaría

Art. 11. El Secretario General de la Oficina Sanitaria Panamericana actuará como Secretario de la Conferencia y de sus Comisiones. El podrá delegar estas funciones.

PARTE III

Reuniones y Agenda

Art. 12. La Conferencia se reunirá en el país que la Conferencia, o el Consejo Directivo actuando en su lugar, determine.

Art. 13. Cuando el país elegido para Sede de una Conferencia Sanitaria Panamericana no pueda, por circunstancias especiales, cumplir el compromiso contraído, automáticamente la reunión de dicha Conferencia se realizará en la Sede de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Art. 14. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana convocará la Conferencia con no menos de seis meses de anticipación a la fecha de su inauguración.

Art. 15. Todas las reuniones de la Conferencia Sanitaria Panamericana serán, al mismo tiempo, reuniones del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, excepto cuando la Conferencia se ocupe de cuestiones constitucionales, de las relaciones jurídicas entre la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud o la Organización de los Estados Americanos o de otras cuestiones relativas a la Organización Sanitaria Panamericana en su carácter de Organismo Especializado Interamericano.

Art. 16. Cada delegación sólo tendrá derecho a un voto.

Art. 17. Una mayoría de los miembros participantes y con derecho a voto en la Conferencia constituirá quórum.

Art. 18. Los representantes de los territorios tienen derecho a participar en los debates y a votar en las mismas condiciones que los de los Estados Miembros, excepto cuando se encuentre sometida a discusión cualquiera de las cuestiones enumeradas en el Artículo 15 de este Reglamento.

Art. 19. El privilegio de votar en las sesiones plenarias sobre cuestiones de presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana podrá ser ejercitado por los representantes de los territorios, pero este privilegio dependerá de que se haya hecho efectiva, en nombre de estos territorios, una contribución equitativa al presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana.

Art. 20. Los representantes de territorios bajo la jurisdicción de un mismo Estado no americano votarán como una sola unidad en las sesiones plenarias y en las comisiones siempre que tengan derecho a votar. Solo podrá emitirse un voto en nombre de cada unidad.

Art. 21. A menos que se determine lo contrario, las sesiones de la Conferencia serán públicas.

Art. 22. Las resoluciones serán adoptadas por el voto afirmativo de la mayoría de los representantes de los Estados Miembros y, en aquellos casos en que tengan derecho a votar, de los territorios, presentes y votantes. Para los efectos de este Reglamento, se entenderá por "presentes y votantes" los representantes de los Estados Miembros y de los territorios que emitan un voto afirmativo o negativo. Los representantes que se abstengan de votar serán considerados como no votantes.

Art. 23. La Agenda de las reuniones de la Conferencia será preparada por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Art. 24. La Agenda comprenderá:

- (a) cualquier tema propuesto por la Conferencia en su reunión anterior;
- (b) cualquier tema propuesto por el Consejo Directivo en sus reuniones anteriores;
- (c) cualquier tema propuesto por los Miembros, Territorios y Organizaciones con derecho a proponer temas, a más tardar veintiún días antes de la reunión. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana podrá hacer caso omiso de este plazo por razones especiales que lo justifiquen;
- (d) cualquier tema propuesto por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Art. 25. Podrán agregarse temas complementarios a la Agenda durante cualquiera sesión de la Conferencia, de aprobarlo dos terceras partes de las delegaciones participantes y con derecho a voto.

Art. 26. La Agenda y todos los documentos relativos a la misma serán remitidos a los Miembros, Territorios y Organizaciones con derecho de representación, por lo menos treinta días antes de la reunión. Copias de dichos documentos serán enviadas a las Autoridades Nacionales de Sanidad.

Art. 27. Para la adecuada discusión de los puntos de la Agenda, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana formulará un programa para las sesiones.

Art. 28. La Conferencia adoptará una Agenda y aprobará un programa al principio de cada reunión.

Art. 29. La sesión plenaria inaugural se celebrará en el lugar y en la fecha fijados por el gobierno del país sede.

Art. 30. Las sesiones plenarias se dedicarán a asuntos de interés general, y a la discusión y aprobación de los informes de las diferentes comisiones. A cada relator de comisión se concederán hasta treinta minutos para la presentación de su informe.

Art. 31. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana informará a la Conferencia sobre los problemas técnicos, administrativos y económicos, si los hubiere, que impliquen los temas de la Agenda.

PARTE IV

Comisiones

Art. 32. En la sesión de apertura la Conferencia nombrará una Comisión de Credenciales, integrada por tres delegados del mismo número de Miembros. Esta Comisión examinará las credenciales de los delegados de los Miembros y de los Territorios e informará sin demora a la Conferencia.

Art. 33. La Conferencia nombrará en cada reunión una Comisión General y cualesquiera otras comisiones principales que considere necesarias para el estudio de los temas apropiados de la Agenda. Los Presidentes de estas comisiones principales serán elegidos por la Conferencia.

Art. 34. La Comisión General estará integrada por el Presidente de la Conferencia (que actuará como Presidente de la Comisión General), los dos Vicepresidentes, los Presidentes de las Comisiones principales y los delegados adicionales de dos Miembros que no estén representados ya en la Comisión General. El Secretario de la Conferencia actuará como Secretario de la Comisión General sin derecho a voto. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana actuará *ex officio* sin derecho a voto.

Art. 35. La Comisión General deberá:

- (a) determinar la hora y lugar de todas las sesiones plenarias y de todas las sesiones de las comisiones nombradas durante las sesiones plenarias durante las reuniones;
- (b) determinar el orden de los puntos a tratar en cada sesión plenaria;
- (c) proponer a la Conferencia la asignación de los puntos de la Agenda a las comisiones;
- (d) coordinar los trabajos de todas las comisiones nombradas en las sesiones plenarias;
- (e) fijar la fecha de clausura;
- (f) facilitar por todos los medios el despacho ordenado de los asuntos de la reunión.

Art. 36. Cada delegación tendrá derecho a estar representada en cada comisión principal.

Art. 37. Cada comisión principal elegirá un Vicepresidente y un Relator, quien presentará a la sesión plenaria, para discusión, el informe y las conclusiones de la Comisión.

Art. 38. Los representantes de los territorios participarán, con derecho a voto, en las comisiones de la Conferencia Sanitaria Panamericana, pero no tendrán derecho a votar cuando estén sometidos a discusión los asuntos enumerados en el Artículo 15 del presente Reglamento.

Art. 39. La Conferencia o cualquiera de las comisiones principales podrán establecer grupos de trabajo para estudiar e informar sobre un tema particular. Los suplentes y asesores podrán ser nombrados para formar parte de cualquiera de los grupos de trabajo que se establezcan.

Art. 40. Los informes de todas las comisiones serán sometidos a la Comisión General para su coordinación y corrección de estilo, antes de presentarlos a una sesión plenaria para consideración definitiva. Después de ser examinados por la Comisión General, dichos informes, incluso los proyectos de resoluciones, serán distribuidos de ser posible veinticuatro horas antes de celebrarse la sesión plenaria en que vayan a ser considerados.

PARTE V

Debates

Art. 41. Cualquiera delegación podrá solicitar que la votación sea nominal. El voto de cada Miembro participante en toda votación nominal se hará constar en las actas de la reunión.

Art. 42. Todas las elecciones se realizarán por el sistema de voto secreto por boletas; en otros casos puede utilizarse este sistema si la Conferencia así lo dispone; en ambos casos se asignarán dos escrutadores de entre las delegaciones participantes para ayudar en el escrutinio.

Art. 43. Cuando se trate de elegir un solo Miembro y ningún candidato obtiene la mayoría requerida en la primera votación, se procederá a efectuar una segunda votación que estará limitada a los dos candidatos que hayan obtenido el mayor número de votos. Si de esta segunda votación resulta un empate, y se requiere mayoría, el Presidente decidirá por sorteo.

Art. 44. Cuando dos o más puestos electivos han de ser llenados al mismo tiempo bajo las mismas condiciones, serán elegidos los candidatos que obtengan la mayoría requerida en la primera votación. Si el número de candidatos que obtengan dicha mayoría es menor que el número de personas o miembros a ser elegidos, se efectuarán votaciones adicionales para llenar los puestos restantes; la votación en este caso estará limitada a los candidatos que hayan obtenido el mayor número de votos en la votación anterior; el número de estos candidatos no será más del doble del número de puestos restantes que han de llenarse. Sin embargo, después de la tercera votación sin resultado, se procederá a votar por cualquier persona o Miembro que sea elegible. Si no se obtiene resultado en tres votaciones de esta clase, sin limitación, las tres votaciones siguientes serán limitadas a los candidatos que hayan obtenido el mayor número de votos en la tercera de las citadas votaciones sin limitación; en este caso el número de dichos candidatos no será mayor del doble de los puestos restantes que han de llenarse. Las tres votaciones siguientes serán sin limitación, y así sucesivamente hasta que todos los puestos hayan sido llenados.

Art. 45. Las proposiciones presentadas se someterán a votación por partes, a solicitud de cualquier Miembro.

Art. 46. De presentarse dos o más enmiendas a una proposición, estas enmiendas serán sometidas a votación comenzando con la que presente las mayores divergencias substanciales con la proposición original, y continuando en esta forma hasta terminar con la que presente la menor diferencia.

Art. 47. Las enmiendas se someterán primero a votación, y de ser adoptadas, se someterá entonces a votación la proposición enmendada.

Art. 48. Cualquier delegado podrá presentar una moción de orden durante la discusión de cualquier punto, la cual resolverá inmediatamente el Presidente.

Art. 49. Un Miembro podrá solicitar en cualquier momento que se cierre el debate. Esta moción gozará de prioridad, y se someterá a votación inmediatamente después de concederle a un Miembro la oportunidad de hablar en pro, y a otro en contra de ella.

Art. 50. El Presidente podrá en cualquier momento someter a votación la clausura del debate. De aprobarse esta moción, el Presidente dará por terminado el debate.

Art. 51. La Conferencia podrá limitar el tiempo concedido a cada orador.

Art. 52. Sólo se concederá el derecho de hacer uso de la palabra a los delegados de Miembros y Territorios, a observadores de Organizaciones con derecho a

participación, y al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Sin embargo, el Presidente podrá conceder el derecho de hacer uso de la palabra a los suplentes, asesores de delegados, o a los funcionarios de la Oficina Sanitaria Panamericana, para que faciliten información sobre el tema bajo discusión.

PARTE VI

Elección del Director

Art. 53. De acuerdo con el Artículo 4-E de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, la Conferencia elegirá al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por dos tercios de los votos de los Miembros presentes y votantes. En su calidad de Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, y de conformidad con los Artículos 49 y 52 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la Conferencia someterá al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud el nombre de la persona así elegida para su nombramiento como Director Regional.

PARTE VII

Acta Final y Actas

Art. 54. La Comisión General preparará el Acta Final, la cual incluirá todas las resoluciones adoptadas por la Conferencia.

Art. 55. Los delegados, el Director y el Secretario firmarán el Acta Final en la sesión de clausura.

Art. 56. La Oficina Sanitaria Panamericana remitirá una copia del Acta Final a cada Miembro y Territorio.

Art. 57. Se prepararán y distribuirán, tan pronto como sea posible, actas taquigráficas de las sesiones plenarias y actas resumidas de las sesiones de las comisiones.

Art. 58. Tan pronto como sea posible después de la clausura de la Conferencia, se reproducirán las actas de las sesiones, los informes y el Acta Final, y el Director remitirá copias de dichos documentos a los Miembros y Territorios y a las Organizaciones representadas en la Conferencia.

PARTE VIII

Idiomas Oficiales

Art. 59. Los idiomas oficiales de las reuniones serán español, francés, inglés y portugués.

PARTE IX

Enmiendas del Reglamento Interno

Art. 60. Este Reglamento podrá ser modificado de acuerdo con las resoluciones de la Conferencia con aviso de 24 horas o por un voto de mayoría de dos tercios en cualquier momento.

Art. 61. Todos los asuntos no previstos por este Reglamento serán resueltos directamente por la Conferencia.

PROGRAMA DE TEMAS

Número del tema	Título	Documento de Trabajo
1	Inauguración de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana	
2	Adopción del Reglamento de la Conferencia Sanitaria Panamericana	CSP14/3, CE22/11 y Addendum I
3	Elección de la Comisión de Credenciales	
4	Establecimiento, mediante sorteo, de la precedencia de las Delegaciones	CSP14/45
5	Elección de Presidente y dos Vicepresidentes	
6	Constitución de la Comisión General	
7	Adopción del Programa de Temas	CSP14/1, Rev. 2 y Addendum I
8	Adopción del Programa de Sesiones	CSP14/2 CE22/13
9	Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo	CSP14/25
10	Informes del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana:	
	a. Informe Anual del Director correspondiente a 1953	CSP14/4
	b. Informe Cuadrienal del Director	CSP14/5
11	Discusiones Técnicas:	
	a. Informes de los Estados Miembros sobre sus condiciones y progresos sanitarios alcanzados en el período transcurrido entre las XIII y XIV Conferencias Sanitarias Panamericanas.	CSP14/17
	b. Discusión de los temas seleccionados por el Comité Ejecutivo:	
	(i) Métodos para mejorar la exactitud y fidelidad de los datos estadísticos primarios indispensables para programas de salubridad	CSP14/26 CSP14/69, Rev. 1 y Corrigendum I

Número del tema	Título	Documento de Trabajo
	(ii) Control de las diarreas infantiles a la luz de los últimos progresos científicos	CSP14/27 y Addenda I y II CSP14/66
	(iii) Aplicación de métodos de educación higiénica en zonas rurales de la América Latina	CSP14/28 CSP14/65
12	Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para 1955	CSP14/19 CE22/2 CE22/47, Rev. I
13	Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, y Resumen del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para 1956	CSP14/29 y Addendum I CE23/2 CE23/13 CSP14/77 CSP14/89
14	Forma de presentación en el futuro del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana	CSP14/30 CE23/3
15	Revisión de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana	CSP14/18 CSP14/78
	Miembros y Miembros Asociados de la Organización (Propuesta del Gobierno de Cuba)	CSP14/38
	Cambio de nombre de la Organización, Conferencia y Oficina, y modificación de la composición y reuniones del Comité Ejecutivo (Artículos 13 y 14 de la Constitución vigente) (Propuesta del Gobierno de Cuba)	CSP14/39
16	Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1953	CSP14/6 CE22/4
17	Informe sobre la participación financiera de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido, a nombre de sus territorios en la Región de las Américas, en el Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana	CSP14/16 CE22/12
18	Estado de la recaudación de las cuotas	CSP14/31 y Corrigendum I
19	Empleo de los fondos no utilizados en 1953	CSP14/14 CE22/17

Número del tema	Título	Documento de Trabajo
20	Informe del Subcomité Permanente de Edificios y Obras	CSP14/8 CE22/10
21	Informe sobre la revisión del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, confirmada por el Comité Ejecutivo en su 22ª Reunión	CSP14/12 CE22/5 CE22/37
22	Informe sobre el programa de economías y descentralización de la Oficina Sanitaria Panamericana	CSP14/32 CE23/5
23	Relaciones entre la Organización Sanitaria Panamericana y las organizaciones no gubernamentales	CSP14/7
24	Treponematosi: Bases generales sobre las cuales debe orientarse una campaña epidemiológica (Tema propuesto por el Gobierno de Chile)	CSP14/33 CSP14/88
25	Unidad de acción en los programas de salud pública en la Región de las Américas	CSP14/34 CE22/16
26	Selección de temas para las discusiones técnicas que tendrán lugar durante la VIII Reunión del Consejo Directivo, VII Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (1955)	CSP14/11
27	Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y nombramiento del Director Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud	CSP14/9
28	Elección de dos Países Miembros para llenar las vacantes en el Comité Ejecutivo por haber terminado sus mandatos Ecuador y México	CSP14/10
29	Lugar y fecha de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana	CSP14/23, Rev. 1
30	Estipendios pagados a los becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana	CSP14/35 CE23/6
31	Fondo de Trabajo	CSP14/15

Número del tema	Título	Documento de Trabajo
32	Erradicación de la malaria en las Américas	CSP14/36 CSP14/81 y Addenda I y II CSP14/82
33	Reembolso de los gastos de viaje de los representantes a las reuniones de los Comités Regionales	CSP14/13
34	Modificación del Programa y Presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para 1955	CSP14/37
35	Programa de Asistencia Técnica para 1955	CSP14/21 CSP14/90
36	Saneamiento del medio	CSP14/22
37	Organización de una oficina de trabajo en la ciudad de México durante la Octava Asamblea Mundial de la Salud (Tema propuesto por el Gobierno de Cuba)	CSP14/20
38	Congreso Interamericano de Higiene (Tema propuesto por el Gobierno de Cuba)	CSP14/24
39	Fondo Rotatorio de Emergencia	CSP14/40 CE23/8 CSP14/59
40	Funciones del Comité Ejecutivo en la preparación de las Conferencias Sanitarias Panamericanas (Propuesta del Comité Ejecutivo, Resolución IX de la 23ª Reunión)	CSP14/42

MESA DIRECTIVA DE LA CONFERENCIA

<i>Presidente:</i>	Dr. Sergio Altamirano P.	Chile
<i>Vicepresidentes:</i>	Dr. W. Palmer Dearing Dr. Oscar Vargas Méndez	Estados Unidos Costa Rica
<i>Secretario:</i>	Dr. Miguel E. Bustamante	Oficina Sanitaria Panamericana

MESA DIRECTIVA DE LAS COMISIONES

COMISION DE CREDENCIALES

<i>Presidente:</i>	Dr. Alberto Bissot, Jr.	Panamá
<i>Relator:</i>	Dr. Jorge Torreblanca	Chile
<i>Miembro:</i>	Dr. José Zozaya	México

COMISION GENERAL

<i>Presidente:</i>	Dr. Sergio Altamirano P.	Chile
<i>Vicepresidentes:</i>	Dr. W. Palmer Dearing	Estados Unidos
	Dr. Oscar Vargas Méndez	Costa Rica
<i>Miembros:</i>	Dr. Juan Montalván Cornejo	Ecuador
	Dr. Félix Hurtado	Cuba
	Dr. José Zozaya	México
	Dr. Gerardo Segura	Argentina
<i>Miembro ex officio:</i>	Dr. Fred L. Soper	Director de la Oficina Sanitaria Panameri- cana
<i>Secretario:</i>	Dr. Miguel E. Bustamante	Secretario General de la Oficina Sanitaria Panamericana

COMISION I (ASUNTOS TÉCNICOS)

<i>Presidente:</i>	Dr. Juan Montalván Cornejo	Ecuador
<i>Vicepresidente:</i>	Dr. Ricardo Cappeletti	Uruguay
<i>Relator:</i>	Dr. Abraham Horwitz B.	Chile
<i>Secretario:</i>	Dr. Emilio Budnik	Oficina Sanitaria Panamericana

COMISION II (ASUNTOS ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS Y JURÍDICOS)

<i>Presidente:</i>	Dr. Félix Hurtado	Cuba
<i>Vicepresidente:</i>	Dr. José Fajardo	Guatemala
<i>Relator:</i>	Dr. José Zozaya	México
<i>Secretario:</i>	Sr. Harry A. Hinderer	Oficina Sanitaria Panamericana

COMISION I Y COMISION II (SESIONES CONJUNTAS)

<i>Presidentes:</i>	Dr. Juan Montalván Cornejo (Presidente de la Comisión I)	Ecuador
	Dr. Félix Hurtado (Presidente de la Comisión II)	Cuba
<i>Secretario:</i>	Dr. Miguel E. Bustamante	Oficina Sanitaria Panamericana

GRUPOS DE TRABAJO

COMISIÓN I

Grupo de Trabajo "A" (Estadística):

Director de Debates, Dr. Darío Curiel (Venezuela); Relator, Dr. Hugo Behm (Chile); Secretaria, Dra. Ruth R. Puffer (OSP); encargado de la exposición preliminar, Dr. Enrique Pereda, Jefe del Subdepartamento de Bioestadística del Servicio Nacional de Salud de Chile.

Grupo de Trabajo "B" (Diarreas infantiles):

Director de Debates, Dr. Juan Allwood Paredes (El Salvador); Relator, Dr. Adalberto Steeger (Chile); Secretario, Dr. Myron E. Wegman (OSP); encargado de la exposición preliminar, Dr. Albert V. Hardy, Director del Departamento de Laboratorios del Servicio de Salud Pública del Estado de Florida, Estados Unidos.

Grupo de Trabajo "C" (Educación sanitaria):

Director de Debates, Dr. Carlos Grunauer Toledo (Ecuador); Relatora, Srta. Graciela Carrillo Castro (Costa Rica); Secretario, Dr. Rigoberto Ríos Castro (OSP); encargada de la exposición preliminar, Srta. María Zalduondo, de la Oficina de Educación Sanitaria del Departamento de Salud Pública de Puerto Rico.

Grupo de Trabajo "D" (Malaria):

Director de Debates, Dr. Nicolaas H. Swellengrebel (Países Bajos); Asesor, Dr. Carlos L. González (OSP); Relator, Dr. Arnoldo Gabaldón (Venezuela); encargado de la exposición preliminar, Dr. Carlos A. Alvarado (OSP). Comité de redacción: Dr. Oscar Vargas Méndez (Costa Rica), Dr. Juan Montalván Cornejo (Ecuador), Dr. Hervé Floch (Francia), Dr. E. J. Pampana (OMS) y Dr. C. A. Alvarado (OSP).

Grupo de Trabajo "E" (Treponematosis):

Director de Debates, Dr. Waldemar Coutts (Chile); Relator, Dr. Alberto Bissot, Jr. (Panamá).

COMISIÓN II

Grupo de Trabajo 1 (Revisión de la Constitución):

Director de Debates, Dr. Gerardo Segura (Argentina); Relator, Dr. Frederico C. Carnauba (Brasil).

TERCERAS JORNADAS CHILENAS DE SALUBRIDAD

Desde 1950 se vienen celebrando las Jornadas Chilenas de Salubridad, organizadas por la Sociedad Chilena de Salubridad, con el propósito de estudiar y debatir los problemas nacionales de salud a fin de obtener un mejor conocimiento de ellos y así contribuir al mejoramiento de la salubridad en el país.

Las Terceras Jornadas tuvieron lugar en Santiago del 11 al 13 de octubre. La asistencia a estas Jornadas fué incluida en el Programa de Sesiones adoptado por la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, y las delegaciones a la misma participaron en los siguientes actos:

Sesión inaugural y primera y segunda sesiones de trabajo, celebradas en el Salón de Honor de la Universidad de Chile el día 11 de octubre a las 18, 19, y 21 h. 45 m., respectivamente.

Tercera sesión de trabajo, el día 12 de octubre a las 10 horas.

Cuarta sesión de trabajo, el día 13 de octubre a las 19 horas, y quinta sesión de trabajo y clausura de las propias Jornadas a las 21 h. 45 m. del mismo día.

VISITAS A SERVICIOS DE SALUBRIDAD

El día 21 de octubre se realizaron visitas al Hospital San Juan de Dios, a la Unidad Sanitaria de Quinta Normal, a la Escuela de Salubridad y al Instituto Bacteriológico.

ACTIVIDADES SOCIALES

Banquete ofrecido por el Gobierno de Chile a las Delegaciones en el Club de la Unión, el 7 de octubre, a las 21 horas.

Visita de cortesía de las Delegaciones al Excelentísimo señor Presidente de la República de Chile, don Carlos Ibáñez del Campo, el día 8 de octubre, a las 12 horas.

Carrera especial "Premio XIV Conferencia Sanitaria Panamericana" en el Club Hípico, el día 10 de octubre, a las 14 horas; cocktail ofrecido por el Directorio del Club Hípico a las Delegaciones.

Cocktail danzante ofrecido por la Delegación de Chile y la Sociedad Chilena de Salubridad, en la Villa Arcadía, a las 19 h. 30 m. del día 10 de octubre.

Cocktail ofrecido por la I. Municipalidad de Santiago, en el Palacio Cousiño, el día 14 de octubre a las 19 horas.

Sesión solemne en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile el día 15 de octubre.

Excursión a Viña del Mar; almuerzo en el Centro de Salud y banquete ofrecido por la I. Municipalidad en el Casino Municipal, el día 16 de octubre. Regreso a Santiago el día 17 de octubre.

Cocktail ofrecido por las Delegaciones asistentes a la Conferencia, el día 18 de octubre a las 19 horas.

Función en el Teatro Municipal, en el que actuó el Ballet Nacional, acompañado por la Orquesta Sinfónica de Chile, el día 20 de octubre a las 19 horas.

Para acompañar y atender a las señoras esposas de los Delegados se organizó una Comisión de Damas, integrada como sigue: Dra. Victoria García de Yazigi, Dra. Marta Monares de Muñoz, Dra. Paula Peláez, Sra. Elisa de Valenzuela, Sra. Nana de Adriasola, Sra. Marina Ramírez y Sra. de Neghme. Con la Comisión colaboraron también las señoras María de Castellón, Laura de Castellón, Teresa de la Fuente, Luisa Moller de Infante, Isaura Abrigo y Julia de Durandin.

SEGUNDA PARTE

**ACTA TAQUIGRAFICAS DE
LAS SESIONES PLENARIAS**

ACTAS TAQUIGRAFICAS DE LAS SESIONES PLENARIAS

SESION INAUGURAL ¹

Jueves, 7 de octubre de 1954, a las 11 h. 15 m.

MESA DE HONOR

Excmo. Señor Presidente de la República, D. Carlos Ibáñez del Campo
Excmo. Señor Presidente del Senado, D. Fernando Alessandri Rodríguez
Presidente Provisional de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana y Jefe de la Delegación de la República Dominicana, Dr. Ramón Bergés Santana
Ministro de Salud Pública y Previsión Social de Chile, Dr. Sergio Altamirano P.
Secretario de Salubridad y Asistencia de México, Dr. Ignacio Morones Prieto
Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. M. G. Candau
Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Fred L. Soper
Secretario General de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Miguel E. Bustamante, Secretario de la Conferencia

INVITADOS DE HONOR

Su Eminencia el Cardenal Arzobispo de Santiago, Dr. José María Caro Rodríguez; señor Ministro de Relaciones Exteriores, D. Roberto Aldunate; señor Ministro de Defensa Nacional, D. Tobías Barros Ortiz; señor Ministro de Agricultura, Dr. Eugenio Suárez; Cuerpo Diplomático de los Estados Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana, acreditado en Santiago; señor Director de Ceremonial y Protocolo del Ministerio de Relaciones Exteriores, D. Luis Cubillos; señor Intendente de Santiago, General D. Santiago Danus Peña, señorita Alcaldesa de la I. Municipalidad de Santiago, Da. María Teresa del Canto; señor Subsecretario de Salud Pública, Dr. Jorge Torreblanca; señor Director General de Salud Pública, Dr. Guillermo Valenzuela Lavín; señor Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Dr. Alejandro Garretón Silva; señor Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica, Dr. Rodolfo Rencoret; señores Jefes de las cuatro Zonas de Salud de Santiago; señores Miembros de la Comisión Chilena de Organización de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana; señores Presidentes de Sociedades Médicas y Científicas Nacionales

¹ La sesión inaugural tuvo lugar en el Salón de Honor del Congreso Nacional en Santiago, Chile.

y Directores de Centros de Salud y Hospitales; y señores representantes de la prensa.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: El Excelentísimo señor Presidente de la República de Chile dará apertura solemne a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

Discurso del Excelentísimo Señor Presidente de la República de Chile, Don Carlos Ibáñez del Campo

EL EXCELENTISIMO SEÑOR PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE CHILE: Con profunda satisfacción y en completa identidad con el sentimiento ciudadano, el Gobierno de la República tiene el honor de daros la más afectuosa bienvenida, al inaugurar la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

En tan solemne oportunidad, deseo expresaros mi reconocimiento por la decisión de vuestro Consejo Directivo de otorgar a Chile la preciada distinción de ser, por segunda vez, sede de esta magna reunión internacional.

Desde los albores de la Organización, nuestro país pudo apreciar las inmensas perspectivas que la creación de la Oficina Sanitaria Panamericana franqueaba a la salud continental. Por ello apoyó el establecimiento de ese organismo permanente, integró su primer Consejo Directivo y ha seguido, durante 52 años, vinculado e invariablemente adicto a sus resoluciones y actividades.

Tal política es el fruto de la acendrada convicción de que la solidaridad internacional en la defensa y fomento de la salud de los pueblos de América, no responde tan sólo a un imperativo biológico. Ella representa un factor decisivo para estimular las buenas relaciones y la convivencia fraternal entre nuestros países.

Habeis proclamado que los objetivos fundamentales de la Organización Sanitaria Panamericana tienden a promover y coordinar los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir la enfermedad, prolongar la vida y favorecer el bienestar de los pueblos.

Estos nobles propósitos rodean a vuestras deliberaciones de una tradición de prestigio y de una atmósfera de amplia comprensión.

Los pueblos del Nuevo Mundo están observando con reciente objetividad que los principios de la sanidad panamericana inspiran la génesis y desarrollo de programas y acciones concretas que benefician a todos.

Es un hecho que las Conferencias Sanitarias Panamericanas y sus organismos rectores y ejecutores están proporcionando los elementos con que nuestros gobiernos pueden cumplir con la superior responsabilidad de garantizar el derecho primario a la salud de sus habitantes, ya sea recomendando la legislación y normas adecuadas, o contribuyendo al perfeccionamiento de sus organismos técnicos.

Chile ha sustentado siempre la doctrina de que la salud internacional es una unidad indivisible. Ella no será segura para ningún país si no es compartida por todos. Ya en 1911 y con motivo de la realización de la V Conferencia Sanitaria Panamericana en Santiago, el Dr. Alejandro del Río, Presidente de esa Asamblea y figura prócer de la medicina chilena, subrayó dichos conceptos y señaló, además, que una verdadera defensa de la salud continental no podía basarse en la quimera

de una exclusiva vigilancia fronteriza. Por el contrario, sólo podía lograrse mediante el mejoramiento de todas las condiciones y factores que acrecientan el vigor, la resistencia a las enfermedades y la salubridad de cada pueblo.

Consecuente con dichos propósitos, el Gobierno de Chile ha adoptado todas las medidas posibles para promover un efectivo progreso del estado sanitario nacional. Durante mi pasada administración, me correspondió impulsar la organización sanitaria de acuerdo con nuestra Constitución que consagra el deber del Estado de velar por la salubridad y el bienestar higiénico del país. Obra de mi gobierno es el Código Sanitario que aún nos rige y que, junto con las normas fundamentales de protección de la salud, contiene previsoras disposiciones que han permitido la progresiva evolución de nuestra organización de salud pública. Compenetrado de la necesidad e importancia del Código Sanitario Panamericano, dispuse su ratificación y, en todo momento, he estimulado el cumplimiento de sus disposiciones y de los acuerdos bilaterales que nos unen con Argentina, Bolivia y Perú.

Preocupación esencial de mi Gobierno, en la actualidad, es la de mantener y acrecentar nuestro progreso biodemográfico, en el período de inestabilidad económica y de disminución del poder adquisitivo de vastos sectores de población, que afecta a la mayoría de nuestros países.

Con tal finalidad y para eliminar el círculo vicioso formado por la insuficiente productividad que puede reflejarse en forma negativa sobre los niveles de salud, he propiciado una política realista en materia de seguridad y previsión sociales. Esta política se basa en la solución de los problemas de los hombres de trabajo para prevenir o aminorar los estados de necesidad y en el fomento de la salubridad nacional, para evitar o disminuir los costos y repercusiones de la enfermedad e invalidez.

Estamos prestando preferente atención a la creación de nuevas fuentes de trabajo reproductivo, como a mejorar las existentes, a la edificación de viviendas populares, al salario mínimo campesino, a la asignación familiar de los trabajadores, al control de proceso inflacionista y la reorientación de capitales acumulados en las instituciones de previsión para invertirlos en los planes nacionales de alimentación, de fomento agropecuario y de habitación obrera.

Paralelamente, mi Gobierno ha dedicado especial interés en poner en marcha al Servicio Nacional de Salud que fusionó las instituciones médico-sanitarias y asistenciales más importantes en nuestro medio.

El desarrollo alcanzado por nuestra salubridad, que muestra halagadores progresos en la reducción de la mortalidad infantil y de la mortalidad por tuberculosis en el control de las enfermedades transmisibles y en la erradicación de la malaria y la viruela, será respaldado por las vastas medidas de carácter económico y social que propugna mi Gobierno. Sin ellas, el esfuerzo de salvar vidas o de sustraer a la población de los efectos de las enfermedades transmisibles resultaría baldío. Por esta razón, el Gobierno está impulsando decididamente planes de restauración económica, agrícola e industrial, estrechamente integrados con programas de salubridad y de extensión educacional.

Sé que en vuestros países se registran avances similares a los nuestros y que, al iniciar vuestras sesiones con la lectura de los informes respectivos, tendreis

justos motivos para congratularlos. De esta manera se cumplen los principios de la Organización Mundial de la Salud, cuando expresan que los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.

Reconozco la inapreciable contribución que la Oficina Sanitaria Panamericana y los Organismos Especializados de las Naciones Unidas, las Instituciones y Fundaciones no Gubernamentales, así como también los organismos técnicos del Gobierno de los Estados Unidos de América, han prestado a nuestra salubridad, por medio de becas en asistencia técnica en programas experimentales que el Gobierno ha convertido en permanentes. Deseo hacer pública la complacencia con que recibimos al Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. Marcolino G. Candau; al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Fred L. Soper y a los representantes de las organizaciones mencionadas.

Junto con pediros que seáis portadores de mi más cordial saludo para los Excmos. señores Presidentes de las Repúblicas hermanas, tan dignamente representadas en esta docta asamblea, formulo fervientes votos por el buen éxito de vuestras deliberaciones.

Con fe renovada en el superior destino de nuestro Continente y en la fuerza inspiradora de las decisiones que adoptéis para consolidar la salud, el progreso, la paz y la felicidad de nuestros pueblos, declaro inaugurada la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana y la VI Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.

EL PRESIDENTE PROVISIONAL: A continuación, el Dr. Morones Prieto, Secretario de Salubridad y Asistencia de México, contestará las palabras del Excelentísimo señor Presidente de la República de Chile.

Discurso del Excelentísimo Señor Secretario de Salubridad y Asistencia de México, Dr. Ignacio Morones Prieto

El Dr. MORONES PRIETO (Secretario de Salubridad y Asistencia de México): Ha sido permanentemente una práctica, sustentada por un firme ideal de los países de nuestro Continente, actuar en forma conjunta en todas aquellas actividades políticas, culturales y científicas que constituyen la aportación que hacemos a satisfacer aspiraciones universales. En un mundo que sufre graves inquietudes y en el que parece acentuarse cada vez más la divergencia de opiniones, es altamente halagador el hecho de que en esta parte del planeta, los pueblos hayan adoptado el trabajo en común como el medio adecuado para estudiar y resolver, con mutua ayuda, sus problemas.

La comunidad espiritual del Continente americano se revela en variadas formas, y ello no ha sido obra ni del azar ni de fuerzas coercitivas. Vocación fraterna y buena voluntad son los factores que han producido este fenómeno. A ellos se asocian, felizmente conjugadas, otras circunstancias que revelan la identidad de nuestros destinos. Así encontramos un hecho singular: el admirable paralelismo histórico que ha dado a la geografía americana la unidad sorprendente que tanto se admira, mediante la cual las coordenadas de longitud y latitud que nos corresponden, no son símbolos de separación. Puede decirse, empleando

una metáfora, que en la cartografía del espíritu forman una red que nos congrega y a través de ella se mira bullir a un conjunto de pueblos animados por idénticos ideales.

En cierto modo el proceso histórico de la libertad en América hizo que sus próceres fueran contemporáneos entre sí. Ello proporcionó a todos los países del Continente la comunidad espiritual. No fué el azar, en consecuencia, el que presidió la creación del espíritu americano, pues ello es obra de vocación y voluntad. Y es por eso que por la voluntad y por la vocación, América está unida y tiene, por lo tanto, un mismo destino.

Sus sabios, sus pensadores, sus artistas, sus hombres de estado están inspirados en esa convicción y dan a su obra un tono fraterno que es la característica de la acción panamericana.

Es con ferviente satisfacción que hemos escuchado de Su Excelencia interesantísimos conceptos sobre la salud y el bienestar continental.

El historial sanitario con que cuenta Chile lo hace en este sentido un pionero en América, la visión que Alejandro del Río demostró en la V Conferencia Sanitaria Panamericana en 1911 sigue siendo guía para la actividad sanitaria de otros países. Su actuación en su régimen anterior, señor Presidente, lo coloca entre los Jefes de Estado en América que han visto con mayor claridad la importancia de la legislación sanitaria y fué Ud. el que promulgó el Código Sanitario Chileno en 1930. Al mismo tiempo le dió Ud. gran importancia a las investigaciones médicas que se desarrollaron en el Instituto Bacteriológico, cuyo desenvolvimiento ha sido de lo más importante en su género en la América Latina.

El aspecto integral humano que ha dado Ud. a los servicios sanitarios del país, coordinándolos en un mismo esfuerzo con los problemas económicos y agrícolas, en una palabra, con la productividad de la tierra, que satisface tanto los anhelos físicos como espirituales del hombre, me parece a mí que será un impacto definitivo para resolver, no con esfuerzos dispersos sino en un solo esfuerzo integral, el bienestar del trabajador, y muy especialmente el del campesino. Y usando sus propias frases da la razón porque vuestro "Gobierno está impulsando decididamente planes de restauración económica, agrícola e industrial estrechamente integrados con programas de salubridad y de extensión educacional".

He oído, con gran interés, la atención que Ud. ha prestado a la creación de nuevas fuentes de trabajo reproductivo, así como mejorar las existentes, a la edificación de viviendas populares y otras muchas medidas que sin duda mejorarán la situación económico-social del pueblo chileno.

Vuestro país, como Ud. nos lo ha dicho, siempre ha sustentado la doctrina de que la salud internacional es una unidad, indivisible. Esta idea es básica para el desarrollo de las Organizaciones Internacionales de Salubridad y a ello es debido el que nuestra Oficina Sanitaria Panamericana así como la Organización Mundial de la Salud tengan una existencia sólida.

La solidez de estas instituciones hace que una de ellas haya fijado las normas sanitarias en nuestro Continente en los últimos 52 años, y la nueva Organización Mundial esté dedicada a intervenir con reglamentos sanitarios de trascendencia universal, así como a prestar ayuda técnica y económica a los Países Miembros de la Organización.

Esta reunión en Santiago tiene en su programa por desarrollar interesantísimos problemas, tales como la revisión a la Constitución y otros que deseo de la manera más patente tengan nuestras delegaciones, sabiduría y prudencia para resolverlos, ya que serán la base del progreso de nuestra Oficina.

Quiero agradecer a mis colegas la alta distinción que se me ha hecho al conferirme tan distinguida comisión de dar respuesta, a nombre de las delegaciones presentes en esta Décimocuarta Conferencia Sanitaria Panamericana, a las palabras de Vuestra Excelencia. Al aceptar este honor, lo hice porque me siento embebido de los conceptos fundamentales que ha expuesto Ud., tanto a nombre de esta República como de la América toda, relacionados con el problema de la salud.

Espero haber interpretado el sentir de los miembros de esta Conferencia, al haberle reconocido sus sentimientos de americanismo y de humanidad en la solución de problemas de Estado tan complejos como nos ha planteado en su discurso.

Señores Delegados:

Con la hospitalidad característica de nuestros países americanos, de la que hemos tenido hoy una demostración real, amistosa y sincera, la que todos los Delegados agradecemos efusivamente con este mismo fervor, os traigo una invitación cordial de mi Gobierno.

En vista de la universalidad de la Organización Mundial de la Salud nos ha hecho pensar en la utilidad que derivaría del conocimiento, para sus miembros, de nuestra Región. Es por esto por lo que el Gobierno de México ha invitado a la Organización a efectuar su VIII Asamblea en la Capital de la República Mexicana.

Al privilegio de saludar y establecer afectuosos vínculos con los funcionarios públicos que, como yo, tenemos la responsabilidad de los intereses sanitarios en nuestros respectivos países, se añade, venturosamente, otro igualmente grato: el de adelantar la viva complacencia con que mi patria espera tenerlos como huéspedes al reunirse en su ciudad capital la citada Asamblea.

Es esta la segunda vez que se efectuarán esas reuniones fuera de la sede de la Organización, Ginebra. La anterior fué en Roma en 1949, y ahora será en México. Si bien ello significa un honor para mi país, en modo alguno debe singularizarse así, pues consideramos que ha sido discernido por igual a todas las repúblicas hermanas. No cabe balance de méritos, ni en dilucidarlos habría que perder el tiempo cuando se sabe que en México nadie estará en casa ajena. Simplemente es el lugar de cita de la gran familia americana para recibir, con su tradición universalista, a los representantes de otros pueblos con quienes estamos vinculados en el empeño de buscar el bien de la humanidad.

Al regresar a México me afanaré en el trabajo de la preparación de la Octava Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, contando con vuestra valiosa cooperación, pues la ayuda técnica y moral, que espero me otorgaréis, será la segura prenda de un feliz resultado.

Indudablemente llevaréis los preciados frutos de vuestras experiencias e investigaciones que serán puestas de manifiesto por los distinguidos y selectos técnicos que integrarán vuestras delegaciones, y será ello un motivo más para

confiar en la brillantez de la Asamblea y en que el mundo recibirá nuevas aportaciones en pro de su bienestar.

Señores Delegados:

Si bien nuestra misión tiene un ámbito científico y social, séame permitido abrir, por un momento, paso a la efusión que no en vano tiene su raíz profunda en lo que es inherente a América, Continente de la fraternidad.

A tenerla me induce la comunidad de ideales que nos ha alistado bajo las banderas del servicio de la humanidad y como al marchar juntos llevamos la fértil alegría de la solidaridad, no será impropio que en el austero ambiente de estas reuniones empleemos términos que salen del entusiasmo del corazón. Es así como os digo que México os espera para que os sintáis como en vuestro propio hogar.

México os espera. Por mi conducto el señor Presidente de México, don Adolfo Ruiz Cortines, envía sus respetuosos saludos a Vuestra Excelencia, señor Presidente de la República de Chile, y a todos ustedes su cordial invitación, y en ella va implícito el efusivo sentido de la admiración de mi pueblo por vuestra obra de tan noble inspiración humanista.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Corresponde usar de la palabra al Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. Candau.

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

El Dr. CANDAU (Director General, Organización Mundial de la Salud): Es para mí un placer, como Director General de la Organización Mundial de la Salud, el estar presente en esta solemne reunión inaugural del evento máximo de la salud pública continental y compartir con Uds. en el análisis de algunos de los problemas que afectan la salud de los pueblos de las Américas.

No puedo dejar pasar esta oportunidad sin referirme, aunque sea sólo por un momento, a la cálida hospitalidad del Gobierno y pueblo chilenos que se está expresando a diario en cada uno de los actos de la Conferencia.

Es mi impresión sincera que la presencia en esta ceremonia de Su Excelencia, el Presidente de la República, demuestra palpablemente el interés que todo el Gobierno de la República de Chile siente por los problemas que afectan a la salud individual y colectiva.

Este viaje a Chile corona una visita a once países americanos llevada a cabo en las últimas semanas. En este viaje he tenido la oportunidad de conversar detenidamente con las autoridades sanitarias y de examinar con ellas los problemas que les afectan. A mi regreso a Ginebra guardaré un recuerdo de esta visita que tiene un gran significado al acercar al Director General de la Organización Mundial de la Salud a los lugares de labor sanitaria por muy alejados que ellos se encuentren de la Sede de la Organización.

Como ustedes conocen, ha sido el deseo unánime de los Países Miembros de la Organización el que la Octava Asamblea Mundial de la Salud sea celebrada en la Ciudad de México, siendo así la primera vez que la Asamblea se efectuará

fuera de Europa. Hace cuatro semanas tuve el honor de discutir con los altos funcionarios de ese país los detalles preliminares concernientes a la Asamblea y, en esta ocasión, es muy grato expresar que el Gobierno y el pueblo de México aguardan a todos los Estados Miembros a la cita del próximo mayo de 1955 con la firme creencia que la Asamblea resultará en una reunión exitosísima de la salud mundial en la que México actuará como Sede.

En mi visita a Guatemala fui testigo de la culminación de un esfuerzo cooperativo del grupo de países centroamericanos y Panamá, al asistir a la inauguración del nuevo edificio del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, el cual ha sido construido y donado por el Gobierno de la República de Guatemala. La contribución que Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá están haciendo, por intermedio de este Instituto, al progreso de la ciencia de la nutrición y su aplicación práctica en todo el mundo, es un ejemplo de cómo los pueblos unidos pueden beneficiarse no sólo a sí mismos, sino a insospechadas cantidades de gentes en los más distantes lugares.

En cada uno de los países que he visitado he podido apreciar la gran preocupación que tienen los pueblos por resolver coordinadamente y con gran espíritu de colaboración internacional los problemas de salud, que no son fenómenos aislados dentro de la vida nacional e internacional. Asimismo, estoy muy impresionado con la aplicación en el terreno de los principios básicos establecidos en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en la cual se manifiesta que "los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas", al mismo tiempo que, "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social."

Para ustedes será motivo de regocijo el saber que otra de las impresiones que he recogido, durante este viaje continental, es la convicción de que existe una coordinación estrecha e íntima entre las actividades auspiciadas por la Oficina Sanitaria Panamericana y las de la Organización Mundial de la Salud, que debe servir de ejemplo en este Continente. Esto representa, sin lugar a dudas, la eficiente labor del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en el campo de la coordinación sanitaria internacional.

En este libre concierto de naciones, la salud mundial está desempeñando su papel y en este momento se están llevando a cabo reuniones similares a la vuestra en distintas partes del mundo. Los otros Comités Regionales están sesionando en Opatija (Yugoeslavia), Leopoldville (Congo Belga), en Alejandría (Egipto), en Nueva Delhi (India), y en Manila (Filipinas), discutiendo problemas semejantes a los que serán tratados en esta XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, para así cumplir con otro de nuestros conceptos básicos: "la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados."

Al Director General de la Organización Mundial de la Salud sólo le queda ahora el hacer votos por el mayor de los éxitos de esta reunión cuyos resultados contribuirán a la finalidad de nuestra Organización que es "alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud", definida como "un estado completo

do bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Finalmente, escucharán ustedes la palabra del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Fred L. Soper.

Discurso del Señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Fred L. Soper

El Dr. SOPER (Director, Oficina Sanitaria Panamericana): En mi calidad de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, tengo el placer y el alto honor de saludar al pueblo de Chile en la persona de su primer ciudadano, el Excelentísimo señor Presidente de la República, General Don Carlos Ibáñez del Campo, y de sus más altos dignatarios. Me complace también en esta ocasión dar mis más cálidos saludos de bienvenida a los delegados de todas las naciones del Hemisferio, asistentes a esta XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, como igualmente agradecer la presencia en nuestras deliberaciones del señor Director General de la Organización Mundial de la Salud.

Fué sin duda un privilegio para el Consejo Directivo de la Organización aceptar la gentil invitación del Gobierno de Chile para celebrar nuestra XIV Conferencia en la bella ciudad de Santiago.

No es un hecho fortuito el que en esta reunión se haya dado cita un número significativo de Ministros de Salud Pública y que esté presente la mayoría de las más altas autoridades nacionales de salud de las repúblicas del Hemisferio. Esta asistencia tan selecta como extraordinaria, que muestra real interés en nuestra Organización, también debe ser atribuida al deseo general de los sanitaristas por conocer de cerca los esfuerzos que el Gobierno de Chile está efectuando para mejorar el bienestar higiénico de su pueblo y los cambios fundamentales que, a tal efecto, ha impreso a sus prestaciones médico-sanitarias y asistenciales, integrándolas en el Servicio Nacional de Salud.

Al escuchar la palabra ponderada y justa del Excelentísimo señor Presidente, he visto en vuestros rostros la expresión de que cuanto ha dicho representa también parte de la vida de cada uno de nuestros propios pueblos, y refleja cada una de nuestras propias inquietudes. Es natural que así sea, pues todos pensamos que la defensa y el fomento de la salud de los pueblos no sólo responde a un imperativo biológico, sino que representa un factor decisivo para promover y mejorar las mutuas relaciones y la convivencia fraterna entre las naciones.

He tenido la suerte, señor Presidente, de conocer desde hace varios años su inquebrantable interés por la salud pública y la cooperación internacional; y, por ello, comprendo su elocuente referencia a los objetivos fundamentales de la Organización Sanitaria Panamericana, que son: “la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes.”

En efecto, la cooperación de las repúblicas americanas en salubridad internacional, iniciada en 1902, al establecerse la Oficina Sanitaria Panamericana, se concretó en 1924 en el Código Sanitario Panamericana, único tratado inter-

nacional ratificado por todas las Repúblicas de América, debido a su propósito y especial significado. Esta cooperación fué ampliada más aún por la XII Conferencia Sanitaria en 1947, al crear la Organización Sanitaria Panamericana que reconoció la necesidad de extender la acción sanitaria internacional a todos los territorios, puesto que los problemas son comunes a todo el Hemisferio Occidental, y permitió una estrecha colaboración con la Organización Mundial de la Salud. En virtud de esa determinación, especialistas sanitarios de todas las unidades políticas del Hemisferio Occidental participan en la parte técnica de las Conferencias.

Entre las conquistas que el señor Presidente ha mencionado, con legítimo orgullo, se encuentra la erradicación de la malaria en este país. Tan señalado éxito adquiere singular relieve en este momento en que la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana habrá de discutir el programa y financiamiento de una campaña de erradicación continental de esta enfermedad: aspiración nacional lograda en unos países, cercana al éxito en otros, y desgraciadamente demasiado lejos en extensas áreas del Continente, donde todavía la malaria ocasiona la pérdida de miles de vidas y de decenas de millones de pesos cada año.

La Oficina Sanitaria Panamericana tiene especial satisfacción en haber promovido desde hace varias décadas la formulación de acuerdos fronterizos de carácter sanitario, entre los cuales el firmado en 1946 por Bolivia, Chile y Perú, sigue aplicándose con toda regularidad y ha creado un ejemplo de mecanismo adecuado para la coordinación y ayuda mutua necesarias para enfrentar los problemas sanitarios de fronteras.

Excelentísimo señor Presidente: como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, mantengo la más profunda fe en que los sanitaristas estamos plasmando, con trabajo y tesón, el perfeccionamiento de un concepto de convivencia americana y mundial, puesto que hemos podido demostrar que es posible, por encima de egoísmos de raza, pueblo, nación o continente, alcanzar una superación integral de las masas humanas, uniendo a los hombres en un noble ideal común.

La cooperación sanitaria internacional es quizá el más claro ejemplo de lo que puede lograrse en el mundo, cuando el espíritu que anima a los hombres es su propio mejoramiento, el de sus semejantes y el del medio en que viven y trabajan.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Queda clausurada la sesión.

Se levanta la sesión a las 12 h.

PRIMERA SESION PLENARIA

Viernes, 8 de octubre de 1954, a las 11 h. 25 m.

Presidente Provisional: Dr. RAMÓN BERGÉS SANTANA (República Dominicana)

Presidente: Dr. SERGIO ALTAMIRANO P. (Chile)

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Queda abierta la primera sesión plenaria de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

Tema 2: Adopción del Reglamento de la Conferencia Sanitaria Panamericana

El PRESIDENTE PROVISIONAL: El primer punto del orden del día es la adopción del Reglamento de la Conferencia. El Secretario dará lectura al documento presentado por el Director sobre este tema.

El SECRETARIO: El documento a que se hace referencia, titulado "Proyecto de Reglamento Interno para la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, VI Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud," dice:

Teniendo en cuenta las razones expuestas en el Documento CE22/11 adjunto,¹ el Director presentó a la consideración del Comité Ejecutivo en su 22a Reunión un proyecto de Reglamento Interno para la Conferencia Sanitaria Panamericana (Documento CE22/11, Anexo 1). Después de estudiar dicho proyecto, el Comité Ejecutivo adoptó la siguiente resolución:

Resolución VIII. El Comité Ejecutivo, habiendo examinado el Proyecto de Reglamento Interno preparado por la Oficina Sanitaria Panamericana para la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana (Documento CE22/11 y Addendum I); y teniendo en cuenta que dicho proyecto contiene las disposiciones del Reglamento de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, a las cuales se han incorporado los artículos del Reglamento Interno del Consejo Directivo que se aprobaron de conformidad a la Resolución XV de la V Reunión del Consejo Directivo,

Resuelve: Aprobar el Proyecto de Reglamento Interno y transmitirlo para su consideración a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, VI Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud.

De conformidad con esta resolución, el Director tiene el honor de transmitir a la Conferencia Sanitaria Panamericana el antes citado proyecto de Reglamento Interno.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Me parece conveniente sugerir a los señores delegados que, cuando quieran hacer uso de la palabra, levanten su tarjeta de identificación del país al cual pertenecen y den su nombre porque la visibilidad, desde aquí, es poca, y no los distinguimos. ¿Algún señor Delegado quiere hacer uso de la palabra? Tiene la palabra el Dr. Hurtado, de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): Pedí la palabra para proponer, señor Presidente, a los señores delegados, la aprobación del Reglamento Interno, documento conocido, elaborado con anterioridad y que ya está en conocimiento de todos los Países Miembros, por lo cual no hay ninguna necesidad de someterlo a debate particular. Como digo, esto ya se ha tratado.

Además, en el supuesto de que, durante la Conferencia, se deseara enmendarlo o tomar una resolución particular en un momento cualquiera, siempre habrá libertad para hacerlo, todo sin perjuicio de aprobar el reglamento. Propongo, pues, su aprobación.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: ¿Alguna otra observación? Si no hay observaciones, quedará aprobado. Tiene la palabra el señor Delegado del Reino Unido.

¹ Documento de trabajo no publicado de la 22a Reunión del Comité Ejecutivo, en el que se presentó el proyecto de Reglamento Interno para la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Dr. HARKNESS (Reino Unido) (*traducción del inglés*): Tenía la impresión de que existía una propuesta en el sentido de que el Reglamento Interno de la Conferencia y del Comité Regional sería redactado y adoptado como una especie de norma permanente que no requeriría su examen en cada reunión de la Conferencia y del Comité Regional. En este caso, parecería deseable que el reglamento que vamos a adoptar se puliera un tanto, se ajustara y clarificara, y esperamos que la Conferencia, al aceptar ahora este reglamento, se dará ulteriormente a sí misma la oportunidad, durante su reunión, de plasmar en forma permanente este reglamento.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Tiene la palabra el señor Delegado de los Países Bajos.

El Dr. SWELLENGREBEL (Países Bajos) (*traducción del inglés*): Deseo apoyar las observaciones hechas por el Delegado del Reino Unido respecto al contenido del reglamento que se va a adoptar.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Tiene la palabra el Delegado de la Argentina.

El Dr. SEGURA (Argentina): Lo que no ha sido especificado bien, o no he entendido bien, es el momento de hacer el estudio de este reglamento para darle una efectividad futura. Si, en este momento, la Conferencia entrara a estudiar este Reglamento Interno para darle todas las características que servirán para toda una acción futura, empezáramos por tropezar con hechos que se han reflejado, hasta este momento, en el Reglamento Interno, si éste fuere exclusivamente para esta Conferencia no traería colisión con hechos que tenemos que estudiar al tratar el proyecto de Constitución o de modificación de la Constitución. Por lo tanto, considero que lo que es fácil en este momento es aprobar el proyecto de reglamento para esta XIV Conferencia Sanitaria Panamericana. Hecho el estudio de las otras disposiciones, tales como la del Artículo 2 de este reglamento, que van a ser tratadas "in extenso" al debatir el proyecto de Constitución, se verá después de qué manera se incorporarán en un reglamento más definitivo, a fin de no estar haciendo un nuevo estudio al comenzar cada reunión.

En resumen, nuestra Delegación propone que, en este momento, se apruebe el proyecto de reglamento que se nos presenta y que el estudio del Reglamento para la Conferencia se haga con posterioridad y después de haber sido considerado el proyecto de Constitución de la Organización.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: ¿Algún otro delegado desea hacer uso de la palabra?

El Dr. GRUNAUER (Ecuador): Simplemente para apoyar la modificación propuesta por el Delegado de Argentina, porque nos parece que, en realidad, podemos adoptar de una vez, como norma de procedimiento de la Conferencia, este proyecto de reglamento y, entonces, se puede nombrar una subcomisión para que, durante el curso de la Conferencia, y una vez conocidas las modificaciones que se establezcan en la Constitución, sugiera las reformas y proyectos de reglamento para ser sometidos a la Comisión respectiva de las dos comisiones principales y, luego, a la Conferencia, o para que formule un proyecto que sirva de norma futura. De manera que nuestra Delegación apoya las modificaciones propuestas por el señor Delegado de Argentina.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Tiene la palabra el señor Delegado de los Estados Unidos.

El Dr. DEARING (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Estamos asimismo de acuerdo con el señor Delegado de la Argentina en que el reglamento debería adoptarse sujeto a las condiciones que ha señalado el Dr. Segura y en que no hay necesidad de demorar su aprobación, a fin de que podamos tratar los asuntos de la Conferencia.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Tiene la palabra el Delegado del Reino Unido.

El Dr. HARKNESS (Reino Unido) (*traducción del inglés*): En razón de lo dicho, mi Delegación se declara satisfecha de que se brinde la oportunidad de discutir ulteriormente el reglamento, en el curso de la Conferencia y, en estas circunstancias, no insistimos en nuestra moción en el momento presente.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: *Se adopta el reglamento.*¹

Tema 4: Establecimiento, Mediante Sorteo, de la Precedencia de las Delegaciones

El PRESIDENTE PROVISIONAL: En el punto 2 del orden de día figura el establecimiento y sorteo de la precedencia de las delegaciones. Se designa a Bolivia y a México para los efectos del sorteo mencionado. El señor Secretario dará detalle de cómo se va a efectuar dicho sorteo.

El SECRETARIO: Se encuentra una urna ubicada en la Mesa Directiva, a la izquierda del señor Presidente, y se dispone de 23 tarjetas correspondientes a los países presentes. La única tarjeta que falta es la de la República de Honduras, cuyo Gobierno, a causa de las recientes inundaciones que afectaron a todo el país, se ha visto obligado a no enviar delegación.

Los señores Delegados de Bolivia y de México, designados por el señor Presidente, revisarán las 23 tarjetas que se han preparado para ser depositadas en la urna. En seguida se insacularán y conforme se vayan sacando las tarjetas de cada uno de los países se irán incorporando sucesivamente sus nombres en una lista. Una vez terminado el sorteo quedará reglamentariamente establecido, para la duración de la Conferencia, el orden de precedencia de las Delegaciones.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Ruego a los señores Delegados de Bolivia y de México que pasen a la Mesa Directiva para verificar el sorteo que va a tener lugar inmediatamente.

Los señores delegados proceden a retirar las cédulas.

El SECRETARIO: Señor Presidente: El orden de precedencia es el siguiente: Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América, República Dominicana, Venezuela, Argentina, Uruguay, El Salvador, Ecuador, Haití, México, Nicaragua, Países Bajos, Francia, Panamá, Chile, Cuba, Guatemala, Perú, Bolivia, Brasil, Reino Unido y Paraguay.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Oportunamente, se distribuirá la lista impresa.

¹ Véase pág. 9.

Tema 3: Nombramiento de la Comisión de Credenciales

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Como punto 3 corresponde tratar el nombramiento de la Comisión de Credenciales. Tiene la palabra el Delegado de Ecuador.

El Dr. GRUNAUER (Ecuador): La Delegación de Ecuador propone, para integrar la Comisión de Credenciales, a los Delegados de Panamá, México y Chile.

El Dr. HURTADO (Cuba): La Delegación de Cuba propone que se apruebe la propuesta hecha por la Delegación del Ecuador.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Si no hay otras proposiciones, quedará aprobada la formulada por el Ecuador y apoyada por Cuba, que designa a Panamá, México y Chile para integrar la Comisión de Credenciales.

Queda aprobada.

Tema 5: Elección de Presidente y dos Vicepresidentes

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Como punto 4 se propone la elección de Presidente de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana. Tiene la palabra el Delegado de Argentina.

El Dr. SECURA (Argentina): En las Conferencias Sanitarias, que son siempre un acto de cierta trascendencia, se ha tenido por costumbre considerar todo lo que la Conferencia debe al país donde ésta se realiza. En este caso, y en el tiempo que llevamos aquí, todas las delegaciones sentimos cuánta ha sido la devoción de nuestra república hermana de Chile para cobijarnos con toda la familiaridad que podía hacerse en una reunión de hermanos.

Frente a esta situación, es sentimiento unánime de todas las delegaciones proponer que se designe Presidente de esta Conferencia al Ministro de Salud Pública de Chile, doctor Altamirano, haciéndolo por unanimidad y mediante un aplauso cerrado de todos los señores delegados reunidos en esta Conferencia.

Queda aprobada por aclamación la propuesta del Delegado de la Argentina.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Declaro Presidente de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana al Dr. Altamirano, Ministro de Salud Pública y Previsión Social de Chile.

El Dr. Altamirano (Chile) pasa a ocupar la presidencia.

El PRESIDENTE: Profundamente emocionado, agradezco, en nombre de la República de Chile, el señalado honor que esta Conferencia Sanitaria Panamericana ha hecho a nuestro país, al elegir a su Ministro de Salud Pública, Presidente de esta Asamblea.

No me resta sino desear que vuestras deliberaciones sean lo que el viejo Erófilo dijo que: "la ciencia y el arte no tienen nada que enseñar, el ánimo es incapaz de esfuerzo, la riqueza inútil y la elocuencia ineficaz, si falta la salud." Desearía que, después de estas deliberaciones, la ciencia y el arte tengan todo que enseñar, que el ánimo sea capaz de esfuerzo, la riqueza sea útil y la elocuencia

eficaz, con toda la salud que vuestros debates contribuirán a formar en nuestro Continente. Muchas gracias.

Nos corresponde, a continuación, elegir a los dos Vicepresidentes de esta Asamblea. Ofrezco la palabra.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): Señor Presidente, me permito proponer para Vicepresidentes de la Conferencia al Jefe de la Delegación de Costa Rica y al Jefe de la Delegación de los Estados Unidos de América. El propósito de esta sugestión es el de que estén representados en la Mesa Directiva países del norte, del centro y del sur de América.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de Bolivia.

El Dr. DORIA MEDINA (Bolivia): La representación de Bolivia propone para los dos cargos de Vicepresidentes a los representantes de los Estados Unidos de América y de Colombia.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de Haití.

El Dr. PIERRE-NOËL (Haití) (*traducción del francés*): La Delegación de Haití propone como Vicepresidentes al Jefe de la Delegación de los Estados Unidos de América y al Jefe de la Delegación de Panamá.

El PRESIDENTE: Ofrezco la palabra.

El SECRETARIO: Los nombres de los países propuestos son: Estados Unidos de América y Costa Rica; Estados Unidos de América y Colombia; y Estados Unidos de América y Panamá.

El PRESIDENTE: Voy a preguntar a la Asamblea si estima conveniente proceder de inmediato a la votación porque debo recordar que su Excelencia el Presidente de la República nos espera a las 12 en el Palacio de la Moneda, o bien, proceder a realizar la votación inmediatamente después de reanudada esta Conferencia, en la tarde de hoy, a las 3, según tengo entendido.

Ofrezco la palabra. Como nadie ha solicitado la palabra, procederemos de inmediato a la votación. La Mesa propone a los señores Delegados del Brasil y de Nicaragua para constituir la comisión escrutadora de la votación y ruega a los mismos que tengan la gentileza de pasar a la Mesa para hacer el recuento de los votos.

Se procede a votación.

El SECRETARIO: Los Representantes de los Estados Unidos de América y de Costa Rica han obtenido 21 y 13 votos, respectivamente.

El PRESIDENTE: Quedan, entonces, designados, para los cargos de Vicepresidentes de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, los Representantes de los Estados Unidos de América y de Costa Rica.

Invito a los señores delegados a que asistan a la visita al Presidente de la República de Chile, que ha de tener lugar en el Palacio de la Moneda dentro de breves momentos.

Se levanta la sesión a las 12 h. 20 m.

SEGUNDA SESION PLENARIA

Viernes, 8 de octubre de 1954, a las 15 h. 15 m.

Presidente: Dr. SERGIO ALTAMIRANO P. (Chile)

El PRESIDENTE: Se abre la sesión. Nos corresponde estudiar el establecimiento de las comisiones principales. El señor Secretario va a informar a la Conferencia acerca de lo que procede para integrar la Comisión General.

Tema 6: Establecimiento de las Comisiones Principales

El SECRETARIO: Señor Presidente, la Comisión General está formada por el Presidente de la Conferencia, los dos Vicepresidentes, los Presidentes de las comisiones principales, que son: la Comisión I, de Asuntos Técnicos; y la Comisión II, de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos. Además de eso, los señores delegados se servirán proponer dos miembros, aparte de los que figuran en el grupo de que he dado cuenta, con objeto de que completen la Comisión General. Esta Comisión, en la que participan *ex officio* el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y el Secretario, desempeña las funciones señaladas en los Artículos 35 y 40 del Reglamento Interno de la Conferencia.

En este momento, señores delegados, sería procedente la elección de las personas que han de constituir la Comisión General.

Me voy a permitir, a indicación del señor Presidente, dar algunas informaciones más acerca del funcionamiento de las comisiones que empezarán a trabajar en cuanto se constituyan reglamentariamente.

Se han previsto dos comisiones principales y cada delegación tendrá derecho a estar representada en ellas. Los dos Presidentes electos por la Conferencia convocarán la reunión de constitución de sus respectivas comisiones y en esa ocasión cada una de ellas elegirá un Vicepresidente y un Relator encargado de presentar los informes y conclusiones de su Comisión a la sesión plenaria de la Conferencia.

Desempeñarán las funciones de Secretarios de las Comisiones, el Dr. Budnik, de la Oficina Sanitaria Panamericana en la I, y en la II, el Sr. Harry A. Hinderer, de la Oficina Sanitaria Panamericana. Estas comisiones pueden establecer grupos de trabajo para estudiar informes sobre determinados temas. Los suplentes y los asesores de las Delegaciones pueden ser nombrados para formar parte de los grupos de trabajo que se establezcan.

El PRESIDENTE: En la Comisión General ya están designados el Presidente y los dos Vicepresidentes. Nos corresponde elegir al Presidente de la Comisión I, de Asuntos Técnicos. Tiene la palabra el Dr. Hurtado.

El Dr. HURTADO (Cuba): Para recomendar o proponer como Presidente de la Comisión de Asuntos Técnicos al Dr. Montalván, Director del Instituto de Higiene del Ecuador, dada su experiencia en la materia. El Dr. Montalván fué Presidente del Comité Ejecutivo y se trata de una persona que, con toda seguridad, ha de manejar muy bien los asuntos de esta Comisión.

El PRESIDENTE: Ofrezco la palabra. Tiene la palabra el Dr. Vargas Méndez.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): La Delegación de Costa Rica propone para integrar esta Comisión al Dr. Félix Hurtado, Embajador Encargado de Asuntos Sanitarios Internacionales de Cuba.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado del Ecuador.

El Dr. GRUNAUER (Ecuador): La Delegación del Ecuador apoya la proposición hecha por el señor Delegado de Costa Rica, para designar Presidente de la Comisión de Asuntos Financieros, Administrativos y Jurídicos al Dr. Félix Hurtado.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado del Uruguay.

El Dr. CAPPELLETTI (Uruguay): Nosotros también apoyamos la proposición de Costa Rica.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de los Estados Unidos.

El Dr. DEARING (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): La Delegación de los Estados Unidos desea proponer como Presidente de la Comisión II al Dr. Segura, Delegado de Argentina.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de Chile.

El Dr. VALENZUELA (Chile): La Delegación de Chile apoya la postulación del Dr. Hurtado, propuesto por la Delegación de Costa Rica.

El PRESIDENTE: ¿Se propone algún otro candidato? Queda, pues, designado el Dr. Montalván para la Comisión I, y procederemos a votación para la elección del Presidente de la Comisión II.

Ruego a los señores Delegados de Haití y del Perú que tengan la gentileza de acercarse a la Mesa constituir la comisión escrutadora de esta votación.

El SECRETARIO: Los candidatos son Cuba y Argentina.

El PRESIDENTE: Ruego a los señores Delegados de Haití y del Perú que se acerquen a la Mesa para escrutar la votación.

Se procede a votación.

El SECRETARIO: Han participado 23 señores delegados. El resultado de la votación es el siguiente: Cuba, 13; Argentina, 8; Ecuador, 1; en blanco, 1.

El PRESIDENTE: En consecuencia, la Comisión II será presidida por el señor Delegado de Cuba.

Tiene la palabra el señor Delegado de los Estados Unidos.

El Dr. DEARING (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Nos agradecería sugerir que la elección del Dr. Hurtado, de Cuba, como Presidente fuera unánime.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Dr. Segura.

El Dr. SEGURA (Argentina): Quiero tener la satisfacción de acompañar a la Delegación de los Estados Unidos de Norte América en el pedido que acaba de hacer, para que se nombre por unanimidad al Dr. Hurtado.

El PRESIDENTE: Ahora nos corresponde elegir a dos Delegados para integrar la Comisión General. Ofrezco la palabra.

El Dr. GRUNAUER (Ecuador): La Delegación del Ecuador propone a los señores Delegados de México y Argentina para integrar la Comisión.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): La Delegación de Cuba propone, para integrar la Comisión General, a los señores Delegados de El Salvador y del Uruguay.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de El Salvador.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): La Delegación de El Salvador secunda la proposición de la Delegación del Ecuador.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado del Uruguay.

El Dr. CAPPELETTI (Uruguay): La Delegación del Uruguay apoya la proposición de la Delegación del Ecuador.

El PRESIDENTE: Si no hay otras propuestas, procederemos a votar las dos proposiciones formuladas.

El SECRETARIO: Los candidatos son los Delegados de la Argentina y de México, y los Delegados de El Salvador y del Uruguay. Es decir, son candidatos Argentina, México, Uruguay y El Salvador.

El PRESIDENTE: Ruego a los señores Delegados de Colombia y de Bolivia que pasen a integrar la comisión escrutadora.

El señor Delegado de El Salvador ha pedido la palabra. Con el asentimiento de la Conferencia, tiene la palabra el señor Delegado de El Salvador.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): Quiero hacer una observación relacionada con el Reglamento. Creo que la Mesa no debió haber ordenado la votación, porque la proposición para designar a los Delegados del Uruguay y de El Salvador no fué secundada. Deseo, por eso, que se me diga si, a pesar de no haber cumplido ese requisito, es necesario proceder a la votación.

El PRESIDENTE: El señor Secretario va a informar. Sin embargo, quiero señalar que ya tenemos el precedente de la votación anterior.

El SECRETARIO: El Reglamento aprobado esta mañana y en vigencia actualmente no tiene ninguna disposición que establezca que una moción deba ser apoyada para ser tomada en cuenta.

Se procede a votación.

El SECRETARIO: La votación ha dada mayoría a México y a la Argentina, 14 votos cada país.

El PRESIDENTE: En consecuencia, México y la Argentina integrarán la Comisión General. El señor Secretario dará la lista completa de los miembros integrantes de la Comisión General.

El SECRETARIO: La Comisión General queda constituida en la siguiente forma: Chile, Presidente; Costa Rica y Estados Unidos, Vicepresidentes; Ecuador, como Presidente de la Comisión I; Cuba, como Presidente de la Comisión II y los señores Delegados elegidos por la mayoría: México y Argentina. Esta Comisión General está citada a las 5 de la tarde para iniciar sus labores.

Tema 7: Adopción del Programa de Temas

El PRESIDENTE: Nos corresponde volver a los puntos 7 y 8, "Adopción del programa de temas" y "Adopción del programa de sesiones", respectivamente. El señor Secretario informará a la Conferencia.

El SECRETARIO: El programa de temas se ha desarrollado ya en sus seis primeros números y nos encontramos en el séptimo. A dicho programa, que terminaba con el Tema 39, "Fondo Rotatorio de Emergencia", se ha añadido, como resultado de una resolución del Comité Ejecutivo, un nuevo tema sobre las "Funciones del Comité Ejecutivo en la preparación de las Reuniones Sanitarias Panamericanas," al que corresponde el número 40. Este documento será distribuido oportunamente a los señores delegados.

Seguidamente el señor Secretario da lectura al programa de temas.¹

El PRESIDENTE: Se ha escuchado la lectura del programa de temas hecha por el señor Secretario. Si algún señor delegado estima conveniente hacer alguna observación, se ofrece la palabra.

Queda aprobado el programa de temas.

El señor Secretario va a informar a la Asamblea sobre el programa de sesiones.

Tema 8: Adopción del Programa de Sesiones

El SECRETARIO: Señor Presidente, el Tema 8 se titula "Adopción del programa de sesiones". Este proyecto de programa de sesiones se compone de dos partes: el primer documento es de la Conferencia Sanitaria Panamericana y el segundo proviene de la Reunión del Comité Ejecutivo, que se efectuó en abril en Washington.

El Secretario da lectura al primer documento sobre este tema.²

Como podrán ver los señores delegados, el proyecto de programa de sesiones ha empezado a desarrollarse en una forma que se acerca mucho a lo previsto. Se han efectuado: el 6 de octubre, la sesión preliminar; el día 7, la sesión inaugural; hoy a las 11 de la mañana la primera sesión plenaria, y ahora celebramos la segunda sesión plenaria.

El Secretario da lectura al segundo documento relativo al tema.³

En el Anexo II hay un cuadro que facilitará a los señores delegados el darse cuenta del número de sesiones que se espera celebrar y de la forma en que éstas se efectuarán. Hago notar especialmente a los señores delegados que, en relación con la Conferencia, se celebrarán las Jornadas de la Sociedad Chilena de Salubridad, a las que se destinará, muy en particular, el día 12 de octubre, de acuerdo con el Comité Ejecutivo.

El PRESIDENTE: Si los señores delegados tienen alguna observación que hacer

¹ Véase pág. 15.

² Documento de trabajo CSP14/2 no publicado.

³ Documento de trabajo CE22/13 no publicado de la 22a Reunión del Comité Ejecutivo.

al respecto, se ofrece la palabra. Luego se dará por aprobado el programa propuesto. Tiene la palabra el señor Delegado de México.

El Dr. ZOZAYA (México): Según el orden de las sesiones que ha sido expuesto, la Comisión II se reunirá el miércoles 13, en la mañana.

En vista de que tenemos en la Comisión de Asuntos Jurídicos el problema del estudio de la Constitución, yo desearía hacer la proposición de que se estableciera con anticipación, y tan pronto como fuera posible, un grupo de trabajo para que empezara a estudiar este problema y no se dejara para lo último y con premura hacer el estudio correspondiente de este asunto que, creo, es quizá el más importante de la Conferencia.

Si estoy en lo cierto al interpretar que la primera sesión de la Comisión II es el miércoles 13, me parece que el grupo de trabajo que haya de estudiar la Constitución se podría formar antes, con objeto de que fuera adelantando en el estudio.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de los Estados Unidos.

El Dr. DEARING (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Tengo que hacer una sugerencia y una pregunta respecto de la indicación del señor Delegado de México. ¿No podría una sesión plenaria pasarla a la Comisión II para que ésta la tomara en consideración a fin de acelerar esta parte del trabajo? Mi pregunta, respecto a este programa sobre el cual el señor Secretario acaba de llamar nuestra atención, es la de saber si hemos de considerarlo provisional, en razón de la labor general encomendada a la Comisión General, a la cual incumbe la responsabilidad de distribuir todo el trabajo de la Conferencia y la adaptación del programa a medida que se desarrolle el trabajo.

El PRESIDENTE: Se pone a discusión si procede constituir el grupo de trabajo que propone el Dr. Zozaya o si se transmite la cuestión a estudio de la Comisión General. Tiene la palabra el señor Delegado del Uruguay.

El Dr. CAPPELETTI (Uruguay): Tengo entendido que hay un Comité Permanente, que estudia el problema de la Constitución. De manera que el grupo de trabajo debe llamar a su seno, a mi entender, a este comité, para que informe sobre el estado del problema.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Dr. Hurtado.

El Dr. HURTADO (Cuba): La consideración hecha por el señor Delegado de México, Dr. Zozaya, es pertinente en cuanto habrá de ganarse tiempo en lo que, seguramente, será el motivo más polémico de la Conferencia; pero, en la disposición orgánica, entiendo que lo que procede es trasladar esta sugerencia, tan atinada, a la Comisión General que ha de reunirse esta tarde.

Será la Comisión General la que, seguramente, tendrá en cuenta la consideración hecha por el Dr. Zozaya y podrá proveer lo que él ha solicitado.

En cuanto al comentario del Dr. Cappeletti, el Comité Permanente estudió el proyecto de reforma de la Constitución, prácticamente ha terminado ya su labor, desde el momento en que emitió un dictamen al Comité Ejecutivo, pasado al Consejo Directivo, y éste acordó trasladar toda la documentación y todo el trabajo hecho por ese comité especial a la consideración, estudio y resolución de

la Conferencia. Así, pues, cuando se comiencen a estudiar los problemas relativos a reforma, el documento básico de discusión será el dictamen del Comité Permanente de revisión de la Constitución al que se añadirán aquellas mociones especiales que tratan también de reforma, como algunos puntos que el Gobierno de Cuba ha presentado.

En síntesis, soy partidario de que se acelere el estudio de la revisión constitucional, que se prepare el grupo de trabajo de que habla el Dr. Zozaya; pero prefiero que esta determinación se deje en manos de la Comisión General y que se le recomiende que lo considere en su primera sesión, que se celebrará esta misma tarde.

EL PRESIDENTE: ¿Insiste el Dr. Zozaya en su proposición?

EL DR. ZOZAYA (México): Sí, señor Presidente.

EL PRESIDENTE: El señor Secretario informará al respecto.

EL SECRETARIO: Lo que ha dicho el Dr. Hurtado en relación al Comité Permanente de revisión de la Constitución, es exacto. El Comité ha trabajado durante varios años, constituido por Representantes de los Estados Unidos de América, Chile y la República Dominicana, y su informe final, como proyecto, ha sido transmitido a los gobiernos y es el que tendrá ante sí la Conferencia. Se ha considerado que ese Comité ha concluido sus estudios.

EL PRESIDENTE: Podríamos dar solución al problema preguntando a la Conferencia si alguna otra delegación insiste en el planteamiento formulado por el Delegado de México; si no, estaremos que este asunto pasa a estudio y decisión de la Comisión General.

Así se acuerda.

Tema 9: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo

EL PRESIDENTE: Pasaremos a considerar el informe anual del señor Presidente del Comité Ejecutivo. Y éste será el último punto del orden del día de esta sesión, para dejar tiempo a la Comisión General. El Dr. Segura tiene la palabra.

EL DR. SEGURA (Argentina): Tengo por alto honor dirigirme a esta magna Conferencia Sanitaria Panamericana, en nombre del Comité Ejecutivo de la Organización, para dar cuenta de la labor cumplida en sus 21a, 22a y 23a Reuniones, celebradas en Washington las dos primeras y la última en estos días, en esta noble y acogedora ciudad de Santiago de Chile. Por decisión de la XIII Conferencia, es ésta la primera vez que no se reúne el Consejo Directivo cuando lo hace la Conferencia Sanitaria Panamericana, y es también la primera vez que el Presidente del Comité Ejecutivo refiere su informe anual al pleno de una Conferencia.

En exposición somera, diré que hemos estudiado el presupuesto presentado por el señor Director para el año 1955, y después de un análisis metódico hecho por un grupo de trabajo limitó su monto a igual suma que la del año precedente. Se han distribuido los programas, guardando un equilibrio entre lo más necesario pedido por las sanidades nacionales y lo exigido por el panorama sanitario

panamericano. Este presupuesto será estudiado a la vez por las comisiones que destaque la Conferencia y allí se verá si ha de sufrir cambios que se juzguen convenientes.

Deseamos señalar algunos hechos de interés. Nuestra Organización ha cancelado anticipadamente las deudas contraídas con las Fundaciones Kellogg y Rockefeller, sobre los edificios comprados en Washington para instalar su Sede.

Habiéndose pagado algunas cuotas atrasadas por algunos gobiernos se constituyó un superávit de 144.000 dólares, cuyo destino será estudiado de acuerdo con el Director y cuya conclusión figura en documento de vuestro programa.

Problema similar se ha de plantear con la suma de 400.000 dólares provenientes del pago de todas las cuotas atrasadas de Argentina, así como por la suma de 1.500.000 pesos puestos a la orden de la Organización, para dar cumplimiento al compromiso que contrajo, en su momento, el señor Presidente de Argentina, General Juan Perón.

Vuestra opinión será solicitada para un asunto de extraordinaria jerarquía, que por sucesivas resoluciones se ha dejado para que esta Conferencia le dé solución: me refiero a las modificaciones de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana. Basta su enunciación para comprender la trascendencia del problema.

Se han estudiado los informes del Subcomité Permanente de Edificios y Obras; el informe preliminar sobre Unidad de Acción de Salud Pública en las Américas. Se eligieron los temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar en estos días.

El Comité Ejecutivo ha creído conveniente promover un estudio en vista de mejorar las cuotas de los becarios, para que puedan desenvolverse con más holgura, mientras viven fuera de su país.

Esta Conferencia tendrá que elegir dos nuevos Miembros para el Comité Ejecutivo. Tendrá que elegir Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por cuatro años. Deberá, asimismo, designar la Sede de la XV Conferencia Panamericana.

Queremos señalar que en la 22a Reunión, en abril de 1954, solicitamos de las autoridades de las organizaciones sanitarias internacionales mayor preocupación por que las acciones que ellos cumplen por mandato de los Gobiernos, sean más conocidas por los pueblos, que son quienes en última instancia las mantienen. El 90 por ciento de estas poblaciones desconocen esta labor y la influencia que ella ejerce en el campo de la salud. ¿Es posible, bajo estas condiciones, solicitarles más aportes? Un estancamiento en el desenvolvimiento equivale a un comienzo de declinación, en lugar de tenerse la expansión lógica a que debe aspirar toda organización progresista.

Miembros oficiales de Naciones Unidas, dijeron por televisión en Buenos Aires, en septiembre pasado, que había una necesidad imperiosa de hacer conocer a los pueblos las acciones que cumplen en todos los campos, y pensaban echar mano, entre otras cosas, de documentales cinematográficos. Es exactamente lo que se propuso en Washington en el mes de abril.

Juzga el que habla que es muy grande la responsabilidad de los Miembros del Comité Ejecutivo. Cuando los Gobiernos Miembros de esta Organización delegan

en ellos el estudio y solución de los problemas sanitarios del Continente con los medios que les aportan, de su acierto en la acción y del interés puesto en el trabajo depende la labor eficiente de la Oficina Sanitaria Panamericana, pues impulsa a sus técnicos dirigentes, y éstos, a su vez, en la Oficina Central o en las delegaciones de Zona, trabajan con ahinco, con la seguridad de que sus esfuerzos les son reconocidos; labor encomiable que apreciamos bien los que estamos en permanente contacto con ellos.

De ahí que la designación de los Miembros del Comité sea trascendental y que quien reciba tal honor debe compenetrarse de la seriedad de su misión y disponerse a trabajar sin desmayo.

Esta Organización, con 52 años de existencia, cada vez trabaja con una más amplia colaboración panamericana, desde que su dirección y conducción emanan de las sucesivas Conferencias, Consejos Directivos y Comités Ejecutivos. Aumentan en ella los técnicos y expertos de todos los países americanos y ello significa que su porvenir no puede ser más promisorio.

Esta Organización será cada día más la tribuna y el foro de los sanitaristas americanos, donde se impondrán los criterios más convenientes para ella; y cuando los gobiernos reconozcan su real valor, será más fácil obtener mayores recursos con los cuales haremos desaparecer de tierras americanas aquellas enfermedades en que, aplicadas inteligentemente y con tesón, las medidas que pone en nuestras manos la medicina preventiva, van seguramente a lograr su extinción.

Cuando se pertenece a la sanidad de un país y en ella se trabaja con amor y pasión, y de pronto se penetra en el campo internacional, todo el bagaje que se posee se entrega en beneficio de las realizaciones comunes; éstas se agigantan con el aporte de todos y es en ese momento cuando podemos retomar lo mejor de ellas e infundirlas con seguridad en las acciones de nuestra propia sanidad.

Por ello, es un gran ideal contribuir a formar sanidades nacionales laboriosas e informadas, que sepan cooperar y confundirse en una altruísta sanidad panamericana.

El PRESIDENTE: Creo no apresurarme al manifestar la satisfacción con que he escuchado la brillante exposición del Presidente del Comité Ejecutivo, Dr. Segura, sobre la labor desarrollada por dicho organismo. Me anticipo a felicitar al Dr. Segura, y estoy cierto de que la Asamblea ratificará esta congratulación.

Se ofrece la palabra sobre el informe del Presidente del Comité Ejecutivo.

El Dr. CAPPELETTI (Uruguay): Creo que no podemos dejar pasar en silencio el informe del Presidente del Comité Ejecutivo, pues, aun cuando algunos señores delegados puedan no estar de acuerdo con algunos aspectos de la labor realizada, estimo que el trabajo de los compañeros en ese Comité debe ser apreciado en todo lo que vale.

Los que en alguna oportunidad hemos tenido la satisfacción de integrar dicho Comité sabemos lo que significa el representar a todos los países hermanos.

Felicito, en la persona de su Presidente, a todos los Miembros del Comité Ejecutivo que han actuado en este período.

El Dr. GRUNAUER (Ecuador): Quiero expresar mi más sincera felicitación al Dr. Segura por el magnífico informe que nos acaba de leer, acerca de la labor desarrollada por el Comité Ejecutivo.

En realidad, debo, hasta cierto punto, presentar excusas a la Conferencia por no haber preparado ningún informe sobre las reuniones anteriores, que tuve a honor presidir; pero entendí—al tenor del documento respectivo—que el informe mencionado sólo se referiría a las últimas reuniones del Comité Ejecutivo. Mas, las palabras del Dr. Segura, Delegado de Argentina, han resumido de manera brillante la labor del Comité y han puesto de manifiesto las actuaciones de las distinguidas personas que lo integran. De suerte que, aunque hubiera preparado un informe, éste nada habría agregado a las palabras del Dr. Segura.

Me siento muy complacido por el hecho de que el señor Delegado de Argentina haya interpretado en su informe, de manera tan brillante, la función del Comité Ejecutivo en los períodos de sesiones habidos desde la última reunión del Consejo Directivo hasta esta Conferencia.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de los Estados Unidos.

El Dr. DEARING (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Nosotros, como Delegación de los Estados Unidos, queremos también felicitar al Dr. Segura por su excelente informe, y nos llaman particularmente la atención las observaciones del Comité Ejecutivo con respecto a la responsabilidad de los funcionarios sanitarios de todos los países de poner de manifiesto de una manera continua ante sus respectivos gobiernos y conciudadanos la importancia de los servicios sanitarios, de forma que ellos puedan comprender y prestar su apoyo a esos servicios, que son tan necesarios para el bienestar general de los pueblos de sus respectivas naciones.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de Colombia.

El Dr. HENAO MEJÍA (Colombia): Deseo expresar mi más sincera felicitación al Dr. Segura por su magnífico y brillante informe, que considero debe ser repartido y conocido en todas partes. A la vez, propongo que la honorable asamblea, aquí reunida, le tribute en conjunto un voto de aplauso.

El PRESIDENTE: Expresamos, una vez más, nuestras congratulaciones al Comité Ejecutivo y a su ex Presidente, a quien transmito la aprobación unánime recaída en su interesante y completo informe.¹

Nos corresponde, en seguida, tratar el informe del señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana; sin embargo, hemos considerado necesario y útil suspender aquí la sesión, para dar tiempo a la próxima sesión de la Comisión General, y dejar este tema fundamental en el primer punto del orden del día de la sesión de mañana, salvo la opinión de la Conferencia.

Así se acuerda.

Para terminar, el señor Secretario va a dar algunas informaciones.

El SECRETARIO: Ruego a los señores delegados se sirvan obtener de la oficina de distribución de documentos el Informe Cuadrienal del Director que se acaba de recibir por correo aéreo. Este informe, que comprende los últimos cuatro años, no había sido entregado antes por la circunstancia anotada. El Informe Anual ha sido distribuido con anticipación. Asimismo, deseo rogar a los señores delegados que

¹ Véase Resolución I del Acta Final, pág. 651.

obtengan diariamente sus documentos en la oficina de distribución, y, algunas ocasiones, las cartas o invitaciones que encuentren en sus casillas, rogádoles, al mismo tiempo, que soliciten los documentos que les hagan falta o de los cuales deseen copia.

Se levanta la sesión a las 16 h. 40 m.

TERCERA SESIÓN PLENARIA

Sábado, 9 de octubre de 1954, a las 9 h., 25 m.

Presidente: Dr. SERGIO ALTAMIRANO P. (Chile)

Después

Dr. W. PALMER DEARING (Estados Unidos)

El PRESIDENTE: Se abre la sesión. El señor Secretario va a dar lectura al plan de trabajo de hoy.

El Secretario lee el orden del día y da cuenta de que se han recibido en la Secretaría las inscripciones de Colombia, Venezuela, República Argentina y Costa Rica, solicitando resumir en sesión plenaria los informes cuatrienales correspondientes a sus países.

Primer Informe de la Comisión de Credenciales ¹

El PRESIDENTE: Pasaremos a conocer el primer informe de la Comisión de Credenciales. Tiene la palabra el Relator de dicha Comisión.

El Dr. Torreblanca (Chile), Relator, lee el primer informe de la Comisión de Credenciales.

El PRESIDENTE: Hemos escuchado la lectura del primer informe de la Comisión de Credenciales. ¿Alguno de los señores delegados desea hacer uso de la palabra?

Queda aprobado el informe.

Designación de Presidente y Vicepresidentes de Honor

El Dr. HURTADO (Cuba): Pido la palabra, señor Presidente.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): Deseo plantear una cuestión previa, antes de continuar con los asuntos del orden del día: la revalidación, por esta sesión plenaria, de un acuerdo unánime de la sesión preliminar, celebrada en este mismo local, por los Jefes de Delegaciones. Me refiero al acuerdo para designar Presidente de Honor de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana a Su Excelencia el Presidente de la República de Chile, General Carlos Ibáñez, y para designar Vice-

¹ Véase pág. 455.

presidentes de Honor de la Conferencia a los señores Ministros de Salubridad de los países representados en este torneo.

Este es un acuerdo solemne y unánime de la sesión preliminar citada, en la cual se acordó recomendar su aceptación a la Conferencia inmediatamente de abiertas sus sesiones. Propongo que, de manera oficial, se revalide dicho acuerdo.

El PRESIDENTE: La Conferencia ha escuchado la proposición del señor Delegado de Cuba, ¿Alguno de los señores delegados desea hacer uso de la palabra? Si nadie desea hacer uso de la palabra, daré por aprobada la proposición.

Queda aprobada.

El PRESIDENTE: Agradezco al señor Delegado de Cuba su proposición y, a la Conferencia, la honrosa designación de Su Excelencia el Presidente de la República de Chile, como Presidente Honorario de la Conferencia.

Informe de la Comisión General

El PRESIDENTE: Pasamos, ahora, a considerar el segundo punto del orden del día, informe de la Comisión General. El señor Secretario se servirá dar cuenta del asunto.

El SECRETARIO: La primera sesión de la Comisión General se efectuó el viernes 8 de octubre, a las 15 h. 15 m. Estuvieron presentes el Dr. Altamirano, Presidente de la Conferencia; los Dres. Palmer Dearing y Vargas Méndez, Vicepresidentes de la Conferencia; el Dr. Montalván, Presidente de la Comisión I; el Dr. Hurtado, Presidente de la Comisión II, y los Dres. José Zozaya y Gerardo Segura, Delegados de México y Argentina, respectivamente. Además, concurrieron el señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y el Secretario.

Después de consultar con la Comisión, el señor Presidente propuso que pasaran directamente a la sesión plenaria los Temas 10, 11A, 27 y 28. Estos temas corresponden, respectivamente, a los informes del Director, a las Discusiones Técnicas, a la elección del Director de la Oficina, y a la elección de dos Países Miembros para llenar vacantes en el Comité Ejecutivo. La Comisión General asignó los temas a las Comisiones I y II.

El Secretario lee las listas de los temas asignados.¹

El Dr. Hurtado propuso que la Comisión II se constituyera el día de hoy para examinar el Tema 15 y fué apoyado por el Dr. Montalván. El Dr. Zozaya propuso que se constituyera la Comisión II inmediatamente después de examinar los informes del Director de la Oficina, en sesión plenaria.

El PRESIDENTE: Los señores delegados pueden pedir la palabra sobre el informe de la Comisión General. ¿No hay peticiones?

Queda aprobado el informe de la Comisión General presentado por el Secretario.

Pasamos, entonces, al tercer punto del orden del día que es el de los informes del señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

¹Véase el acta de la primera sesión de la Comisión General, pág. 339.

Tema 10: Informes del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana:
(a) Informe Anual correspondiente a 1953.¹ (b) Informe Cuadrienal ²

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de los Estados Unidos.

El Dr. DEARING (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Tenemos entendido que varias Delegaciones acaban de recibir estos importantísimos informes, tanto el cuadrienal como el anual, hace un día o algo así, y, por consiguiente, opinan que necesitan más tiempo para estudiarlos de manera que puedan estar preparados para comprender y discutir la plenitud de los problemas que entrañan.

Por lo tanto, me permito someter a la consideración de los señores delegados la conveniencia de diferir, tal vez hasta el lunes, la discusión de este tema del orden del día y proseguir con los otros temas, discutiendo precisamente los informes de diversos países cuyos delegados están ya preparados. Esto no es más que una sugerencia, señor Presidente.

El PRESIDENTE: Han escuchado la proposición del señor Delegado de los Estados Unidos de América. Tiene la palabra el señor Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): La Delegación de Cuba encuentra razonable la proposición presentada por la Delegación de los Estados Unidos, pero eso no excluye que nosotros oigamos el informe del señor Director, porque una cosa es la presentación del informe—que, seguramente, será resumida y hará comentarios destacados de su magnífica labor—y otra distinta será el debate que pueda seguir a la presentación del informe.

No debe, entonces, posponerse, desde ahora, la presentación del informe, sino que se debe continuar estrictamente el orden del día con el informe del señor Director, aunque no se entre a su discusión una vez oído.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de los Países Bajos.

El Dr. SWELLENGREBELL (Países Bajos) (*traducción del inglés*): Solamente en el caso de que fuese posible aplazar la discusión de los informes que figuran en el orden del día hasta el lunes próximo, yo estaría muy de acuerdo con lo sugerido por el señor Representante de Cuba, en el sentido de que el Director presente sus informes, pero, repito, siempre que la discusión se aplace hasta el lunes.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de los Estados Unidos.

El Dr. DEARING (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): La indicación del Dr. Hurtado coincide ciertamente con el espíritu de la sugestión que yo mismo hice, y si el Director está preparado para presentar ahora su informe, tendría mucho gusto de oírle, en el bien entendido de que dispondremos de más tiempo para preparar nuestros comentarios, que podrían tener lugar posiblemente el lunes.

El PRESIDENTE: ¿Estaría dispuesto el señor Director a leer su informe ahora, en el entendido de que la discusión sería el lunes? Tiene la palabra el señor Director.

¹ Publicado por separado, Documento CSP14/4.

² Publicado por separado, Documento CSP14/5.

El Dr. SOPER (Director, OSP): Señor Presidente, estoy dispuesto a presentar inmediatamente mi informe, pero deseo advertir que yo había preparado un informe para leer; pero después de oír los comentarios hechos sobre lo escaso del tiempo, reduje el documento que había de leer a unos cuantos puntos, que me interesa tratar. Tal vez, sería conveniente que los señores delegados conocieran el informe completo, para que se entendieran mejor mis comentarios. En todo caso, las observaciones que ahora formule pueden estimular el interés por conocer el documento íntegro.

Estoy a disposición de la Conferencia para leer el informe completo o tan sólo algunos puntos de él. En el último caso, creo que esos puntos deben ir acompañados de ciertas observaciones que quisiera formular. La decisión corresponde a la Conferencia.

El Dr. SEGURA (Argentina): Nuestra Delegación considera que puede ser muy útil la información que nos puede dar el señor Director, en el documento a que se ha referido, para el posterior desarrollo de ciertas acciones dentro de la Conferencia. Por tanto, nosotros estamos de acuerdo en que se dé la oportunidad en estos momentos para que el señor Director lea su informe completo.

El PRESIDENTE: Si le parece a la Conferencia, se concederá la palabra al señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Tiene la palabra el señor Director.

Pasa a ocupar la Presidencia el Dr. Dearing (Estados Unidos).

El Dr. SOPER (Director, OSP): Señor Presidente, señores delegados:

Enorme es la importancia de esta XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, pues de ella no sólo saldrán las directivas para la Oficina Sanitaria Panamericana y para el Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, sino que también—como aquí se ha reunido un numeroso grupo de autoridades sanitarias del Continente—las decisiones de esta Conferencia tendrán una gran influencia en cada uno de los países americanos individualmente considerados.

Quiero llamar la atención sobre el hecho de que en esta Conferencia no sólo conoceremos la labor realizada por la Oficina desde 1950 hasta 1953, sino que también se examinará lo que ha hecho cada país en ese mismo período, lo que tal vez será más interesante que los informes de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Una de las finalidades de nuestra Organización es colaborar para mejorar los servicios de salud dentro de cada país. No hay mejor manera para evaluar los resultados de los servicios internacionales, que la consideración de los informes de los países. Quiero felicitar a esta Conferencia y agradecer a los Representantes de los países aquí reunidos la colaboración que, por primera vez en la historia de la Organización, hemos obtenido antes de la realización de esta reunión, lo que ha permitido estudiar y preparar un resumen estadístico del contenido de los informes.

El resumen estadístico que ha sido preparado para la consideración de esta Conferencia trata de establecer, en forma comparativa, la situación relativa entre los diferentes países. Estimamos como un hecho muy significativo—y no sólo para el estudio de esta materia—el valor que tiene este documento que permitirá medir el progreso que se obtenga en los años venideros.

El documento contiene el resumen de las partes estadísticas de los informes de los países, y pone de manifiesto (1) la gran diferencia que existe entre las informaciones estadísticas suministradas por los distintos países, y (2) la enorme variedad de condiciones que existe entre unos países y otros.

Tenemos todavía en las Américas países cuyas condiciones sanitarias son muy primitivas, las cuales no pueden subsistir en el Continente americano sin constituir una amenaza para el futuro de aquellos que tienen muy buenas condiciones sanitarias y sin constituir una amenaza para el Continente mismo.

No voy a entrar en detalles sobre este resumen, que será discutido en otra oportunidad; pero debemos continuar considerando las condiciones existentes en todo el Continente y no solamente en un país determinado, porque los problemas de la Región son comunes.

Como he dicho, no tengo el propósito de repetir lo que ya está escrito en los informes; pero hay ciertos puntos que debemos considerar en relación a la situación general y a ciertas materias específicas, que tal vez conviene mencionar.

La situación administrativa de la Oficina Sanitaria Panamericana ha mejorado notablemente. Hace algunos años la Oficina Sanitaria Panamericana trabajaba solamente con las repúblicas americanas y existía en el área del Caribe una sección de salud de la "West Indian Commission." Hoy día la Oficina Sanitaria Panamericana desarrolla actividades en toda la región y cuenta con la colaboración de todo el Continente, menos el Canadá; y en la Organización Mundial de la Salud participan todas las Américas, con la única excepción de la República de Colombia, que por ciertas razones no se ha podido adherir a dicha Organización. Así, pues, tenemos a la OSP actuando en el campo de la salud en todas las zonas de las Américas.

En cuanto al problema administrativo, durante el período que está en consideración, la Oficina ha terminado su programa de instalación de las Oficinas de Zona. La última de ellas fué instalada en la ciudad de México, en 1952. Debemos admitir que es probable que la distribución de los países por zonas y asimismo la localización de Oficinas de Zona no sea lo mejor posible. Continuamente estamos estudiando las posibilidades de distribución de los servicios y siempre estamos dispuestos a examinar futuras modificaciones.

En la Organización misma, en la parte administrativa, durante los últimos seis meses, y por primera vez en los últimos años, hemos tenido cubiertos todos los puestos de alta categoría.

También debo llamar la atención sobre el hecho de que la Oficina Sanitaria Panamericana tiene hoy día un personal verdaderamente internacional. Entre los técnicos de la Oficina no preponderan los de ningún país, ni sería posible, en este aspecto, hacer críticas de ninguna clase. La distribución geográfica de nuestro personal demuestra que en las Américas existe realmente la posibilidad de aprovechar los elementos profesionales de los diversos países de la región.

Con respecto al programa y a las modificaciones que en él se introducen año tras año, los señores delegados pueden notar, por el estudio de los documentos del presupuesto, que existe la tendencia a aumentar la colaboración en los proyectos generales. En los documentos del presupuesto hay cada vez menos fondos destinados a proyectos encaminados a combatir enfermedades individuales.

Existe, y ello data de los últimos años, una tendencia muy marcada a colaborar con los países en problemas generales para realizar cuanto sea necesario en una zona geográfica mediante un único servicio, en lugar de crear múltiples servicios.

En los últimos años, también nos ha sido posible dedicar atención preferente, de manera considerable, a lo relacionado con la educación. En el Informe del año 1953 se puede comprobar que en dicho año se otorgaron 415 becas. De ellas, 144 fueron para cursos regulares, 102 para cursos especiales, 91 para seminarios, y 78 para viajes.

Pero así como es necesario poner gran interés en los programas generales, no debemos olvidar que es indispensable considerar ciertos problemas que tienen que ser abordados individualmente, y que han de ser atacados como problemas especiales. Hay ciertos problemas que pueden ser abordados desde el punto de vista de la solución completa y que merecen una consideración del todo aparte dentro de las posibilidades de los servicios generales. No existe, verdaderamente, un antagonismo entre uno y otro servicio. Debemos, sí, recordar siempre que los servicios generales requieren un personal altamente adiestrado, un tipo de administración y de personal capaces de tratar varios problemas al mismo tiempo, y que organizar servicios que se extienden a todo un país no es siempre posible con los elementos humanos disponibles ni con los recursos financieros existentes en el momento.

Se pueden considerar como servicios llamados unilaterales, o de erradicación, los necesarios para solucionar ciertos problemas que, por ser graves, son importantes para una gran parte de la población. Son problemas para los cuales la solución es relativamente sencilla, no demasiado costosa, y que puede lograrse con personal que puede ser formado en poco tiempo y a poco costo.

También debemos recordar siempre que el programa de erradicación requiere un tipo de autoridad y administración algo más intensivo que los servicios generalizados, un tipo de autoridad y administración que muchas veces no existe en estos servicios.

Muchas veces, al estudiar cómo se debe abordar cierto problema, tenemos que enfrentarnos con las cuestiones relativas al momento oportuno y al tiempo necesario para realizarlo. Si vamos a limitarnos a atacar, por ejemplo, o a suspender la lucha contra la malaria hasta el momento en que el problema pueda ser compartido por unos servicios generalizados, dejaremos sin atender durante la presente generación las necesidades de muchas zonas maláricas.

En relación con lo que antecede podemos llamar la atención sobre el hecho de que en 1929 el Dr. Connor, que era entonces Jefe del Servicio de Fiebre Amarilla en el norte del Brasil propuso descentralizar la campaña para el control del *Aedes aegypti* en favor de la organización de servicios municipales de salud; y 10 años más tarde el Dr. Barber aconsejó que se educara a los habitantes del noreste del Brasil a adaptar sus vidas a la presencia permanente del *Anopheles gambiae*, que había sido introducido del Africa. Afortunadamente, en estos casos se tomó la decisión de emprender campañas regionales de erradicación y así se dió solución final a los problemas en cuestión. Una medida similar se tomó en Egipto, durante la segunda guerra mundial, en relación con el *A. gambiae*, a pesar de las contrarias recomendaciones hechas por un bien conocido malariólogo inglés.

Durante el período que está en discusión, la Organización Mundial de la Salud adoptó su Reglamento Sanitario Internacional No. 2, en la Asamblea de mayo de 1951, y en el Protocolo de La Habana, de 1952, se abrogaron ciertos artículos del Código Sanitario Panamericano, para permitir que el Reglamento Sanitario de la Organización Mundial de la Salud pueda tener aplicación general.

En este último año ha habido ciertas dificultades para la aplicación del Artículo 70 del Reglamento Sanitario Internacional. Se trata de un artículo que establece la delimitación de las zonas endémicas y receptivas de la fiebre amarilla.

La Asamblea Mundial de la Salud del año 1954 consideró el informe de la Comisión de Cuarentena Internacional, y remitió a ésta dicho informe para nuevo examen de los artículos del Reglamento relativos a la fiebre amarilla. La Comisión se reunirá nuevamente en Ginebra para estudiar este problema.

El punto en discusión, que contiene el Reglamento Sanitario Internacional, se refiere principalmente a la importancia relativa de la fiebre amarilla selvática y de la fiebre amarilla transmitida por el *Aedes aegypti*, como amenaza internacional.

Nosotros, en las Américas, hemos visto, durante los últimos 22 años, una distribución bastante extensa de la fiebre amarilla selvática, desde el norte de Argentina hasta la República de Honduras. Ultimamente, hemos llegado a considerar que el problema de la fiebre amarilla selvática es un asunto que afecta de vez en cuando a todas aquellas regiones de las Américas en que coexisten monos y mosquitos. Durante estos últimos 22 años, hemos visto varias veces al virus de la fiebre amarilla selvática invadir las ciudades y transformarse en una enfermedad transmitida directamente de hombre a hombre. Pero esto lo hemos visto solamente en los casos en que las ciudades infectadas estaban muy cerca de las zonas selváticas; y nunca hemos visto a la fiebre amarilla selvática viajar desde muy lejos para establecerse en un centro urbano. En las Américas no hemos recomendado la aplicación de restricciones sobre pasajeros que vienen de países en que no existe el *A. aegypti*. En Africa, algunos de los técnicos no están de acuerdo con esta orientación. En Asia, en cambio, existe un verdadero terror a la importación de la fiebre amarilla, hasta tal punto que están dispuestos en esa parte del mundo a prohibir y declarar prohibido el contacto con cualquier zona infectada si los pasajeros no han sido debidamente vacunados.

Me estoy extendiendo al relatar este hecho, porque éste ha llegado a constituir un problema internacional, un problema, podría decirse, interregional. Así, hemos visto en la Asamblea a los países de las Américas votando sólidamente una posición y a casi todos los países del resto del mundo tomando una posición contraria. Naturalmente, este es un problema que nos interesa mucho más como una cuestión americana que como un problema entre América y Asia. Por eso, creo que, en esta Conferencia, nada debe hacerse sobre este asunto, si no esperar los resultados de la Comisión de Cuarentena, que se reúne ahora en Ginebra.

Después de haberme referido a la fiebre amarilla, convendría hablar, tal vez, de lo que ha sucedido con este mal en los últimos años.

Durante los años 1950 y 1951, ha empezado en los Estados del Sur del Brasil, la tercera gira del virus de la fiebre amarilla que ha sido observada durante los últimos veinte años. Durante los años 1950, 1951, 1952 y 1953, la

enfermedad ha penetrado grandes zonas en que había existido en años anteriores.

En el año 1954 era de esperar una penetración en otras regiones del sur; pero, sorprendentemente, no la hubo. Tal vez la sequía sirvió para interrumpir la transmisión por los mosquitos.

En América Central hemos visto, desde el año 1948, una ola de infección avanzando desde Panamá hacia América Central y México. Durante el año 1954 penetró en la República de Honduras. No hemos recibido noticias de casos humanos, pero conocemos la invasión del país por la mortalidad entre los monos.

Ultimamente se descubrió la presencia de fiebre amarilla en la Isla de Trinidad. Es interesante anotar que, en el año 1914, el Dr. Balfour escribió un artículo sobre la presencia de fiebre amarilla en Trinidad, indicando que el pueblo del interior de la isla afirmaba que siempre se veían morir monos en la selva cuando existía fiebre en la ciudad.

Es una de las primeras referencias que tenemos sobre la posibilidad de coexistencia de la fiebre amarilla en los animales y en el hombre.

El laboratorio que la Fundación Rockefeller instaló hace dos años en Trinidad obtuvo virus de fiebre amarilla de un caso selvático en abril de 1954, y en agosto aisló el virus de un caso ocurrido en la ciudad de Puerto España. Es la primera vez, en los últimos 25 años, que hemos visto el virus de la fiebre amarilla en un puerto marítimo de América. Debemos llamar la atención sobre el hecho de que el virus existió varios meses en la isla antes de llegar a establecerse en una ciudad. Ello confirma nuestra experiencia anterior, de que el virus de la fiebre amarilla llega a una ciudad cercana a la selva antes de ser capaz de producir el desarrollo de una infección potencialmente peligrosa en el exterior.

Indudablemente el Director de los Servicios Médicos de Trinidad, que es delegado en esta Conferencia, tendrá oportunidad de dar más detalles de la situación del momento.

Hemos tenido mucha suerte en este caso de Trinidad, pues el laboratorio de la Fundación Rockefeller había conseguido hacer un diagnóstico precoz, como pudiera decirse, respecto de la infección que apareció en Puerto España. De manera que la infección en la ciudad pudo ser conocida y declarada con una anticipación que, en otras circunstancias, no habría sido dable esperar. Por ello, tenemos confianza en que la situación en Trinidad será resuelta rápidamente.

Debo mencionar las otras enfermedades que tienen también complicaciones internacionales. Me refiero a la viruela, al tifo exantemático, al cólera y a la peste bubónica.

La situación respecto de la viruela es satisfactoria por una parte y mala por otra. En América existe un contraste muy grande entre la situación de algunos países y la de otros. Si consideramos la situación del área del Caribe, de América Central y de América del Norte, puede decirse que es satisfactoria. En los Estados Unidos, el año pasado, solamente se declararon cinco casos de viruela. En Guatemala se diagnosticó un caso. Y esto es todo en cuanto a la parte Norte del Continente. Pero en la América del Sur la situación es bastante buena en algunos países y en otros todavía hay mucho que hacer.

Desde hace dos años se creó en la Oficina un fondo especial de 75.000

dólares para combatir la viruela, fondo que se está aplicando a mejorar la producción de la vacuna antivariólica, especialmente la vacuna seca, a fin de tener una base firme para intensificar en el futuro próximo la campaña de erradicación de tal enfermedad en América. El programa de fomento de la producción de esa vacuna está bastante adelantado, y en la discusión del presupuesto se podrán oír algunas sugerencias sobre el programa futuro.

El tifo exantemático no ha sido problema internacional durante este período. La Oficina está colaborando con algunos países en el control del tifo y últimamente ha colaborado en el estudio de una vacuna de rickettsias vivas, que tiene posibilidades de constituir un avance en la solución de este problema.

El cólera no ha demostrado ninguna tendencia a diseminación en regiones en que sería una amenaza para América desde la invasión de Egipto, con 20.000 muertes, en el año 1947.

Con respecto a la peste bubónica se puede decir que, aun cuando se sabe que la enfermedad existe en el interior de siete u ocho de las repúblicas americanas, no ha constituido un problema marítimo internacional serio durante los últimos cuatro años. Al presente, la peste sólo constituye un problema internacional en aquellos lugares donde ha traspasado fronteras terrestres.

Hay algunas consideraciones respecto a proyectos individuales, que deseo dar a conocer a la Conferencia.

Respecto al problema del pian en Haití, puedo decir que desde el mes de octubre de 1951 se viene desarrollando una campaña intensiva para su erradicación. Durante el período de 1950-1951 la penicilina se aplicaba en las clínicas y en los dispensarios; pero durante los últimos tres años de campaña casa por casa, en la zona rural, este antibiótico se aplica en una dosis de 300.000 a 600.000 unidades, en todos los casos sospechosos de pian y en todos los contactos.

Hasta junio de 1954, se había administrado penicilina a 3.224.000 personas, de las cuales 666.000 fueron tratadas en los dispensarios. Los estudios hechos recientemente demuestran que en todo el país no existe zona alguna con un porcentaje de infección mayor del 1%, y el término medio de infección en la zona que ha sido cubierto por este método, se calcula en un tercio de un uno por ciento.

Quiero mencionar especialmente este programa porque es la demostración de un trabajo que se está llevando adelante como medio de erradicación de esta enfermedad que, en gran parte, parece resuelta en Haití.

La preocupación natural de un gobierno y de las organizaciones ante un problema que empieza a ser eliminado es hacia la disminución de los trabajos que se hacen para terminar con él. Pero no ha sido así en el caso de Haití. El Gobierno continúa sosteniendo fielmente este programa, como programa de erradicación, y ya hemos logrado resultados bastante buenos, puesto que ahora sabemos que la erradicación completa del pian en Haití es solamente un problema administrativo. Durante el próximo año por lo menos, con algunas modificaciones en la técnica administrativa, continuaremos la colaboración con el Gobierno de Haití, a fin de hacer todo lo posible para exterminar los últimos casos que quedan en el país. La campaña contra el pian en Haití ha demostrado que, con dosis relativamente bajas de penicilina, es posible impedir la transmisión de la enfermedad.

No hablaré "in extenso" sobre el programa de erradicación del *A. aegypti*, sin antes insistir en el hecho de que en los últimos años se ha dado un gran impulso para completar esta tarea. Es una gran satisfacción para nosotros—en los últimos años anteriores a esta Conferencia—el haber hecho convenios u organizado servicios en Cuba, México, República Dominicana, Argentina, Haití y en algunos territorios.

Aprovecharé la ocasión para hacer un comentario sobre un instituto internacional que para nosotros tiene un gran valor: el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Este Instituto ya está funcionando desde hace cinco años, con la colaboración de los seis países de la región, la Fundación W. K. Kellogg y la Oficina Sanitaria Panamericana. Varias otras organizaciones también han prestado su colaboración en la parte técnica y en el programa del Instituto. Pero en la parte administrativa y en la organización de este proyecto, debemos llamar la atención sobre el hecho de que los seis países firmaron un convenio preliminar, en el año 1946, en virtud del cual, y con la colaboración de la Fundación W. K. Kellogg y la Oficina Sanitaria Panamericana, empezó a funcionar el laboratorio en 1949. Ahora, en 1954, se ha inaugurado un nuevo edificio, construido especialmente, conforme a las necesidades del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, como colaboración del Gobierno de Guatemala. El Instituto funciona con un presupuesto sufragado, en gran parte, por los seis Países Miembros. La administración está bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana, pero existe un Consejo de este Instituto en que todos los Países Miembros participan y ejercen control sobre el programa y el presupuesto, sin necesidad de mantener una organización internacional especialmente para esta finalidad. Ello significa que, en este caso, la Oficina Sanitaria Panamericana está sirviendo de organización administrativa por medio de la cual los seis países y la Fundación W. K. Kellogg reúnen sus esfuerzos para estudiar y aplicar los resultados de los estudios que el Instituto realiza en el campo de la nutrición.

Debo llamar la atención, además, sobre el hecho de que la contribución de cada País Miembro al Instituto de Nutrición es mucho más grande y se recibe, en general, tan fácilmente como las contribuciones de esos mismos países a la Oficina Sanitaria Panamericana. Es posible que en este mecanismo del INCAP hayamos encontrado un sistema por el cual se puede conseguir la colaboración internacional de varios grupos de países en problemas de especial interés para ellos. Ya se ha formulado, por ejemplo, la sugestión de crear un instituto de productos biológicos para América Central. Tenemos ya aprobado desde el año pasado el proyecto, que sería financiado por la Asistencia Técnica de la Organización de los Estados Americanos, de un Instituto de Zoonosis, que quizá podría ser organizado, no como un instituto panamericano, sino como un instituto de varios países especialmente interesados en este problema.

La manera de financiar los trabajos internacionales en salud es un problema que, como ya he dicho en mi informe del año pasado, preocupa y ha de preocupar mucho a los Gobiernos en estos años. Creo que todos los aquí presentes conocen las dificultades con que hemos tropezado en los últimos años, en la parte administrativa, por las fluctuaciones y las incertidumbres en cuanto a los fondos

de que podríamos disponer para los trabajos futuros. En el momento actual tenemos una gran incertidumbre respecto a los fondos de la Asistencia Técnica para el año 1955, debido al hecho de que ciertos países no están en situación de poder afirmar su posición para un futuro próximo.

Quiero llamar la atención sobre el hecho de que estos programas sanitarios internacionales son financiados en gran parte por la generosidad del Gobierno de los Estados Unidos. En efecto, dicho Gobierno contribuye con el 33% del presupuesto de la Organización Mundial de la Salud, para todo el mundo; a la Organización Sanitaria Panamericana, con un 66%; contribuye asimismo, o, mejor dicho, sostiene el Instituto de Asuntos Interamericanos, organización dedicada a actividades sanitarias en el Continente. Contribuye, además, al UNICEF con un 70%; a la Asistencia Técnica de la Organización de los Estados Americanos con otro 70%, y a la Asistencia Técnica de las Naciones Unidas con un 60%, de sus respectivos presupuestos.

No podemos prever lo que será la situación con respecto al financiamiento futuro de los trabajos internacionales. Al examinar el presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana, vemos que, desde el año 1949, año en que fué aprobado un presupuesto de 1.700.000 dólares, prácticamente dicho presupuesto no ha sido aumentado. El aumento producido, aproximadamente hasta 2.000.000 de dólares representa menos que la depreciación, podríamos decir, que ha experimentado la moneda en ese lapso.

He ocupado, señor Presidente, más tiempo del que hubiera deseado restar a la Conferencia. Creo que es preferible, en lugar de continuar este monólogo monótono, reservar mayores explicaciones para el momento en que la Conferencia formule las observaciones y sugerencias que merezca a los señores delegados la labor de que he dado cuenta.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Muchas gracias, Dr. Soper, por haber desarrollado estos puntos que van más allá de los presentados en su informe.

De acuerdo con la decisión tomada esta mañana, aplazaremos la discusión final de este informe hasta más tarde, aunque la presidencia está dispuesta a ofrecer en este momento, a cualquier delegado que desee hacer preguntas, la oportunidad de presentar con toda libertad sus observaciones. Si nadie desea hacer observaciones, seguiremos con el punto siguiente del orden del día, que es el 4, Discusiones Técnicas.

Tema 11-A: Discusiones Técnicas: Informes de los Estados Miembros sobre sus Condiciones y Progresos Sanitarios Alcanzados en el Período Transcurrido entre la XIII y XIV Conferencias Sanitarias Panamericanas ¹

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Los señores delegados que lo deseen y que hayan dado sus nombres al Secretario, pueden presentar oralmente el in-

¹Un estudio de los informes de los Países Miembros se publica por separado como Publicaciones Científicas No. 24, *Resumen de los Informes sobre las Condiciones Sanitarias en las Américas, 1950-1953.*

forme de su país. Hemos entendido que el tiempo para estas exposiciones estará limitado a 10 minutos, pero tenemos tiempo para dedicarlo a este tema antes de que sea preciso levantar la sesión a fin de que la Comisión II pueda reunirse.

El SECRETARIO: Señor Presidente, de acuerdo con el registro, están inscritos los siguientes países: Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América (para el informe de Puerto Rico), República Dominicana, Venezuela, Argentina, El Salvador y Ecuador.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Tiene la palabra el señor Delegado de Colombia.

INFORME DEL SEÑOR DELEGADO DE COLOMBIA

El Dr. HENAO MEJÍA (Colombia): Principio por presentar un atento saludo a todos mis colegas y pedirles excusas por la mal hilvanada exposición, debida al corto tiempo de que disponemos.

Francamente, es muy satisfactorio ver el interés que han despertado en el Hemisferio las Conferencias Sanitarias Panamericanas, que están destinadas, seguramente, a tener espléndidos resultados.

Se ha despertado una verdadera conciencia en el Hemisferio y, quizás también podamos decir, en el mundo, por las campañas sanitarias, que son las que pueden salvar la comunidad y hacernos pueblos libres y sanos.

Mi país, colocado en condiciones geográficas especialísimas, por tener tres cordilleras que lo recorren de sur a norte (oriental, central y occidental), por las distancias y las dificultades de transportes, está abocado a grandes dificultades en la solución de sus problemas sanitarios. Porque, si tenemos países enclavados en estas cordilleras, tenemos que aceptar, también, que gran parte de la población reside en esos macizos que los recorren de sur a norte.

De ahí que mi Gobierno haya querido iniciar, para facilitar, esas campañas, motorizar (digámoslo así) la salubridad en Colombia por medio de la aviación y, particularmente, de helicópteros. Actualmente, han llegado al país diez helicópteros que se destinarán a las campañas sanitarias, para atender especialmente al campesino, a la población rural, que es la base y columna vertebral de una nación.

Principiamos en el año 1950 con una serie de organismos de salud que ascendían al número de 396, lo que ha dado un porcentaje de 48%, y un presupuesto de 10.714.000 pesos para atender a esta población.

En 1954, hemos elevado ese número de puestos de salud a 672, cubriendo un porcentaje de 82,25% de la población, con un presupuesto de 20.213.000 pesos. Esto indicará el interés que siente mi país por la salubridad pública.

Igualmente, hemos querido, usando nuestros ríos navegables, llevar la salud a esas regiones distantes y selváticas, por medio de lanchas sanitarias que van equipadas con médico, odontólogo y enfermera, para poder prestar así el servicio sanitario a las poblaciones más distantes y más abandonadas.

En cuanto a las grandes endemias que tenemos en el país, especialmente la fiebre amarilla, el pian y el paludismo, se están haciendo interesantes campañas, de acuerdo con la Oficina Sanitaria Panamericana, y así hemos podido desarrollar

la campaña del pian en el Pacífico con resultados bastantes satisfactorios, quedándonos todavía ciertas regiones del territorio hasta donde ahora principia a hacerse la campaña.

Por lo que se refiere al paludismo, aún nos falta bastante por realizar, pero se ha estado efectuando una campaña en las zonas del Caribe y Departamentos del norte del país, con un resultado halagador. Quiero, a este respecto, declarar en nombre de mi Gobierno, que estamos resueltos a contribuir con la Oficina Sanitaria Panamericana a hacer el mayor esfuerzo posible por llevar a cabo la erradicación de la malaria, no solamente en Colombia, sino también en el resto de América.

En cuanto a las campañas de protección maternoinfantil, las estamos llevando también a cabo por conducto del UNICEF. Nuestro Gobierno está poniendo cuidado especial en este aspecto, porque consideramos que sin un niño sano, sin un niño bien nutrido, sin un trabajador sano y sin un trabajador bien nutrido, ningún país puede progresar. Considero que hay dos bases fundamentales sobre las cuales se construye el progreso de los países, que son: la salubridad y la educación. Faltando éstas, sobran las demás, como las obras públicas y cualquiera otra campaña que se quiera iniciar. Si un país quiere ser grande, fuerte y respetable, en mi concepto, debe, primero que todo, poner atención al niño, al acervo principal que es el niño, levantando un niño bien nutrido, sano y desanalfabetizado.

Refiriéndome a alguna expresión del Dr. Soper, respecto de que Colombia no pertenece a la OMS—lo que es cierto—quiero hacer una pequeña aclaración o dar una explicación, que es la siguiente: por circunstancias especiales de mi país, durante estos años pasados, en que vivimos un estado de excitación política y, aún de revolución sin declarar, no ha sido posible la aprobación por el Congreso de mi país de este Convenio, porque no se ha reunido. Pero, quiero declarar, en nombre de mi Gobierno, que estamos interesados en el asunto y que haremos todos los esfuerzos posibles para que la participación de Colombia en la Organización Mundial de la Salud sea una realidad. No ha sido, pues, por circunstancias de alergia por parte de mi Gobierno, sino por circunstancias especiales, desde el punto de vista legal, por lo que no hemos podido llevar a cabo este propósito de pertenecer a la OMS.

Uno de los asuntos más importantes que considera mi país es la fundación de Escuelas de Higienistas, inquietud que ya está muy desarrollada en otros países de América, y empieza a desarrollarse entre nosotros. Así, hemos fundado la Facultad Superior de Higiene o Escuela Superior de Higiene, para poder iniciar nuestro propósito, a fin de formar un cuerpo especializado de higienistas, que puedan tomar parte en estas campañas tan importantes para el país, higienistas especializados y de carrera, que no estén sometidos a factores políticos, y que sean un elemento apolítico dedicado única y exclusivamente al servicio de la nación.

Hemos iniciado actualmente la campaña nacional de vacunación con el BCG con resultados óptimos, para lo cual se ha preparado, previamente, un personal especializado que está desarrollando su labor con grandes resultados. Calculamos que en el término de unos cuatro años, el país estará completamente defendido de esto. Para ello hemos contado, además, con la cooperación de técnicos espe-

ciales a más del UNICEF, de técnicos de la OMS, del Dr. Urquijo, argentino, quien está al frente de esta campaña, como técnico en la especialización. De manera que, repito, esperamos estar al día en el curso de unos cuatro años.

El Dr. Soper hizo una alusión muy interesante al Instituto de Nutrición de Centro América, instituto del tipo de los que ya otros países tienen muy adelantados. Colombia está tratando también de organizar definitivamente su Instituto de Nutrición, para poder contribuir con el resto de las naciones y organismos del Continente a la nutrición del pueblo.

Hemos iniciado, últimamente, una campaña muy interesante para combatir el bocio en el país, mediante la sal yodada por medio de la aplicación de yodatos en el cloruro potásico, porque tenemos en nuestro país un índice muy alto de bocio. Esperamos en el curso de pocos años reducir esta incidencia a cifras muy bajas.

Estas son, a grandes rasgos, las informaciones que puedo dar acerca de los programas que actualmente estamos desarrollando, y que deseamos intensificar día a día, con la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana, de la OMS y de todos los organismos que se preocupan de estas materias.

Es especialmente grato, para mi Gobierno, expresar el deseo de colaborar fraternalmente con todos los organismos y todas las Repúblicas de Norte, Centro y Sud América en esta campaña de salvación del Continente, que encabeza la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud.

El Dr. Altamirano (Chile) pasa a ocupar la presidencia.

El PRESIDENTE: Hemos escuchado el informe presentado sobre la situación sanitaria de Colombia. Nos congratulamos de sus propósitos de intensificar esos programas con la mayor rapidez posible.

Si nadie desea hacer comentarios al informe rendido por el señor Delegado de Colombia, ofrezco la palabra a la Delegación de Costa Rica.

INFORME DEL SEÑOR DELEGADO DE COSTA RICA

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): Señor Presidente, señores delegados:

La Delegación de Costa Rica, a fin de ilustrar su informe estadístico, hará circular próximamente entre los señores delegados, una colección de folletos pertinentes. Asimismo, esperamos presentarles una pequeña exposición gráfica donde podrán apreciar la labor realizada en cuatro años.

Costa Rica, país de 800.000 habitantes, tiene un presupuesto nacional de doscientos millones de pesos. En el cuatrienio que ha pasado, el presupuesto de salud ha aumentado de tres millones y medio de pesos a nueve millones.

Dada la importancia de la organización, se han agrupado los Departamentos del Ministerio, siguiendo cuatro grandes divisiones: Una de medicina preventiva, otra de protección materno-infantil; otra de saneamiento del medio; y la no menos importante, aunque en algunas partes se descuida mucho, de administración.

Para el funcionamiento de estos Departamentos, el Ministerio trazó un plan de adiestramiento, y hoy podemos decir con satisfacción que no existe un solo departamento del Ministerio que no tenga uno o más becarios que ya han regre-

sado de seguir sus estudios en el exterior y que están debidamente adiestrados. Del Ministerio ha salido un total de 72 funcionarios a prepararse en sus respectivos trabajos en el exterior. Además, hemos desarrollado un intenso programa de adiestramiento en los servicios.

Complementando ese adiestramiento, complementando esa organización, es indispensable asegurar a los funcionarios estabilidad.

La Constitución de Costa Rica, promulgada en 1949, estableció el servicio civil para los servidores del Estado, y en una disposición transitoria fijó como fecha de entrada en vigor, junio de 1953.

Así pues, señores, este estatuto vino a dar estabilidad al personal adiestrado, permitiendo adelantar nuestro programa y mejorar los salarios. Desapareció ya en el personal del Gobierno de Costa Rica el temor de ser removido por el oleaje político o a ser trasladado a otra sección cuando no se le quería en la que desempeñaba sus funciones. Esa estabilidad se ha traducido en un entusiasmo grande y en un rendimiento enorme, por parte del personal, en el cumplimiento de sus funciones.

Complementando lo anterior, ha sido necesario tecnificar y elaborar planes de trabajo en muchos departamentos en los últimos cuatro años. Especialmente señalo, sin entrar en detalles, el Departamento de Enfermeras de Salud Pública, el Departamento de Educación Sanitaria, la lucha contra los insectos, que ha conseguido resultados sorprendentes contra el paludismo; el programa materno-infantil, el Departamento de Bioestadística, higiene dental, reorganización de las unidades sanitarias, incorporando a la comunidad nuestros programas; el Departamento de Ingenieros Sanitarios y el Departamento de Nutrición.

En cuanto a los fenómenos epidemiológicos, en el cuatrienio nos hemos visto enfrentados con tres brotes epidémicos graves; en 1950, fiebre amarilla; en 1952, gastroenteritis infantil en una zona rural y en 1954, poliomeilitis.

Los señores delegados que lo deseen podrán obtener de la Delegación de Costa Rica, datos sobre estos brotes.

El Ministerio ha mantenido magníficas relaciones con todos los organismos internacionales: Organización Mundial de la Salud y Oficina Sanitaria Panamericana y ha realizado programas específicos: UNICEF, FAO y OMS, en nutrición; BCG: UNICEF, OMS; paludismo: UNICEF, OMS; Escuela de Enfermeras: OMS.

Quiero mencionar que la Escuela de Enfermeras de Costa Rica está financiada por todas las instituciones que necesitan enfermeras: Seguro Social, hospitales, Ministerio de Salubridad, Escuela de Obstetricia, OMS, Saneamiento Dental e Instituto de Asuntos Interamericanos.

Se ha tenido gran cuidado, al iniciar estos programas, de que ninguno sea duplicación de otro, y que el país los pueda, en forma razonable, incorporar a sus programas regulares, en un tiempo determinado.

Paralela a la Dirección General de Salubridad, existe la Dirección General de Asistencia Social, igual en jerarquía, a cargo del Dr. Escalante, aquí presente, que cuida de la asistencia hospitalaria.

Dos leyes especiales, en el año 1950, sentaron las bases de la actual organización de la asistencia médica. La primera dió a la asistencia médicosocial la

dirección técnica y el control económico de las instituciones hospitalarias del país; la segunda creó el Comité Técnico, como organismo adjunto, encargado de la distribución de la renta neta de la Lotería Nacional entre las instituciones hospitalarias, las que trabajan hoy día con un presupuesto de 20 millones de colones, más 9 millones como aporte de salubridad, y que disponen en todo el país de 5.034 camas.

Este es, señores, el resumen de la labor realizada en cuatro años. Y, como comentario final, sólo quiero decir que el país agradece profundamente la colaboración internacional que ha recibido, y que, como muestra de ese agradecimiento, paga sus contribuciones puntualmente.

El PRESIDENTE: La Mesa agradece también al señor Delegado sus manifestaciones y le felicita. Tiene la palabra el Dr. Pons.

INFORME RELATIVO A PUERTO RICO

El Dr. PONS (Estados Unidos): Es motivo de honda satisfacción para mí poder informar ante ustedes que en el frente puertorriqueño seguimos ganando terreno en la ardua y heroica batalla emprendida por todos los países de América contra los enemigos seculares de la humanidad: el hambre la ignorancia y la enfermedad. El avance logrado en Puerto Rico, país de grandes limitaciones, demuestra que es factible ganar esa batalla en todos los frentes de América, y afirma la fe de nuestros pueblos respectivos en irse acercando a los niveles de vida que disfrutaban los países de gran desarrollo industrial.

Desde el informe que en octubre de 1950 rendí a ustedes sobre el progreso sanitario de Puerto Rico, se han acrecentado nuestra fe y nuestra capacidad de lucha por virtud de trascendentales acontecimientos en el orden gubernativo del país. En 25 de julio de 1952 Puerto Rico se convirtió en un Estado Libre Asociado a la Unión Americana, con una constitución de su propia hechura y mediante un convenio voluntario, suscrito por el Congreso de los Estados Unidos y el pueblo de Puerto Rico. Dentro de este régimen plenamente autónomo, reconocido como tal por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución de 3 de noviembre de 1953, todos los programas, funciones y desarrollos de carácter interno en todos los órdenes responden a principios y normas determinados por el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, el cual en su raíz y composición se debe a la voluntad popular, según se exprese ésta en las urnas.

El Estado Libre Asociado de Puerto Rico, con una población de 2.240.000 habitantes en un área de 3.435 millas cuadradas, es el país más densamente poblado de América, con la excepción de Barbados. Para apreciar en su verdadera magnitud el significado de esa alta densidad de la población, basta señalar que si las 20 repúblicas latinoamericanas tuvieran una densidad de 650 personas por milla cuadrada, como la de Puerto Rico, tendrían una población de 4.800 millones de habitantes, o sea, dos veces la población mundial en 1950. Señalo este hecho para recalcar la escasez de tierra, que es el principal recurso natural de Puerto Rico. Más aún, sólo poco más de la mitad del área total de Puerto Rico es cultivable y en sus subsuelos no se ha logrado encontrar, a pesar de

repetidas exploraciones, carbón de piedra, petróleo, hierro ni ningún otro mineral (salvo piedra caliza y sílice) en cantidades comerciales. El mar que nos circunda y separa de los dos continentes vecinos no ha sido generoso en cuanto a la pesca. El único recurso económico abundante que tiene Puerto Rico es la población, el cual puede ser factor de riqueza si logra utilizarse eficazmente, o de pobreza si la producción resulta insuficiente ante sus necesidades de consumo. En nuestro caso específico, también puede considerarse como un factor positivo las ventajosas relaciones económicas que existen entre los Estados Unidos y Puerto Rico. Esas relaciones significan libre acceso al mercado más rico del mundo para la venta de los productos puertorriqueños, la utilización del conocimiento tecnológico y los frutos de la investigación científica y para atraer capitales para el desarrollo económico de Puerto Rico. También significan libertad de movimiento hacia esa área de los trabajadores puertorriqueños interesados en conseguir mejores oportunidades de trabajo. Hemos tratado de aprovechar eficazmente esos factores positivos para contrarrestar el efecto depresivo de los adversos. De esa manera, a pesar de nuestros limitadísimos recursos naturales, hemos podido ir derrotando la pobreza, la ignorancia y las enfermedades.

El Estado Libre Asociado de Puerto Rico se ha fijado la meta de lograr hacia 1960 que el 90% de las familias tengan un ingreso de \$1.500 o más y, en fecha posterior no muy remota, un mínimo de \$2.000. También se ha fijado la meta de derrotar el desempleo con sus múltiples concomitantes. Para alcanzar ambos propósitos será necesario expandir la industria fabril o manufacturera de suerte que ésta produzca antes de 1960 alrededor de 80.000 nuevas oportunidades de trabajo, las cuales darán margen a que surjan en otros sectores de la economía oportunidades de trabajo suficientes para reducir el desempleo de su nivel actual de 14% de la población trabajadora a sólo 5% en 1960 o alrededor de ese año. Esa meta significa un aumento en el ingreso nacional neto de alrededor de \$1.000 millones, o sea, de \$960 millones que es en la actualidad a \$1.900 millones en 1960. Desde el punto de vista de la producción, significa elevar ésta de su nivel actual de \$1.100 millones a \$2.100 millones para la misma fecha.

Dichos objetivos de ingreso y producción requieren más de \$400 millones de inversión para la sola industria fabril, durante los próximos seis años. Se ha calculado que si el Gobierno invierte \$110 millones será posible que la meta se logre en 1960. Desde el punto de vista de la producción, significa elevar ésta política, el Gobierno de Puerto Rico ha puesto en vigor un sistema de prioridades o preferencias y un programa de acción.

Hasta la fecha, dicho programa ha venido desenvolviéndose con éxito. El Gobierno ha estado haciendo la inversión requerida y la empresa privada ha estado respondiendo tal y como se preveía. Desde mediados de la década pasada hasta el presente se han establecido en Puerto Rico alrededor de 300 empresas industriales nuevas. Van sumándose gradualmente nuevos renglones a la ya larga lista de nuevos productos industriales: cemento, loza, cristal, plásticos, plumas, fuentes, productos; textiles, químicos, eléctricos, de metal, etc., etc.

Una tercera parte de los capitales invertidos han sido aportados por empresarios puertorriqueños, otra tercera parte por empresarios de los Estados Unidos,

Es conveniente señalar que tal expansión industrial no hubiera sido posible si antes el Gobierno de Puerto Rico no hubiese creado un ambiente propicio mediante la expansión de la energía eléctrica, los puertos, los aeropuertos, las carreteras, las comunicaciones los acueductos, los alcantarillados, los centros de salud y la instrucción general y profesional. A la par con el desarrollo de los servicios públicos también han crecido otras actividades solventadas por la empresa privada, tales como el sistema bancario, la organización comercial y todos aquellos desarrollos que contribuyen y a la vez dependen de la expansión y diversificación económica.

El programa de desarrollo económico no descansa exclusivamente en la industrialización como fuente de empleo e ingresos. También forman parte importante del mismo el desarrollo agrícola, el turismo, la promoción comercial de ciertos productos básicos y varios otros programas. El crecimiento económico de Puerto Rico también ha recibido un saludable impulso de las crecientes erogaciones del Gobierno Federal de los Estados Unidos en Puerto Rico. No sería justo omitir mención de la amplia y comprensiva cooperación de Estados Unidos con Puerto Rico.

El ingreso de Puerto Rico ha aumentado de \$228 millones en 1940 a \$956 millones en 1954. El aumento, ajustado para descartar los efectos de los precios más altos, ha sido de 109% durante ese período. El ingreso *per capita* aumentó de \$112 en 1940, \$273 en 1945 y \$304 en 1948 a \$430 en 1954. Los jornales de los trabajadores aumentaron, en términos reales, un 98% entre 1941 y 1952.

Entre 1941 y 1953 en Puerto Rico las autoridades han construido más de 22.000 viviendas para familias de escasos recursos. Las familias de más holgados medios han fabricado miles de viviendas en modernas urbanizaciones alrededor de los centros urbanos principales. En las zonas rurales, más de 40.000 familias han sido instaladas en comunidades pequeñas donde ha sido posible proveerles agua, luz y otros servicios públicos. Todas las familias de la zona urbana y 67.000 de la zona rural tienen servicio de energía eléctrica. Todas o casi todas las 76 ciudades y poblaciones de Puerto Rico y muchas de las comunidades rurales tienen parques atléticos. Se han construido más de 1.000 comedores escolares y para 1957 se alcanzará la meta de prestar este importante servicio a todas las escuelas de Puerto Rico que lo necesiten.

Aunque todavía nos queda por delante un largo camino que recorrer, el avance logrado durante los últimos 15 años fortalece nuestra confianza de poder derrotar la extrema pobreza en Puerto Rico en un futuro no muy distante.

En cuanto a la batalla en contra de la ignorancia, debo señalar que la instrucción ocupa un lugar prominente entre las funciones de mayor preferencia del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Los objetivos, en cuanto a instrucción, son los de reducir el coeficiente de analfabetismo de 22% en la actualidad a sólo 10% de toda la población en 1957, y establecer las estructuras físicas necesarias de suerte que el 79% de la población entre las edades de 6 a 18 años pueda asistir a las escuelas en 1957 y el 83% en 1960. Entre 1940 y 1953 el Estado Libre Asociado ha construido y puesto a funcionar un total de 3.420 salones de clase a un costo total de poco más de \$16 millones. Los objetivos mencionados requieren la construcción de alrededor de 2.400 salones adicionales durante los próximos

6 años. El presupuesto escolar de Puerto Rico ha aumentado de \$7,3 millones en 1940 a \$43 millones en 1954. La Universidad de Puerto Rico ha reflejado la expansión del sistema y la matrícula escolar. La matrícula universitaria ha aumentado de 5.441 en 1941-42 a 12.151 en 1953-54. Si en esta última cifra se incluye la matrícula de verano, el total asciende a alrededor de 20.000. Anualmente el Gobierno del Estado Libre Asociado concede cientos de becas para cursar estudios en Puerto Rico y fuera de Puerto Rico. También se le ha dado énfasis a la instrucción profesional.

Mediante los esfuerzos enumerados y otros que es prolijo mencionar se ha estado derrotando la ignorancia en Puerto Rico.

El último de los tres enemigos señalados, la enfermedad, ya parece estar en franca retirada.

La tasa de mortalidad general, por todas las causas, se redujo de 9,9 por 1.000 habitantes en 1950 a 8,1 en 1953, que representa 3.942 muertes menos en 1953 que en 1950. Con ello, la natalidad se redujo de 38,7 por 1.000 habitantes en 1950 a 34,9 en 1953, a sea que en 1953 hubo 7.953 nacimientos menos que en 1950. Teniendo en cuenta la migración al Continente, Puerto Rico tuvo en 1953, por primera vez quizás en su historia, una pérdida en población total que asciende a unos 13.000 habitantes.

La más notable caída en las tasas de mortalidad correspondió a la tuberculosis, que en 1950 segó 2.861 vidas para una tasa de 129,6 por 100.000 habitantes, y en 1953 fué responsable de solamente 1.046 muertes con una tasa de 47,1.

La diarrea y enteritis, que en 1950 fueron responsables de 3.060 muertes con tasa de 138,6, en 1953 resultó en tan sólo 2.327 muertes y una tasa de 104,8. Las pneumonías registraron una reducción en su tasa de mortalidad de 68,9 a 47,6 y las nefritis de 29,9 a 17,3. Las muertes atribuidas a la sífilis en 1953 fueron la mitad de las de 1950 y lo mismo ocurrió con las de coqueluche. En 1950 fueron atribuidas a la malaria 57 muertes, en 1953 solamente 2. La tasa de mortalidad infantil se redujo de 68,3 por 1.000 nacidos vivos en 1950 (5.835 defunciones) a 63,1 (4.893 defunciones), y la mortalidad materna se redujo de 2,4 por 1.000 nacidos vivos (208 muertes) a 1,7 (133 defunciones). De 3.997 defunciones fetales en 1950 (tasa 46,8 por 1.000 nacidos vivos), hubo solamente 3.270 en 1953 (tasa 42,2).

La tuberculosis, que a través de los años compartió con la diarrea y enteritis el primer lugar entre nuestras causas de muerte, ha venido a ocupar en 1953 el quinto lugar. La diarrea y enteritis continúan en el segundo puesto. Las cardiopatías, entre las que predominan las degenerativas, han venido a ocupar el primer puesto sin que se haya registrado un marcado aumento absoluto en el número de sus víctimas. El cáncer ocupa el tercer lugar y la diabetes ha ganado algún terreno.

Durante los cuatro años de 1950 a 1953 no se produjo ninguna epidemia mayor.

Hemos puesto en servicio cinco centros de salud adicionales, con unidades de hospital de primera instancia y en los próximos meses serán inaugurados otros cinco. En 1952 pusimos al servicio de la comunidad, un hospital para tuberculosis con 800 camas de las cuales 200 son para niños.

Aproximadamente el 70 por ciento de nuestra población urbana y rural se abastece hoy de agua potable proveniente de sistemas de acueductos públicos con tratamiento completo o parcial, y se ha efectuado la expansión de los servicios de alcantarillado con tratamiento de aguas cloacales para prevenir la contaminación de los cuerpos de agua.

Estamos añadiendo ya desde 1952, para la prevención de las caries dentales, el fluoruro de sodio a nuestros abastos de agua en el sistema de acueductos de la zona metropolitana que cubre a medio millón de personas, y esperamos cubrir todos los abastos urbanos, que suplen también a considerable población rural en el curso de los próximos cinco años.

Nuestra escuela de medicina ha graduado ya este año la primera clase de médicos, 45, y acabamos de inaugurar una escuela para enfermeras comadronas.

Durante los últimos cuatro años algunos de los países aquí representados han creído bien usar nuestras facilidades de adiestramiento para enviarnos cada día mayor número de sus técnicos. Las agencias que ofrecen ayuda técnica y las organizaciones internacionales han pedido nuestra colaboración a esos fines, y la hemos prestado gustosos. Recientemente, la FAO y el Gobierno de Puerto Rico han llegado a un acuerdo para enviar allá a un gran número de becarios para hacer estudios en los distintos aspectos y programas de la higiene pública. Lo que allá podamos tener que a ustedes sirva está al servicio de la salud de nuestros pueblos hermanos de América.

El PRESIDENTE: La Mesa agradece el interesante informe del Dr. Pons, relativo a Puerto Rico. Tiene la palabra el señor Delegado de Costa Rica.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): Quiero referirme especialmente al último párrafo del informe de Puerto Rico sobre adiestramiento, y hacer público aquí el agradecimiento del Gobierno y del pueblo de Costa Rica por la amplitud de esa colaboración que vienen recibiendo cuantos funcionarios enviamos nosotros para adiestramiento en servicios sanitarios de campo.

Hemos descubierto que, si bien es cierto que, en otras fuentes, pueden obtener bases y estudios clásicos muy importantes, en la aplicación directa de esos conocimientos a las comunidades, es de máxima importancia para nosotros la experiencia de Puerto Rico.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de la República Dominicana.

El Dr. BERGÉS SANTANA (República Dominicana): Rogáramosle al señor Presidente, muy encarecidamente, que pospusiera nuestro turno para la tarde.

El PRESIDENTE: Muy bien. Tiene la palabra entonces el Dr. Orellana, de Venezuela.

INFORME DEL SEÑOR DELEGADO DE VENEZUELA

El Dr. ORELLANA (Venezuela): Obra en poder de todas la delegaciones el informe que contiene la parte expositiva y cuadros estadísticos que condensan el desarrollo de la salubridad de Venezuela, desde 1950 hasta 1953.

Quiero, ahora, referirme exclusivamente a puntos concretos que nuestra Delegación estima son de considerable interés. Como el primero de ellos, quiero mencionar los cambios de organización que han ocurrido durante este período, y mediante los cuales se fundieron en una sola organización, en una sola dirección técnica, dos direcciones que, anteriormente, se ocupaban de los programas de asistencia preventiva, por una parte, y de la asistencia médica, por otra. Estas dos antiguas direcciones han quedado fundidas en una sola dirección técnica general, o Dirección de Salud Pública y a cuyo cargo está la dirección suprema de todas las actividades del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

La fusión mencionada representa la concreción del movimiento integralista que ha inspirado a la sanidad venezolana desde hace muchos años, y que ha tenido también otra manifestación en el plano local, en cuanto se han creado o puesto en funcionamiento centros de salud integral, en los cuales, bajo una dirección única, y bajo el mismo techo, se prestan servicios completos de asistencia médica a una comunidad. De estos centros existen ya ocho en funcionamiento en Venezuela y otros más en la etapa de construcción o de planificación. El resto de los servicios administrativos sanitarios no han variado en el país, de modo que las redes fundamentales de asistencia médica preventiva, curativa o integral, continúan iguales.

La red de asistencia preventiva está representada por 48 unidades sanitarias, en otras tantas ciudades importantes y que prestan atención predominantemente preventiva a una población de dos millones de habitantes.

La red de asistencia hospitalaria dependiente del Ministerio, cubre también una población igual, a través de 56 hospitales. Además, los Estados, Municipalidades, Seguro Social y otras entidades gubernamentales y privadas sostienen algo más de 200 hospitales que, junto con los primeros, ofrecen un total de cerca de 19.000 camas.

Hay también una red mixta, destinada principalmente a la población rural, que comprende 400 servicios médicos rurales, denominados "Medicaturas Rurales," atendidas por uno o dos médicos, que prestan servicios de asistencia curativa, pero que también desarrollan un programa preventivo mínimo.

Los recursos fiscales para la sanidad venezolana aumentaron de 126 millones de bolívares, en el presupuesto 1950-1951, a 161 millones de bolívares, en el presupuesto 1953-1954. Es de advertir que esta suma es la que está destinada al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, pero si a ella se añaden las sumas invertidas por los Estados, Municipios, Servicio Médico del Seguro Social y otros gastos de origen gubernamental el total de gastos venezolanos en el cuidado de la salud se eleva a 366 millones de bolívares que, en términos de dólares, representa US\$ 109 millones. Esto representa una proporción del 12% del Presupuesto Nacional.

Quiero señalar también como importante el aumento habido en el personal al servicio de la sanidad venezolana. En 1950, trabajaban en el Ministerio 1.033 médicos, 35 ingenieros, 79 odontólogos, 11 veterinarios, 273 enfermeras titulares, 204 inspectores y 1.052 auxiliares técnicos. Durante 1953, las cifras aumentaron así: 1.647 médicos, 44 ingenieros, 130 odontólogos, 14 veterinarios, 665 enfermeras graduadas, 619 laboratoristas, 422 inspectores, y 2.525 auxiliares técnicos.

Conjuntamente con este aumento de personal, se mantiene y se cuida mucho un programa de preparación del personal que se basa en el desarrollo de las facilidades locales y en la utilización de las facilidades que se obtienen en el exterior.

Dentro del control de las enfermedades transmisibles, quiero mencionar de manera especial, el desarrollo de un plan de erradicación de la viruela, mediante la vacunación masiva, que culminó durante este período con la vacunación de las 23 entidades federales del país. Este plan logró aumentar la protección—que inicialmente era de un 40 a un 50%—a un máximo de un 80 a un 90% y que en ciertas entidades, sobrepasó el 90 y el 95%.

El propósito ya en marcha del Ministerio es llevar este plan a un segundo ciclo, procurando una mayor penetración en las zonas rurales, dado que sus resultados han sido favorables, de tal modo que, contra una incidencia de más o menos siete mil casos de viruela en 1946, sólo se registraron 11 casos comprobados en Venezuela en lo que ha transcurrido del año 1954.

El programa en la lucha antimalárica no ha descendido a lo largo de estos años, y se puede sintetizar en un dato que indica que el 70% de las casas de la zona malárica protegida, que existían en 1950, subió a 87% en 1953, y que se espera completar el máximo de protección hasta llegar, con más profundidad, a los focos más irreductibles de esta enfermedad en el país.

Dentro del campo de la lucha antituberculosa, a la cual se ha dado mucha importancia, se ha empleado como sistema nacional la vacunación con BCG, que se ha administrado mediante un sistema de brigadas altamente especializadas que van a los servicios locales y los dejan preparados para continuar el programa.

Estas vacunaciones han aumentado de 42.000 en 1950 a 105.000 en 1953. Y, dentro, de este mismo programa de lucha antituberculosa, constituye una medida de singular importancia el comienzo de una campaña de erradicación de la tuberculosis bovina, la cual fué precedida de un cuidadoso estudio legal y técnico de todos los aspectos relacionados con ella.

Quiero señalar, como dato de suma importancia, que la campaña de erradicación de la tuberculosis bovina se acompaña de un trabajo intenso de higienización de los establos, que ya ha demostrado ser sumamente eficaz.

Deseo señalar, también, el significado que en la consolidación de las Unidades Sanitarias, como organismos locales de salud pública, se ha dado en el país a la dotación de estas unidades con edificios *ad hoc*, especialmente diseñados para su funcionamiento.

En Venezuela se está desarrollando un programa de construcción de edificios para unidades sanitarias. Hasta este momento se han inaugurado cinco edificios y hay en construcción otros cuatro más. Como estas instituciones varían de acuerdo con el tamaño de las poblaciones, así han variado a su vez los edificios proyectados para ellas.

Quiero terminar señalando el interés del Gobierno venezolano en el problema de la asistencia médica general y especializada en relación con la construcción hospitalaria. Con el objeto de realizar un plan nacional de 30.000 camas, están ya en funcionamiento 19.000 de éstas, y, dentro de poco, se inaugurarán hospitales

que aportarán 3.000 camas más. Es de esperar que el plazo de 10 años, señalado en 1950 para el desarrollo del plan completo de construcciones hospitalarias, no tendrá necesidad de ser ampliado. Durante el cuatrienio 1950-53, se inauguraron en Venezuela siete hospitales con un total de 1.170 camas.

El PRESIDENTE: Como ha llegado la hora fijada como término de esta sesión, la presidencia ofrecerá la palabra en la próxima a los señores delegados que deseen comentar el excelente informe del señor Delegado de Venezuela. Como saben los señores delegados, a las 12 h., 15 m., está citada la Comisión de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos, y, a las 12 h., 45 m., tendremos la segunda reunión de la Comisión General.

El señor Secretario tiene algunas informaciones que dar a conocer a los señores delegados.

El SECRETARIO: Como la mayor parte de las delegaciones tiene más de un representante o delegado, se sugiere, a fin de que haya quórum, que designen representantes para las dos comisiones principales que han de reunirse la semana próxima a las mismas horas.

La Comisión II trabajará la semana próxima en el salón sur, del primer piso del hotel, que quedará instalado en la misma forma en que lo está esta sala de sesiones.

Las comisiones principales pueden establecer grupos de trabajo para estudiar o informar sobre un tema particular, y los señores suplentes y asesores pueden formar parte de cualquiera de estos grupos de trabajo.

A las 3 de la tarde se celebrará la cuarta sesión plenaria, destinada, según ha indicado el señor Presidente, a conocer los informes de los países inscritos. Voy a dar lectura de los países, por el orden de su inscripción en la Secretaría: República Dominicana, Argentina, El Salvador, Ecuador, Francia, Chile y Cuba.

Se levanta la sesión a las 11 h. 50 m.

CUARTA SESION PLENARIA

Sábado, 9 de octubre de 1954, a las 15 h., 25 m.

Presidente: Dr. W. PALMER DEARING (Estados Unidos)

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Se abre la sesión. El señor Secretario va a comunicarles una noticia que interesa a todas las delegaciones.

El SECRETARIO: Señor Presidente: Se ha recibido en la Secretaría una nota por la que se ruega a todos los Jefes de Delegaciones que asistan a una reunión privada que se efectuará esta tarde al terminar la sesión plenaria, a fin de nombrar un comité que proceda a los arreglos para la recepción en honor del Gobierno de Chile, según el acuerdo que se tomó en la sesión preliminar. Se ruega pues a los Jefes de las Delegaciones que se reúnan al terminar esta sesión.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Gracias, señor Secretario. Esta sesión será muy breve. Hemos creído conveniente dedicar algunos minutos fuera

de sesión a fin de que podamos dejar iniciada la preparación de la recepción. Esta mañana hemos dado término al informe de la Delegación de Venezuela, y la presidencia cerró la discusión prometiendo que se daría la oportunidad a quien lo deseara para comentar esta tarde el excelente informe de Venezuela. ¿Algún delegado desea hacer comentarios? De no ser así, a continuación tendremos la satisfacción de escuchar el informe y los comentarios sobre el informe de la República Dominicana. Tiene la palabra el señor Delegado de la República Dominicana.

Tema 11-A: Discusiones Técnicas: Informes de los Estados Miembros sobre sus Condiciones y Progresos Sanitarios Alcanzados en el Período Transcurrido entre la XIII y XIV Conferencias Sanitarias Panamericanas (continuación)

INFORME DEL SEÑOR DELEGADO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA

Dr. SANCHEZ BÁEZ (República Dominicana): Señor Presidente: Realmente vamos a hacer una breve reseña de nuestro estado sanitario. La República Dominicana, país enclavado en el área del Caribe, pequeño geográficamente, pero grande en sus aspiraciones y en su deseo de contribuir al mejoramiento de la salud americana, se siente complacido en reseñar brevemente ante ustedes los esfuerzos cada vez mayores que realiza el Gobierno para mantener en el más alto nivel la condición de salubridad de la nación, lucha en la cual no se ha escatimado sacrificio de ninguna clase en la preservación de la política sanitaria instaurada y mantenida con ahinco en las últimas décadas.

Hemos recibido la cooperación eficiente en el desarrollo de nuestros programas de salud de la Organización Mundial de la Salud, de la Organización Sanitaria Panamericana y de la Fundación Rockefeller.

Actualmente, se realiza con éxito un programa de control de insectos para la erradicación del mosquito de la fiebre amarilla. Hace algún tiempo entró en vigor el acuerdo suscrito por la Oficina Sanitaria Panamericana para desarrollar y organizar, dentro de la Secretaría de Estado de Salud Pública, las actividades técnicas y administrativas de los servicios de las unidades sanitarias locales establecer una unidad permanente para el adiestramiento del personal profesional y auxiliar en dicha Secretaría de Estado; ofrecer facilidades de adiestramiento en salud pública a médicos, estudiantes de medicina, enfermería y educación sanitaria, para iniciar, experimentar y facilitar nuevos sistemas de programas de salud pública. Este programa constituye la mejor cooperación del Gobierno de la República Dominicana a las finalidades de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Sanitaria Panamericana.

Actualmente, se construye en Ciudad Trujillo, capital de la República, un moderno hospital infantil con capacidad para alojar a no menos de 600 niños pobres; y, en el interior de país, se realizan construcciones de hospitales en varias provincias, para aumentar a 30 el número de hospitales, con salas de maternidad controladas por la Secretaría de Salud Pública.

En el año 1953, el Gobierno de la República Dominicana, dando cumplimiento a una resolución de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada

en Venezuela, que recomendó la autoridad única en la lucha antituberculosa, es decir, encomendar dicha lucha al departamento nacional al cual competen los problemas de la salud pública, para evitar los criterios disímiles, disolvió el Consejo de la Tuberculosis y trasladó sus atribuciones a un departamento denominado División de Tuberculosis, de la Secretaría de Estado de Salud Pública.

Los trabajos relacionados con el control del paludismo han adquirido una amplitud que puede considerarse de carácter nacional. Toda la campaña se realiza mediante el empleo de DDT en rociados en el interior de las viviendas humanas. Cuando el plan de control de insectos se puso en aplicación, a fines de 1952, la División de Malariología mantenía un programa de control del paludismo por rociados intradomiciliarios con DDT en las áreas reconocidas como de mayor grado de endemidad palúdica. Se rociaban aproximadamente 5.560 casas por mes, y el rociado se repetía cada seis meses.

En nuestro país no existe la fiebre amarilla; pero, al persistir en algunos países de Centro y Sudamérica, existe la posibilidad, dada la rapidez de los medios de transporte actuales, de que la infección pueda ser introducida en otros países del Continente. Conociendo este problema, y cooperando decididamente en esta campaña auspiciada por la Organización Sanitaria Panamericana, la República Dominicana inició su programa de erradicación del *Aedes aegypti*, en octubre de 1952, y con ello no sólo se persigue liberarlos para siempre de la amenaza de la fiebre amarilla, sino que, al mismo tiempo, contribuimos a la seguridad de otros países hermanos contra esta enfermedad. Muchas gracias, señor Presidente.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Muchas gracias por su excelente y sugerente informe. ¿Desea alguien hacer comentarios o preguntas en relación al mismo? No siendo así, a continuación tendremos la satisfacción de oír a la Delegación de Argentina, que va a presentar su informe. Tiene la palabra el Dr. Segura.

INFORME DEL SEÑOR DELEGADO DE ARGENTINA

El Dr. SEGURA (Argentina): Señores, el Ministerio de Salud Pública de la Nación ha dado gran importancia, en el desarrollo de su acción, a dos grandes principios que rigen su sanidad: uno, el primero, considera que el estado de salud físico y mental del pueblo está grandemente influido por el estado económico del país y, por lo tanto, ha sido una gran preocupación de todo el Gobierno mejorar y elevar el estándar de vida en sueldos y salarios, precios, y condicionando el tipo de trabajo y su salubridad o insalubridad, principio rector, bajo el cual se ha hecho obra de gran importancia. El otro, el segundo elemento de importancia, es que todos los afanes de la técnica higiénico-sanitaria deben llegar a cada uno de los habitantes de la Nación, educándolos para ese fin y exigiendo la colaboración indispensable para obtener ese resultado. Para ello, ha estimulado la creación de servicios sociales en todas las reparticiones públicas, se ha extendido a todo el país la medicina preventiva, se han hecho instalaciones de vacaciones gremiales o profesionales, se han construido policlínicas profesionales, y, sobre todo, muy particularmente las policlínicas de aquellos gremios que cuentan con número suficiente de trabajadores. Y, actuando sobre todo eso, se ha organizado

la Dirección de Cultura Sanitaria que, por su extensión y profundidad, no ha dejado de llegar a ciudadano alguno al objeto de darle las instrucciones para cumplir frente a cada problema sanitario, y anticipándole lo que el Estado le ha de exigir y cómo ha de hacerlo para obtener un máximo rendimiento.

En un país como el nuestro, en que hay provincias y Gobierno Central, provincias con autonomía, ha sido de grandes resultados la consulta anual de todos los Ministros de Salud Pública de las Provincias con el Ministro de la Nación, para hacer planes concordados y no desperdiciar energías ni esfuerzos.

Se han realizado, aparte de un sinnúmero de modificaciones que no tomamos en cuenta, entre el último informe y éste, 64 obras de gran importancia dentro del país, que han elevado ya hasta fines de 1953 el número de camas disponibles en el país de 100.000 a 130.000 y, a la terminación de las obras en ejecución, entre 1954 y 1955, se llegará casi a la meta fijada de tener 10 camas por cada 1.000 habitantes de la nación. El personal técnico con que el Ministerio se desenvuelve ha pasado de 5.000 personas en el trabajo, a más de 40.000 en el momento actual.

El estado sanitario de la población es excelente. Las enfermedades transmisibles siguen las curvas normales y los índices de sus estadísticas demuestran que la mortalidad general se mantiene en un 8,6 por 1.000, habiendo descendido desde 9,0 por 1.000 en 1950. Es interesante observar que en nuestro país el estimado de causas de muerte se diferencia un poco de la mayoría de los presentados por otros países. En el porcentaje de causas de muerte están, en primer lugar, las cardiopatías: 210 por 100.000, sigue el cáncer con 121 por 100.000. Consultando la estadística que ha realizado la Oficina, de todos los informes, las causas de muerte siguen en nuestro país un paralelismo casi absoluto con los que ha presentado Estados Unidos de Norteamérica. Para nosotros, en nuestra sanidad, hay dos problemas en este momento: la perfección de su bioestadística y la formación de personal sanitario para la expansión de los programas que hay dentro del país. Sería necesario estimular de una manera especial esta carrera que, por el momento, no ofrece los halagos que tiene la medicina asistencial. Por lo tanto, la formación de personal es una de las preocupaciones grandes que tenemos que desarrollar dentro de nuestro país.

No insistiremos en la organización que ha tenido nuestra sanidad hasta ahora porque, justamente, está en plena modificación y transformación y yo mismo no podría decir en este momento qué resultará del estudio que se realiza.

De cosas sucedidas dentro de las enfermedades y que conviene hacer resaltar, diremos que en nuestro país, por ejemplo, se ha puesto como objetivo de nuestra sanidad la erradicación de la lepra en el transcurso de dos generaciones. Por el número de camas, por el número de dispensarios, y por la acción de los medicamentos y por el índice de prevalencia que baja constantemente, es el término teórico que se ha puesto para erradicar esta enfermedad.

La peste: llevamos dos años silenciosos, sin haber existido ninguna denuncia de esta enfermedad.

El paludismo ha dejado de ser un problema sanitario. El paludismo ha quedado reducido al 0,1%; pero se mantiene la lucha antipalúdica para impedir su reaparición, ya que existen aún anofeles vectores en algunos criaderos y parásitos

en enfermos que pueden llegar del exterior. Para intensificar la lucha del paludismo, dentro de breves días se inaugurará en nuestro país una fábrica de DDT, a la cual se han incorporado todos los adelantos obtenidos en diversas plantas productoras del mundo.

Hemos tenido un brote epidémico de viruela en el año 1950, que llegó a 4.000 casos. Cuando se han presentado después, hemos tenido años de 275 y de 270 casos. Tenemos siempre un problema con la viruela debido a las migraciones fronterizas de gran volumen de personas que no vienen suficientemente vacunadas. En la actualidad, por un convenio con la Oficina Sanitaria Panamericana, que lo ha provisto, se producirá vacuna seca en gran escala para nuestro consumo y, también, para el exterior, y se desarrollará una campaña tipo hecha en colaboración con la Oficina en las provincias fronterizas de Salta y Jujuy.

La lucha contra la tuberculosis, en la que van obteniéndose cada día índices mejores y a los cuales contribuye la aplicación por los servicios clínicos del tratamiento de tuberculosos, del Departamento de Cirugía Tuberculosa, concomitantes, junto a la lucha preventiva que se desarrolla mediante la educación popular y la vacunación con BCG, va dando una disminución gradual del número de enfermos de tuberculosis, llegando a índices sumamente bajos.

Tenemos dos plantas en marcha—una se está haciendo en Jujuy, que está a punto de ser terminada, y otra planta modelo, en la Capital Federal—para la producción de BCG.

Las enfermedades venéreas también están en franco retroceso, puesto que, por ley de la Nación, el tratamiento de la sífilis es obligatorio, y existe penalidad por la falta de cumplimiento.

La educación sanitaria antivérea toma un papel preponderante y se hace por la acción directa o por propaganda en las fuerzas armadas, universidades, colegios, clubes, fábricas, talleres, sindicatos, etc. Y vamos teniendo una declinación, como se puede ver en los cuadros que presentamos en este informe.

Respecto a fiebre amarilla, diremos que, a pesar de que en nuestro país no aparecen enfermos de este mal, existen vectores que obligan a mantener una lucha para así erradicar el *Aedes aegypti*. Se vacuna a los residentes en zonas selváticas en donde habitan monos y se hacen encuestas de ellos por medio de la viscerotomía. Quizás la lucha de erradicación del *A. aegypti* no se ha estado haciendo con la intensidad que hubiera sido deseable. Quizás se ha creído que no es un problema de tanta trascendencia ya que no se presentan enfermos, y las actividades se han canalizado en otro sentido; pero podemos anunciar que antes de venir a esta Conferencia se ha firmado un convenio con la Oficina Sanitaria Panamericana para erradicar el *A. aegypti* y, ya lo dijimos esta tarde, para acelerar esta lucha y ponernos en la situación que realmente debemos tener.

Se nos va creando, como a otros países, el problema de la aparición de la poliomiélitis. También, en el año 1953, hemos tenido un importante brote de poliomiélitis, llegando a 2.500 casos, cuando el término habitual no ha pasado de 600 a 700 casos por año. Con todas las alternativas y toda la obscuridad del problema de la poliomiélitis, seguimos esperando la fórmula que actúe en forma más profunda en este problema.

Respecto del tracoma, diremos que se ha puesto en marcha un plan que ha

tenido en cuenta la experiencia propia y todo lo que ha sugerido el Comité de la OMS de Expertos en Tracoma, y esperamos tener buenos resultados en esta acción.

Para ilustración, quiero referir que nuestro país, desde 1951, tiene en movimiento un banco de córneas, y se ha tratado a los ciegos con gran recuperación. No damos cifras definitivas porque es de alguna frecuencia que los injertados con córnea, después de un tiempo de haber tenido buen resultado, empiezan un período de opacificación corneal y, a veces, hay que repetir los injertos. Puedo decir, como dato ilustrativo, que sabemos de algunos enfermos tratados por oftalmólogos en norteamérica, que han sufrido injertos corneales sesenta veces. Esto quiere decir que la herida del ojo es capaz de soportar traumatismos de aplicación hasta llegar a ese número. Este es un dato que traigo fuera del informe, porque lo averigüé entre los que están haciendo esta acción. Lo doy como dato complementario.

En nuestro país existe mucha preocupación por el problema de la zoonosis. Ustedes se lo imaginarán por la cantidad de nuestra ganadería.

Existe una comisión mixta integrada por los Ministerios de Agricultura y de Salud Pública de nuestro país, que estudia en conjunto este problema. Y dado que la Organización de los Estados Americanos aceptó, a sugerencia nuestra, la creación de un Centro Panamericano de Zoonosis, hemos ofrecido a esta Organización todo un edificio con todas las instalaciones y totalmente equipado, en plena zona ganadera en el sur. Esto está pendiente de la consideración de la Organización de los Estados Americanos, para la posibilidad de instalar esta organización de estudios para todos los países que quieran, si fuera elegido nuestro país, y tener toda la accesibilidad posible a sus informaciones y estudios.

Como temo que mi tiempo vaya pasando, no quiero dejar de decir algunas cosas de importancia. Nuestro país da gran importancia a la odontología sanitaria. Venimos bregando por ella, y juzgamos que es de tal importancia, que hemos de proponerla como tema de discusión técnica para la reunión del Consejo Directivo el próximo año. En esto estamos muy bien acompañados por el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, cuando este año, el 12 de enero de 1954, en su Décimotercera Reunión, ha propuesto que se estudie con mucho detenimiento el fomento del programa de higiene dental.

El desarrollo de la higiene industrial es un tema cuya sola enunciación bastaría para darse cuenta de la gran importancia que ella tiene; pero no deseo que me tome tiempo al igual que la consideración de la higiene mental.

Quiero llamar la atención sobre la importancia que hemos dado últimamente a la higiene del deporte. En vista de la cantidad de incidencias que tiene con las enfermedades cardiovasculares en los índices de mortalidad de nuestro país, hemos empezado porque el deporte no sea una cosa desordenada y un motivo de desequilibrio del aparato circulatorio, para lo cual toda persona que se dedique a algún deporte debe someterse a un examen pre-deportivo obligatorio.

Se calcula que en nuestra ciudad de Buenos Aires se realizan 700 exámenes diarios de nuevos deportistas. Toda esta labor de higiene ha jerarquizado a una organización médica y se le ha dado el carácter de especialidad, creando cursos que permiten obtener título de médico del deporte.

En cuanto a enfermedades cardiovasculares, sólo diré dos palabras de advertencia y nada más. La medicina preventiva tiene grandes acciones que cumplir

buscando que disminuya su incidencia. Debe realizar una gran educación del pueblo, porque un sinnúmero de malos hábitos cotidianos tiene una enorme repercusión en la integridad del sistema circulatorio. Mucho se ha conseguido para beneficio del cardiópata, comparado con lo que resta por hacer todavía.

La arterioesclerosis es productora del 50 por ciento de las muertes por cardiopatía. Por eso, debe despistársela desde sus comienzos, antes que cause estragos irreparables.

La hipertensión agota al hombre cuando la sociedad espera más de él. Generalmente, avanza en forma lenta y progresiva, aunque ignorada. Hay que despistarla a tiempo con los exámenes periódicos, para permitir los trabajos que convengan al estado de la enfermedad.

Puedo hablar con conciencia: el corazón grita su insuficiencia y su enfermedad, cuando se le ha castigado enormemente y durante mucho tiempo. Es el órgano que más soporta las inclemencias a que lo lleva el desorden humano. De ahí que todo lo que sea metodizar las costumbres del hombre, es hacer la mejor profilaxis de las enfermedades cardiovasculares.

Control de drogas e industrias farmacéuticas. En este aspecto, hacemos como todo el mundo, con la excepción de que ahora, en Argentina, se produce penicilina, estreptomina, terramicina, etc., y que nuestro país, de importador se ha transformado en exportador de estos productos.

Alcoholismo: la lucha antialcohólica no es problema grave en nuestro país. En general, en Argentina se consume alcohol como en todas partes, pero ello no constituye un problema, como podemos observar que ocurre en otros pueblos. En todo caso, siempre existen zonas donde es necesario llevar esta campaña. El año pasado se realizó un seminario americano sobre el alcoholismo, al que asistieron figuras mundiales sobre la materia: Jacobsen, de Dinamarca; Jellinek, de la OMS y Lolli, de Yale.

Nuestro país está en tren de publicar un libro con todas las conferencias, con todas las sugerencias que se van a hacer. Y, según el doctor Jellinek, de la Organización Mundial de la Salud, que dirigió el seminario, cuando esté editado ese libro, éste será el trabajo más moderno y completo que pueda consultarse. Desde ya, nuestro Gobierno pone esta publicación a disposición de los gobiernos que se sientan interesados, y se hará su remisión con el mejor espíritu de colaboración.

Nuestro Ministerio tiene una Sección de Legislación Sanitaria, y se cree que debe hacerse una doctrina de derecho sanitario. En ese sentido, se edita una revista de derecho sanitario, algunos de cuyos números tiene el colega que está conmigo, que es el director de esa revista, y que también pone a disposición de todas las sanidades de América, en un deseo de intercambio en esta materia.

No hablaré de la parte de nutrición, que muchos países conocen en relación con uno de los sitios que ha recibido más becarios en toda América: nuestro Instituto Nacional de Nutrición, con un número de dietistas y cosas que ha hecho en materias de estudio en general.

Para finalizar, diré que en el orden internacional, que es el que me atañe personalmente, hemos tratado de colaborar lo más intensamente posible con todos los países y con las organizaciones internacionales.

Desde el momento en que Buenos Aires fué elegida para la instalación de la Oficina de la Zona VI, que tiene jurisdicción en Chile, Paraguay, Uruguay y Argentina, esta Oficina viene prestando muy buena colaboración a nuestras actividades sanitarias y no dudo que se intensificará a medida que se vayan tratando más problemas comunes.

Con la Oficina Sanitaria tenemos en este momento una serie de programas de colaboración. Existe un programa de estudio de substancias ovidas en perros, que se lleva a cabo en el Instituto Malbrán, en colaboración con los técnicos que tiene la Oficina en Buenos Aires. Se está estudiando un programa relativo a la resistencia que ofrecen los vectores al DDT, también dentro de nuestro Ministerio. Hay un programa de colaboración de lucha antivariólica, como les he dicho, en la fabricación de vacuna seca. Se acaba de formular un programa para la erradicación del *A. aegypti* en todo el país. Está a punto de formularse el programa de enfermería. Hemos propuesto el Centro Panamericano de Zoonosis.

Con los países vecinos hemos tratado de armonizar y dar cumplimiento a nuestros acuerdos. Así, en julio de 1953, en Montevideo tuvimos una muy interesante reunión con Brasil, Paraguay y Uruguay. Cada uno de estos países ha nombrado un delegado permanente, con lo cual se mantiene un intercambio constante de información entre los cuatro países, debiendo celebrar una reunión anual. Se hizo otra reunión en San Martín de los Andes con nuestros hermanos chilenos. En Uruguay, en junio de 1954, con Brasil, Uruguay y Argentina, se ha hecho un estudio sobre la lucha contra la hidatidosis en la zona fronteriza. Hemos cooperado con los servicios de sanidad de los países americanos enviando sueros y vacunas.

Se han concedido becas a través de la Oficina. Se han otorgado becas por nuestro Gobierno a los gobiernos que nos las han pedido. Hemos facilitado a algunos países información sobre el control de ciertos programas que están en curso.

Toda esta acción del Departamento de Política Sanitaria Internacional tiene como norte aumentar el programa en todo lo que sea posible para tener una amplia cooperación y colaboración con todos los hermanos de América.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Muchas gracias, Dr. Segura, por su documentado y sugestivo informe. Creo interpretar el sentir de todos los delegados al decir que compartimos su opinión de que la economía y la salud no pueden separarse. También tomo nota de sus comentarios al problema de las enfermedades cardiovasculares y el nuevo interrogante que se plantea a la medicina preventiva en campos que se están desarrollando a medida que avanzamos en el control de las enfermedades. ¿Desea algún delegado hacer comentarios o preguntas? No siendo así, la presidencia concede la palabra a la Delegación del Uruguay, que va a presentar su informe. Tiene la palabra el Dr. Capeletti.

INFORME DEL SEÑOR DELEGADO DEL URUGUAY

El Dr. CAPPELETTI (Uruguay): Señor Presidente, señores delegados: Alguien calificó al Uruguay como un laboratorio que en sus impulsos innovadores experimenta leyes de orden social y político. Para no desmentir a quien lo dijo, destaco

como hecho fundamental en la vida político-social de mi país el cambio de estructura de su Gobierno, suprimiendo la Presidencia de la República y creando el Poder Ejecutivo Colegiado y dando amplia autonomía a los gobiernos departamentales. El Consejo Nacional de Gobierno hace más de tres años que funciona, y aunque ello no es nada en la vida de una nación, podemos decir que el sistema marcha sin tropiezos y tenemos gran esperanza de que a medida que transcurra el tiempo se afiance más y más, ganando la confianza del pueblo.

Este Gobierno votó ya los recursos necesarios y creó el organismo para la ejecución del censo nacional saldando así la deuda que tenemos con los demás países de América. También sancionó el último presupuesto general de gastos que llega a la suma de 482.138.928,15 pesos uruguayos, de los cuales se destinan al Ministerio de Salud Pública 48.319.410,80 pesos. Pero, además, se invierten para atención del niño—como saben los señores Delegados, por un organismo aparte, el Consejo del Niño—en total 8.679.519 pesos. Todavía, la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa, que gira en la órbita del Ministerio de Salud Pública, tiene un mecanismo administrativo autónomo y lleva ya capitalizados 11.000.000 de pesos.

El Organismo Sanitario del Estado (O. S. E.) se ocupa específicamente del abastecimiento y control de agua potable y eliminación de excretas y tiene un presupuesto de 15.000.000 de pesos, gastándolos por partes iguales entre la capital y el interior del país. Es un organismo dirigido por un Consejo constituido por ingenieros sanitarios y médicos.

El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (S.C.I.S.P.) representa actualmente un aporte para salud pública de 250.000 dólares por parte del Uruguay y 50.000 dólares por Estados Unidos de Norteamérica, lo que representa, al cambio actual, unos 900.000 pesos de nuestra moneda.

Dicho esto y, entrando en el problema puramente sanitario, debo expresar lo siguiente: la política sanitaria de nuestro Gobierno ha tendido a intensificar el desarrollo o ampliar las obras básicas que, en materia de salud, requiere una población: agua potable, eliminación de excretas y construcción de viviendas económicas. Se agrega a ello el aumento y la regulación progresiva de los salarios por intermedio de los Consejos de Salarios y el establecimiento de las Cajas de Asignaciones Familiares, cuyo éxito en la obra social que desarrollan y su potencialidad económica son cada vez más crecientes. La colaboración que prestan estas Cajas al Ministerio de Salud Pública es de tal importancia, que, por ejemplo, la atención por maternidad prestada por ellas es ya superior al número de atendidas en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública, en lo que a Montevideo respecta. Además, es una asistencia evidentemente superior a la dada por las maternidades del Ministerio. Tiene ya capitalizados más de 27.000.000 pesos uruguayos.

Con respecto al suministro de agua potable, no voy a entrar en detalles sobre la situación de este problema en el Uruguay, pues ustedes tienen en el informe original un estado completo sobre el mismo. Sólo me bastará afirmar que más del 60% de la población del país está servida por agua potable perfectamente controlada. Ese servicio merece la atención permanente de nuestro Gobierno, y las autoridades que lo dirigen están constituidas por un consejo compuesto de

médicos e ingenieros sanitarios. Acaba de aprobarse una ley por la que se invierten más de 100 millones de pesos para la extensión de esos servicios, entre los que se cuenta la construcción de una cuarta línea de bombeo para ampliar la red de Montevideo.

En lo que respecta a la red cloacal y eliminación de excretas, también se han hecho serios progresos, y la red se ha ido extendiendo no sólo en Montevideo, sino en todas las ciudades del interior.

El otro punto básico es el de la vivienda. Tres organismos en nuestro país se han ocupado especialmente de la construcción de viviendas económicas: el Instituto de Viviendas Económicas que construyó en el período 1950 a 1953, 811 viviendas e invirtió la suma de 12.400.000 pesos; el Banco de Seguros, cuya acción se hace sentir, sobre todo en Montevideo, con la construcción de bloques de varios pisos con apartamentos para funcionarios modestos, y los municipios también han dado gran importancia a este problema y solamente el de Montevideo ha invertido 17.520.000 pesos y ha construído viviendas especiales de acuerdo con la zona de la ciudad. Los demás municipios también han hecho obra en este sentido, aunque en forma más reducida.

Con respecto a lo que hemos hecho en materia de profilaxis y asistencia integral con las enfermedades que existen en nuestro medio, y sabiendo desde ya que son desconocidas en él el paludismo, peste, cólera, tífus exantemático, fiebre amarilla, debemos hacer esta ligera síntesis:

Viruela: Prácticamente nosotros hemos erradicado esta enfermedad de nuestro medio, y ello se debe, sin duda, a que mantenemos en vigor nuestras disposiciones sobre la obligatoriedad de la vacunación y revacunación. Cada cinco años nosotros tomamos medidas para que aquellos habitantes que no tienen su certificado válido de vacunación, se vacunen y, en el año 1949 durante el ministerio del Profesor Enrique Claveaux, vacunamos 1.400.000 personas y, recientemente, en los primeros meses de 1954 hicimos una nueva vacunación de 700.000 personas.

Pero hemos establecido sobre todo la obligatoriedad para los niños, especialmente al ingresar a la escuela, y eso desde hace ya más de treinta y tres años. La llegada a Montevideo de algún enfermo de viruela, no nos preocupa mayormente porque el índice de inmunidad de la población montevideana es muy elevado. Los casos que se han producido son, generalmente, de viruela benigna, alastrim, y siempre son en poblaciones fronterizas y en poblaciones muy alejadas y de difícil acceso.

Con respecto a la difteria, nosotros hasta el año 1943 teníamos una incidencia muy grande de tres, cuatro y hasta cinco mil enfermos y morían alrededor de trescientos, cuatrocientos, quinientos niños. A partir de allí y después de una vacunación en masa de toda la población infantil, podemos afirmar que la difteria está totalmente controlada; que los números que figuran en nuestro informe en cuanto a la morbilidad son, seguramente, superiores a la realidad, porque muchos de ellos son diagnóstico puramente clínicos; es decir, diagnósticos que se hacen en el interior del país, donde no hay posibilidad de efectuar el diagnóstico bacteriológico.

La tos ferina sigue siendo una enfermedad de alta incidencia.

Con respecto a la tifoidea, las curvas de morbilidad han descendido y, desde luego, los tratamientos modernos han hecho descender las curvas de mortalidad.

En cuanto a la lepra, el único censo que hemos hecho fué en 1908, que dió un total de 250 enfermos, pero hoy si hiciéramos una buena encuesta, llegaríamos posiblemente a un número mayor.

Todos nuestros esfuerzos están dirigidos a la aplicación de las terapéuticas modernas y se está planeando un nuevo establecimiento de hospitalización, seguramente mucho mejor que el que tenemos en la actualidad.

Con respecto al tracoma, no es una enfermedad que nos preocupa mayormente. Nuestras formas de tracoma son muy benignas y hay uno o dos focos en el país: uno, en las frontera con el Brasil, en el departamento de Cerro Largo y, otro, al sur en el departamento de San José y Canelones. Las cifras son muy bajas, siendo en el año 1953 de doce casos. Además, hemos atemperado las medidas con los tracomatosos que llegan a nuestro país; cuando presentan lesiones cicatriciales, entonces no somos tan severos como éramos antes. Los dejamos entrar, los hospitalizamos y los controlamos durante un tiempo por medio de oftalmólogos especializados.

Yo no voy a hablar sobre el problema de la tuberculosis en mi país, pero les voy a recomendar a los señores delegados que, cuando lleguen a sus países y tengan oportunidad de leer el informe del Uruguay, se detengan especialmente en estos puntos, porque consideramos que en materia de tuberculosis el Uruguay está muy bien organizado, no sólo desde el punto de vista económico, ya que esa organización tiene alrededor de once millones de pesos capitalizados, sino por la obra que realiza en su aspecto asistencial, preventivo y social. El índice de mortalidad en tuberculosos, en el Uruguay, bajó enormemente, pero eso no nos entusiasma, porque es un fenómeno universal. Pero llamo la atención sobre el hecho de que en Uruguay también han bajado las curvas de morbilidad, eso sí no es un fenómeno general, y, posiblemente, en este aspecto está la acción de esa entidad bien organizada de que yo hablaba.

Con respecto de las enfermedades venéreas, también nuestras cifras van disminuyendo.

Por lo que se refiere a la hidatidosis, quiero decir que en este problema, Uruguay esta más o menos igual que hace algunos años en lo que respecta a su morbilidad y mortalidad. El Instituto o Centro de Hidatidosis para el estudio y profilaxis de la enfermedad ha hecho una obra muy completa en lo que respecta a estudios. Ha realizado investigaciones y buena labor de divulgación, pero su acción no se ha hecho sentir en la prevención. El número bajo de casos que se presenta en Uruguay oscila entre 500 y 600 enfermos al año, de los cuales mueren 50 o 60. El resto corresponde a enfermos que han sido sometidos a intervenciones quirúrgicas muy laboriosas y costosas, de las cuales un gran porcentaje queda con secuelas que los convierte en ciudadanos casi inútiles para el trabajo. Por eso el Gobierno, en estos últimos tiempos, ha dado dos pasos muy importantes encaminados a la solución del problema. El primero ha sido el envío de un proyecto de ley al Parlamento, por el cual se crean los impuestos y recursos necesarios para desarrollar una campaña en todo el país. Pero

mientras ese proyecto se convierte en ley, hemos establecido un convenio con la Oficina Sanitaria Panamericana sobre un plan de prevención y de lucha contra la hidatidosis, que tenga como finalidad fundamental demostrar cómo se puede acabar con esta enfermedad, trabajando en forma permanente y con buenos técnicos.

Para terminar, deseo hacer una referencia especial a la colaboración con el Instituto de Asuntos Interamericanos de los Estados Unidos, que venimos realizando desde hace diez años. Funcionan, de acuerdo con el convenio, 5 centros de salud y dos proyectos: uno para la ampliación de la Oficina de Bioestadística y otro para la lucha contra el *Aedes aegypti*. Otros ya han sido absorbidos por el presupuesto ordinario, como la fundación y financiamiento, este año, de la Escuela Universitaria de Enfermeras.

Quiero señalar a los señores delegados, porque puede interesarles, que dentro de una semana, se realizará en Montevideo una especie de seminario, con delegados del Instituto, funcionarios del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública y funcionarios del Ministerio de Salud Pública, y en el cual uno de los puntos básicos de la discusión será el futuro de la Ayuda Técnica del Instituto en nuestro país.

Deseo destacar que el Uruguay, como todos los países de América, es un país en formación, sin plena organización; pero nosotros seguimos manteniendo nuestra línea de conducta en materia de política internacional integral, que, como siempre, es de amplia colaboración y buen entendimiento con los demás pueblos del mundo. Dentro de pocos días, se iniciará en Montevideo la Conferencia de la UNESCO, con delegaciones de 70 países. Allí trataremos de demostrar que seguimos en esa misma línea y que es nuestro convencimiento que para mantener la paz y armoniosa convivencia humana, ella debe fundamentarse en principios humanos básicos: libertad, justicia y cultura.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Muchas gracias, Dr. Cappelletti, por su informe sobre ese gran laboratorio, que es el Uruguay. ¿Desea algún señor delegado hacer comentarios? No siendo así, tendremos el placer de escuchar a continuación al señor Delegado de El Salvador, que informará sobre los progresos alcanzados en su país durante los cuatro últimos años.

INFORME DEL SEÑOR DELEGADO DE EL SALVADOR

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): Señor Presidente, señores delegados: El Salvador puede considerarse como el prototipo de un grupo de países de la zona tropical en lo que a sus problemas, condiciones económico-sociales y sanitarias se refiere. Tal vez sea dicha circunstancia la que pueda dar méritos al relato de su esfuerzo en pro de la salud. Su densa población, dentro de una economía agrícola; su suelo en gran parte árido e improductivo; su clima que favorece la pululación de insectos propagadores de todas las enfermedades; la relajación de la preocupación del hombre por su salud, que tanto se estimula con cambios abruptos y extremas temperaturas en los países templados, este país ha encontrado todas las experiencias en el camino de su desarrollo y ha compro-

bado, además, que no puede separarse la salud pública de la economía ni de la cultura.

Por ello, el informe de El Salvador a la Conferencia viene prologado con consideraciones acerca del desarrollo económico y cultural del país durante los últimos cuatro años, para situar en sus debidas perspectivas los progresos realizados por nuestra República en materia de salud pública.

En cuanto a economía, podemos señalar que la producción nacional ha aumentado en los últimos cuatro años en un 47%, contra un aumento de sólo 40% de costo de vida. Debe notarse, también, el hecho importante de que más del 60% del presupuesto nacional representa inversiones productivas de capital. En el informe que trato de resumir se señalan cifras del progreso logrado en el campo de la cultura popular. Valga destacar el hecho de que el 16% del presupuesto nacional del corriente año está dedicado a instrucción pública, y en El Salvador el número de maestros supera al de soldados en servicio activo, aunque no, naturalmente, el de las reservas.

Colocado frente a problemas que demandan atención y sometido a recursos humanos y materiales restringidos, un país poco desarrollado, animado por el espíritu del progreso, debe decidir el curso de su acción escogiendo aquellos programas realizables y de beneficios más perdurables que pueda esperarse. Animado de este criterio, el Gobierno de El Salvador ha considerado, como primordial y fundamental actividad en pro de la salud pública, el reclutamiento y adiestramiento del personal sanitario. El informe de El Salvador contiene datos ilustrativos acerca de este esfuerzo. Valga señalar que el 80% de su personal sanitario profesional y auxiliar ha recibido cursos de adiestramiento en el país o en el exterior. Ha sido preocupación del Gobierno crear incentivos adecuados a fin de reclutar personal selecto para su servicio de salud pública y darle después oportunidad de adiestrarse en la finalidad específica de su trabajo. También es significativo este esfuerzo a la luz del hecho de que una tercera parte del gremio médico salvadoreño ha recibido becas de estudio en el exterior durante los últimos cuatro años.

El vigoroso impulso dado a este aspecto de la salud pública, dentro de una organización ideal de los servicios, ha permitido considerables esfuerzos en los últimos cinco años, y la germinación de un espíritu de superación y de servicio entre los trabajadores de la salud pública. También ha permitido estructurar, fortalecer y consolidar la administración de salud pública, para abordar problemas que antes eran inaccesibles.

En seguida, y entre los problemas que ha considerado indispensable abordar y darles preferencia, está el saneamiento del medio. Un país donde las principales causas de enfermedad y muerte son las infecciones del tracto digestivo, y cuya población, por razones de orden económico, cultural, demográfico y climatológico, carece de abastecimientos de agua protegidos, confronta graves situaciones de hacinamiento y está expuesta a la pululación de insectos nocivos durante todo el año, debe considerar el programa de saneamiento ambiental como actividad preferente y básica, si ha de lograr adelantos importantes en su progreso sanitario.

Los cuadros estadísticos de nuestro informe indican la gravedad de los problemas sanitarios que emanan de la insalubridad del agua, del suelo y de la pululación de insectos. En ese mismo documento se señalan los adelantos reali-

zados, que, en forma resumida, son los siguientes: 50 por ciento de su población urbana tiene protección de sus abastecimientos de agua; el 15 por ciento de su población rural ha sido dotada de agua potable a través de la instalación de artefactos domésticos sanitarios.

Se considera parte de este programa la lucha contra el paludismo a base de aplicación de DDT. Hemos conseguido reducir el paludismo del grave flagelo que era antes de 1950 a uno de importancia muy secundaria en 1953, tanto en el número de casos, como en el número de muertes y en las pérdidas económicas consecuentes.

El documento señala, además, los esfuerzos realizados por El Salvador en el campo de la enseñanza de las ciencias médicas y de la asistencia de los enfermos.

Para terminar, señor Presidente, quiero expresar los sentimientos de mi Gobierno con respecto a la cooperación sanitaria internacional. No fué, seguramente, la ambición de obtener beneficios inmediatos y particulares lo que motivó la adhesión de El Salvador a los organismos internacionales de que forma parte. Los beneficios derivados de esas obligaciones han comenzado a recibirse tan sólo en estos últimos años. Creo, sin embargo—y así lo espero—que tanto la Oficina Sanitaria Panamericana como la Organización Mundial de la Salud, sabrán darle expresión concreta a su filosofía de trabajo, que es la de fortalecer, ayudar a fortalecer y desarrollar los organismos nacionales de salud pública. Supone además que, en la consecución de su propósito, los organismos internacionales no perderán de vista que los logros perdurables y definitivos en salud pública no siempre han de beneficiar a las generaciones presentes, sino a las futuras. En mi opinión, debe constituirse como norma de trabajo de las oficinas ejecutivas el de que sus partes destacadas se compenetren de los problemas específicos de los países que han de beneficiarse, y que sólo sea a base de ese conocimiento previo, que se enuncien los consejos del caso.

El Salvador ha sido puntual cumplidor de sus obligaciones de orden financiero y de otro orden con los organismos internacionales de que forma parte. En esta oportunidad quiere expresar su fe y su optimismo en los altos destinos de la salubridad internacional. Muchas gracias.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Muchas gracias, Dr. Allwood Paredes. Ha sido para nosotros una suerte poder escuchar sus manifestaciones de optimismo. ¿Desea algún delegado hacer comentarios? No siendo así, a continuación tendremos la satisfacción de oír al Delegado del Ecuador. Tiene la palabra el Dr. Grunauer Toledo.

INFORME DEL SEÑOR DELEGADO DEL ECUADOR

El Dr. GRUNAUER TOLEDO (Ecuador): Señor Presidente: El Servicio Sanitario Nacional del Ecuador ha presentado un informe tanto en la parte descriptiva como en la estadística, que se ha distribuido a los señores delegados. Por tal motivo trataré de ser lo más breve en mi exposición, haciendo resaltar los puntos más importantes de la evolución sanitaria del país durante los últimos cuatro años.

La organización general no ha sufrido modificaciones, manteniéndose el servicio sanitario nacional como una división aparte en el Ministerio de Previsión Social y Sanidad, del cual dependen además, la Asistencia Pública y las Cajas de Previsión Social, las cuales también tienen un departamento especial para protección de la salud y tratamiento de sus asegurados. Sólo en lo que se refiere a sanidad propiamente dicha se destinan aproximadamente 45 millones de sucres anuales de un presupuesto total de 650 millones.

Dentro de las actividades sanitarias ha ocupado todavía en el país preferente atención el problema de las enfermedades transmisibles y así debemos mencionar los grandes esfuerzos que hemos debido realizar en el control de algunas de ellas. En tuberculosis, además de las organizaciones preexistentes para descubrimiento y tratamiento de enfermos, se intensificó notablemente la labor de prevención, especialmente por medio de la vacunación con BCG, habiéndose desarrollado en 1950-1951, un programa de vacunación en masa en cooperación con el UNICEF que significó la prueba de tuberculina en 700.000 personas de 1 a 20 años de edad y vacunación de 350.000 aproximadamente. Con posterioridad se continuó un programa permanente para lo cual, también con la cooperación del UNICEF, se estableció en el Instituto Nacional de Higiene un magnífico laboratorio para elaboración de vacuna, que pronto estará en condiciones de proveer a otros países que lo requieran. En relación con este mismo programa de tuberculosis se han establecido servicios completos para el estudio de fisiopatología respiratoria y un laboratorio central para el diagnóstico bacteriológico de tuberculosis, todo lo cual, unido a los establecimientos y organizaciones preexistentes, han hecho que se constituya un centro de estudios de tuberculosis, en el cual han comenzado a recibir entrenamiento becarios de otros países, enviados por la Oficina Sanitaria Panamericana. En malaria, la campaña iniciada en 1949 y de cuyas primeras actividades se dió informe en la Conferencia anterior, ha continuado desarrollándose con toda intensidad, aumentando cada año el número de casas protegidas hasta llegar prácticamente a un 90 por ciento del área afectada, aunque anomalías de orden económico y climatérico, ocurridas en los dos últimos años, no han permitido todavía llegar a la erradicación de la enfermedad, sino en zonas muy circunscritas. La población protegida es de 1.300.000 habitantes y los índices actuales verificados en personas sospechosas oscila de 0,5 a 1,5 por ciento.

El plan ha sido prácticamente terminado con la cooperación del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública en la zona noroeste del país, donde hubo antes una incidencia de malaria tan elevada que constituía verdaderamente una calamidad pública. Aparte del brote de fiebre amarilla selvática ocurrido en 1951 no se han presentado nuevos casos, pero ha continuado con todo vigor la práctica de vacunaciones en zonas vecinas a los focos descubiertos. En cuanto a la lucha contra el *Aedes aegypti*, éste se encuentra prácticamente erradicado pues solamente falta la comprobación definitiva en ciertos lugares donde antes fué positivo, pero negativo en las últimas inspecciones. Es interesante mencionar los importantes experimentos de lucha antivenérea por tratamiento en masa de la población expuesta, realizada en las ciudades de Portoviejo, Manta y Bahía con la cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana, cuyos estudios estadísticos

determinarán la efectividad definitiva del procedimiento; sin embargo, ya se ha organizado en Guayaquil un nuevo centro para efectuar la campaña con normas semejantes.

El Ecuador, con la cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana, está empeñado en la realización de un esfuerzo para lograr la erradicación de la viruela en el país, para lo cual se ha completado el equipo necesario para elaborar vacuna desecada en cantidad suficiente en el Instituto Nacional de Higiene, y se ha organizado un servicio dedicado especialmente a este objeto, que ya está laborando activamente. La persistencia y difusión de la rabia en el país, ocurrida de 10 años a esta parte, nos ha llevado a determinar la necesidad de establecer un laboratorio para producción de vacuna humana en el país, el cual está actualmente siendo instalado como anexo al Instituto Nacional de Higiene. Una de las más destacadas actividades de los últimos años es el movimiento iniciado ya, inclusive con conciencia nacional, hacia la defensa de la salud de la madre y del niño, el cual en gran parte ha sido promovido por el Servicio Sanitario Nacional que en colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana, la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF, ha reestructurado y ampliado el departamento nacional de higiene materno-infantil, creando nuevos centros de salud en Quito, Guayaquil, y otras cabeceras provinciales, para lo cual inclusive se han dictado cursos de capacitación, entre los cuales cabe destacar uno general de salud pública e higiene materno-infantil para médicos, dado en el Instituto Nacional de Higiene, el cual significa la reiniciación de cursos para especialistas en sanidad que proporcione el personal necesario para futuras actividades. Hace dos años creóse en el país una nueva institución descentralizada para la lucha contra el cáncer, la cual recibió un importante aporte del Gobierno nacional y ha iniciado sus actividades con la creación de un instituto para el diagnóstico y tratamiento e intensa campaña de educación, prometiendo una gran eficiencia en la defensa contra esta afección que, como en todas partes, cobra cada día mayor importancia en la morbilidad y mortalidad. Es motivo de profunda preocupación para las autoridades sanitarias del país el impulsar las labores de saneamiento ambiental que, por desgracia, están por la ley encomendadas a las autoridades locales (municipales), las cuales no siempre dan a este problema la primacía que le corresponde en las labores. Desde luego, se han efectuado algunos progresos con la colaboración del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, pero el Servicio Sanitario Nacional tiene el propósito de incrementar en lo posible estos trabajos mediante la absorción, usando facultades legales especiales, de rentas municipales que permitan su más cumplida aplicación a obras de saneamiento y mejoramiento ambiental.

Actualmente se encuentra en preparación este Departamento, y ha recibido ya la colaboración del ingeniero sanitario proporcionado por el Servicio Cooperativo Interamericano, y existe en preparación un programa que se llevará a término en colaboración con el Servicio Sanitario Nacional.

Para terminar, señor Presidente, deseo expresar, en nombre del Gobierno de mi país, nuestro profundo agradecimiento a la Organización Mundial de la Salud, por la ayuda proporcionada por intermedio de su Oficina Regional, a la Organización Panamericana, como organismo panamericano; al UNICEF; a

la organización que se llamó "Joint Enterprise", y al Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Muchísimas gracias, Dr. Grunauer. ¿Hay algún comentario o pregunta a formular sobre el informe del Dr. Grunauer? No siendo así, pasaremos a oír el informe del señor Delegado de Haití. Tiene la palabra el Dr. Pierre-Noël.

INFORME DEL SEÑOR DELEGADO DE HAITI

El Dr. PIERRE-NOËL (Haití) (*traducción del francés*): Señor Presidente, señores delegados: Tengo el honor de presentar, en nombre de la Delegación de la República de Haití, el resumen del informe de las actividades, desarrolladas en mi país durante los cuatro últimos años, encaminadas al mejoramiento de la salud de nuestro pueblo, de acuerdo con el objetivo fijado por el Departamento de Salud Pública. Estas actividades sólo constituyen, en realidad, una de las fases de la lucha emprendida para el mejoramiento de las condiciones de vida, por medio de la educación, el trabajo y la salud.

Grandes problemas dominan la patología de nuestro país, pero hay que destacar tres grandes endemias: en primer lugar, el pian, que hasta hace pocos años constituía el problema más grave por su índice de morbilidad y afectaba al 50% de nuestra población, en un país predominantemente agrícola. Gracias a la campaña llevada a cabo conjuntamente por el Gobierno de Haití, la Organización Mundial de la Salud, la Oficina Sanitaria Panamericana y el UNICEF, encaminada a la erradicación de esta enfermedad, podemos concebir grandes esperanzas, al cabo de tres años de esfuerzos, en los resultados hasta ahora obtenidos. Esta campaña de erradicación constituye, por el éxito alcanzado, uno de los mejores ejemplos de las ventajas que representa la cooperación sanitaria internacional. Ya esta mañana el Director de la Organización Sanitaria Panamericana ha puesto de manifiesto los grandes esfuerzos desarrollados y los resultados favorables obtenidos. Gracias a estos resultados, el pian, como enfermedad endémica, pasa a ocupar el cuarto lugar en nuestras preocupaciones desde el punto de vista sanitario.

Por lo tanto, la malaria pasa a ser sin duda alguna la enfermedad que domina la patología de nuestro país. También en este aspecto se han iniciado esfuerzos, y gracias a un acuerdo establecido entre el Gobierno de Haití y la Oficina Sanitaria Panamericana, se ha emprendido una campaña que tiene el doble objetivo de la erradicación del anopheles y, al mismo tiempo, la erradicación de la malaria, que constituye una grave amenaza en nuestras ciudades. El problema de la malaria es sumamente grave, puesto que, según una encuesta epidemiológica llevada a cabo en 1942 por el Gobierno de Haití y la Fundación Rockefeller, aproximadamente el 42% de la población de Haití sufría de malaria. Si los grandes trabajos de urbanismo emprendidos en las grandes ciudades han modificado considerablemente la situación desde el punto de vista palúdico, no es menos cierto que el problema persiste en su totalidad en las ciudades de importancia media y escasa y en las zonas rurales.

En el campo de la medicina rural que, como acabo de señalar, es el problema más importante para el país haitiano, el Gobierno, en el curso de estos tres últimos años, ha renovado totalmente el concepto de la medicina en el medio rural. En lugar de clínicas rurales semanales o de clínicas ambulatorias, ha creado servicios médicos permanentes en los medios rurales, haciendo promulgar una ley por la que se obliga a los jóvenes médicos que salen de la Facultad a que cumplan dos años de servicio en una zona rural. A fin de que el país pudiera obtener las máximas ventajas de esta ley, se ha creado en todo el territorio centros de salud, dispensarios y dispensarios-hospitales, al mismo tiempo que todos los jóvenes médicos recibían un curso de formación práctica de dos meses de duración en los diferentes servicios de medicina preventiva, al objeto de que pudieran familiarizarse con sus nuevas funciones.

Durante los tres últimos años se han construido nueve dispensarios-hospitales, ocho centros de salud y seis dispensarios, y se han reparado y mejorado las instalaciones de 43 dispensarios que existían anteriormente. En la actualidad, cincuenta y tres jóvenes médicos atienden a las poblaciones rurales aportando sus conocimientos científicos y su abnegación profesional. Otro aspecto del programa está en vías de ejecución en Haití, en relación con la administración de salud pública; teniendo en cuenta que una parte de esta última se basa en los servicios de laboratorio, hemos creado, gracias al apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana, un laboratorio de salud pública en la capital. Este laboratorio constituye una ampliación del de serología que estaba adscrito a la campaña de erradicación del pian. Un grupo de técnicos ya adiestrados pasará a formar parte de los otros equipos necesarios para la constitución del personal de dicho laboratorio.

El Gobierno ha continuado preocupándose especialmente de la formación de personal especializado. Si se tiene en cuenta, por un lado, el número limitado de profesionales haitianos y, por otro, la escasez de nuestros medios financieros, cabe decir que el Gobierno ha realizado un inmenso esfuerzo encaminado al perfeccionamiento de nuestros técnicos. Desde enero de 1950 a enero de 1954, treinta médicos siguieron cursos de ampliación de estudios en el extranjero, en las diferentes ramas de la medicina y de la salud pública. Durante el mismo periodo, 17 enfermeras, 9 dentistas, 3 estadísticos, 5 oficiales de policía sanitaria, 4 técnicos de laboratorio y dos educadores sanitarios cursaron estudios bien sea en Europa, Estados Unidos, América del Sur o Canadá. Todas estas becas fueron concedidas, ya sea por el Gobierno de Haití, la Organización Mundial de la Salud, el Instituto de Asuntos Interamericanos o la Fundación Kellogg. Aparte de estas becas de estudio, la Organización Mundial de la Salud ha ofrecido, a principios de 1954, otras posibilidades al Departamento de Sanidad mediante la concesión de becas de viaje a funcionarios que ocupan puestos de responsabilidad.

Todas estas mejoras han sido posibles gracias a la nueva política sanitaria que sigue el Gobierno, el cual, en tres años, ha aumentado en más del doble el presupuesto del Departamento de Salud Pública, que ha pasado de 8 millones de gourdes en 1950 a más de 16 millones en 1954, sin contar créditos extraordinarios que excedieron de ocho millones de gourdes.

Haití se preocupa seriamente del mejoramiento de las condiciones sanitarias de sus ciudadanos y, en consecuencia, contribuye a la realización del programa

de la Organización Sanitaria Panamericana. La Organización Mundial de la Salud, la Oficina Sanitaria Panamericana, el UNICEF y el Instituto de Asuntos Interamericanos han demostrado, en el curso de estas campañas desarrolladas conjuntamente con nosotros contra el sufrimiento y las enfermedades, una abnegación y un espíritu de cooperación a los que el Gobierno de Haití, por mi conducto, quiere rendir público tributo. Muchas gracias.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Gracias, Dr. Pierre-Noël. ¿Hay comentarios sobre este informe? No siendo así, preguntaremos a la Delegación de los Países Bajos si desea informar. Entiendo que no lo desea. Vamos a tener la satisfacción de oír el informe del señor Delegado de Francia. Tiene la palabra el Dr. Hyronimus.

INFORME RELATIVO A LOS DEPARTAMENTOS FRANCESES DE AMERICA

El Dr. HYRONIMUS (Francia) (*traducción del francés*): Señor Presidente: El informe, cuyo resumen tengo el honor de presentar, se refiere a la evolución sanitaria y demográfica de los Departamentos franceses de América desde la última Conferencia. Francia tiene la satisfacción de aportar su colaboración (desde el punto de vista estrictamente técnico, que es el que corresponde) a los organismos responsables de la salud en las Américas y de contribuir así a realizar la unidad de acción geográfica que resulta indispensable para la eficacia de las medidas sanitarias y sociales y cuya importancia ha recalcado el Director de la Organización Sanitaria Panamericana en su interesante exposición de esta mañana.

Si la Guayana Francesa sigue estando escasamente poblada, los Departamentos de Guadalupe y Martinica cuentan cada uno cerca de 300.000 habitantes; teniendo en cuenta que el territorio de Guadalupe mide 1.300 kilómetros cuadrados y el de Martinica 1.100 kilómetros cuadrados, la densidad de población de ambos Departamentos es sumamente elevada, ya que excede de 250 habitantes por kilómetro cuadrado. La organización sanitaria de estos Departamentos es parecida a la de los Departamentos de Francia Continental. Su situación sanitaria ha sido en conjunto satisfactoria durante los 4 últimos años. No se ha registrado ningún caso de enfermedad cuarentenable desde hace muchos años y cabe señalar, especialmente, que no se ha notificado ningún caso de viruela.

La fiebre tifoidea sigue manifestándose en forma endémica, sobre todo en ciertos sectores, y la combatimos principalmente mejorando las condiciones de abastecimiento de agua potable. Así, en la Martinica, por ejemplo, se ha instalado recientemente una gran red de abastecimiento de agua potable que sirve en la actualidad a todo el centro y sur del Departamento. Además, seguimos aplicando vacunaciones preventivas y sistemáticas, siempre que parece presentarse una amenaza.

Los casos de pian son escasos, pero reciben toda nuestra atención. La tuberculosis, así como las enfermedades venéreas, son objeto de una indagación sistemática de casos, método que vamos mejorando de año en año. La lepra es, sin duda alguna, uno de los azotes sanitarios y sociales que más nos preocupa. La indagación de casos, organizada ahora en forma regular, nos indica la fre-

cuencia relativa de esta afección. Por ello, hemos ampliado y mejorado notablemente los servicios de hospital, con el objeto de tratar en la fase más temprana posible, con los métodos modernos, todos los casos de lepra que se nos notifican. La bilharziasis nos preocupa igualmente. Predomina sobre todo en Guadalupe y en la región norte del Departamento de Martinica. La lucha antipalúdica y la lucha antiamarílica se llevan a cabo con toda la intensidad deseable y compatible con nuestros medios financieros. En la Guayana (el doctor Floch lo explicará a continuación, ligando con mi exposición) se ha conseguido la erradicación total de los *Stegomyia*, y está ahora a punto de lograrse prácticamente la del *Anopheles vector*.

En Martinica, así como en Guadalupe, se están desarrollando campañas que permiten esperar buenos resultados. He de añadir que si en Guadalupe se encuentra por igual el *Anopheles* y el *Stegomyia*, en Martinica, por el contrario, hemos de luchar prácticamente contra los *Stegomyia*.

La higiene maternoinfantil ha recibido igualmente, durante los últimos años, toda nuestra atención. Hemos organizado numerosos consultorios, tanto para madres como para niños de pecho. Su eficacia ha sido considerable, ya que la mortalidad infantil ha descendido a una tasa que no excede en la actualidad de 50 a 55 por mil, tasa que estimamos relativamente satisfactoria y que esperamos mejorar incluso en el futuro. Se han perfeccionado notablemente los servicios de hospitales en los tres Departamentos. Están en curso de ejecución importantes trabajos en este aspecto. Así, por ejemplo, procedemos actualmente a la creación, en el mismo Fort-de-France, de un nuevo hospital maternoinfantil, que comprende un importante servicio de maternidad, de más de 100 camas, y servicios de cirugía y medicina infantil, de 50 camas cada uno. Hace dos años se estableció en Martinica un sanatorio de 100 camas que en la actualidad funciona de manera muy satisfactoria y en el que se aplican los tratamientos más modernos. Asimismo en Martinica se ha establecido un hospital psiquiátrico que próximamente contará con 250 camas. Como he señalado anteriormente, hemos creado nuevos servicios para la hospitalización y el tratamiento de enfermos leprosos. En Fort-de-France acaba de inaugurarse un servicio de 100 camas y próximamente comenzará a funcionar uno nuevo en el Departamento de la Guayana Francesa.

Estos resultados obtenidos en el curso de los últimos años permiten, por tanto, valorar el esfuerzo que hemos realizado en nuestros tres Departamentos franceses de América.

Una de nuestras grandes preocupaciones es la importancia de la población de los Departamentos de Guadalupe y Martinica. Este problema nos preocupa mucho, ya que, evidentemente, cuanto mayor es la población en un territorio tan limitado, más difíciles llegan a ser las condiciones de vida, y nuestras preocupaciones aumentan cada día como consecuencia, precisamente, del aumento de la natalidad. Se puede calcular actualmente que la población aumenta en 8.000 habitantes por año en cada uno de los Departamentos de Martinica y Guadalupe.

Finalmente, si ustedes tienen a bien, mi colega el doctor Floch expondrá a continuación los notables resultados obtenidos en la lucha antipalúdica en la Guayana Francesa.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Muchas gracias, Dr. Hyronimus. Tiene la palabra el Dr. Floch.

INFORME RELATIVO A LA GUAYANA FRANCESA

El Dr. FLOCH (Francia) (*traducción del francés*): Señor Presidente, señores delegados: En la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, como complemento al informe general presentado por Francia, leí una nota sobre "los resultados de la pulverización con DDT en la Guayana Francesa: exterminación del *Aedes aegypti* y disminución espectacular del paludismo." Desde entonces hemos proseguido nuestros esfuerzos. ¿Cuál es nuestra situación actual? En primer lugar, cabe señalar que desde hace cuatro años no se ha encontrado un solo ejemplar de *A. aegypti* en la Guayana Francesa. Ya no hay problema en este aspecto. En segundo lugar, cabe citar otro hecho: que el paludismo ha disminuido considerablemente, desde 1950, en nuestro Departamento sudamericano. Esto se debe únicamente a nuestras pulverizaciones en el interior de las casas con insecticidas de acción residual (especialmente el DDT).

De 164 especies de mosquitos, que desde 1938 hemos identificado en el Instituto Pasteur de Cayena, contamos con 21 especies de *Anopheles* de importancia indudable desde el punto de vista de la transmisión natural del paludismo. El *A. darlingi* era de mucho mayor peligro que los demás y se encontraba, antes de nuestras campañas, en todas partes del Departamento, salvo en Cayena. Entre los *Plasmodium*, el *P. falciparum* era, con mucha diferencia el que más predominaba, pues se hallaba presente en el 80% de los casos. El *P. vivax* representaba sólo el 18% del total y el *P. malariae* era muy raro.

La endemoepidemia palúdica conservaba la forma endémica en las estaciones de lluvias, pero llegaba a ser francamente epidémica en las estaciones de sequía; era en este momento cuando se presentaban frecuentemente los ataques peligrosos, de pronóstico a menudo fatal. Los diversos índices palúdicos eran importantes, especialmente en las zonas rurales. Más adelante trataremos de nuevo este aspecto.

En esas condiciones era verdaderamente difícil que el agricultor, el leñador o el minero pudieran trabajar en forma eficiente.

Hemos expuesto detalladamente las condiciones de nuestras cinco primeras campañas de pulverización con DDT; la séptima está actualmente a punto de terminarse. Todas las regiones habitadas de la Guayana, incluso en el nacimiento de los ríos, son tratadas una vez al año.

Veamos ahora rápidamente nuestros principales resultados: A partir del mes de febrero de 1950 se registró un descenso espectacular de la morbilidad palúdica. Desde entonces el paludismo, en nuestro Departamento sudamericano, ha seguido experimentando una reducción radical: de un 93% en 1952, alcanza actualmente, en 1954, un 98,6%.

El índice esplénico había descendido en la Guayana ya en 1952, de 17 a 2,2; el índice plasmódico de 10 a 0,3; el índice gamético quedó reducido a cero, en tanto que antes era igual a 2,2; y el índice endémico de Ross, que antes de la pulverización con DDT era de 26, pasó a ser igual a 2,6 después de ella. Los

exámenes que hemos efectuado en 1953 y 1954 nos han revelado, por otra parte, que el índice esplénico (con sus derivados) ha descendido posteriormente en grado considerable en el interior.

Desde el comienzo de nuestras campañas de pulverización afirmamos que nuestro balance demográfico pasaría a ser favorable mientras que antes siempre había sido desfavorable. Los resultados de la aplicación del índice vital de Pearl, cada año, muestran efectivamente un aumento notable de la población tanto en Cayena como en las Comunas, lo que se ha alcanzado por primera vez en la historia de la Guayana como consecuencia de la pulverización; el índice que antes era inferior a 100, excedía netamente de 200 a fines de 1953.

Basándonos en el costo de los días de hospitalización y en la reducción en 1950 (reducción que se ha acentuado durante los años siguientes) del número de estos días de hospitalización debida a paludismo, hemos calculado que la economía anual que se deriva de la lucha antipalúdica representaba el doble aproximadamente del costo del funcionamiento del servicio. E incluso, esta evaluación era muy inferior a la realidad. Por otra parte, teniendo en cuenta la valoración de la vida humana (evaluación capital en un país como el nuestro en que escasea la mano de obra) hemos podido determinar que, también anualmente, esta lucha antipalúdica en la Guayana Francesa representaba una economía que se calcula en 100 a 150 veces el importe de su costo.

Desde el punto de vista del anofelismo, señalaremos que no hemos observado hasta ahora ninguna indicación de una resistencia real al DDT por parte del *A. darlingi* en la Guayana Francesa, y creemos que no hay razón alguna para suponer que el *A. darlingi* (zoófilo) sea menos sensible al DDT que el *A. darlingi* doméstico (andrófilo) y que pueda perder esta sensibilidad por el hecho, si se presentara, de una reinvasión, procedente de la selva, a las regiones habitadas por el hombre.

Cabe decir que ya no es posible discutir, en modo alguno, en cuanto a la lucha antipalúdica, los excelentes resultados sanitarios, demográficos, sociales y económicos que hemos obtenido en nuestro Departamento francés de América del Sur. Muchas gracias, señor Presidente.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Gracias por este informe que ha tocado otro aspecto de la relación existente entre la economía y la salud. El informe que acabamos de escuchar destaca la contribución de la salud a la economía.

Con el beneplácito de los señores delegados daremos por terminada la sesión de hoy, a fin de que la Comisión General pueda reunirse alrededor de las 17 horas 30 minutos. Si no se presenta objeción a la propuesta que acabo de formular, después de la información que ha de comunicarles el señor Secretario, levantaremos la sesión.

El SECRETARIO: Señor Presidente, la Comisión General había sido citada para las 12 horas 45 minutos de hoy, pero por haberse prolongado la sesión de la Comisión II no pudo reunirse y deberá hacerlo esta tarde, con el objeto de fijar el orden del día del lunes próximo.

Los países inscritos para presentar los informes cuatrienales el lunes, son; los Países Bajos, Panamá, Chile, Cuba, Guatemala, Perú, Bolivia, el Reino Unido, Paraguay y los Estados Unidos de América.

Se levanta la sesión a las 17 horas.

QUINTA SESION PLENARIA

Lunes, 11 de octubre de 1954, a las 9 h. 30 m.

Presidente: Dr. SERGIO ALTAMIRANO P. (Chile)

Después

Dr. OSCAR VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica)

Dr. W. PALMER DEARING (Estados Unidos)

El PRESIDENTE: Se abre la sesión. En primer lugar, el señor Secretario dará una información. Tiene la palabra el señor Secretario.

El SECRETARIO: Señor Presidente, como inmediatamente después de la primera sesión de la Comisión I sobre Asuntos Técnicos se procederá a instalar a los tres grupos de trabajo para los temas que se han designado, respecto de: a) datos estadísticos, b) el control de las diarreas infantiles y c) la aplicación de métodos de educación higiénica en las zonas rurales, a las 11 de la mañana, en el receso, se distribuirán unas hojas a los señores delegados, con objeto de que se inscriban en los grupos de trabajo.

Me permito recordar a los señores delegados que se efectuará también, a las 3 de la tarde, la segunda sesión de la Comisión II, sobre Asuntos Administrativos.

Esto quiere decir que esperamos para la tarde que los señores delegados, con sus suplentes y asesores, se hallen distribuidos de tal manera que, al mismo tiempo, estén funcionando cuatro diferentes grupos: una comisión principal, la Comisión II, en el Salón Sur y, además, los tres grupos de trabajo.

Con objeto de que podamos contar con la asistencia de todos, es necesario que sepamos, y que los señores delegados sepan exactamente, adonde piensan ir. Por eso hemos solicitado la atención de ustedes, al principiar la sesión, con objeto de que a las 11 de la mañana podamos ya tener una idea del tamaño, especialmente de los grupos de trabajo, para dar este salón al grupo de trabajo que tenga la mayor cantidad de concurrentes, y los otros dos salones a los otros grupos de trabajo compuestos aproximadamente de treinta personas.

Un segundo anuncio para ustedes, señores delegados, se refiere a los documentos de la Conferencia. Como ustedes habrán visto, en la página 3 del Diario número 5 de la Conferencia se leen los nombres de los Vicepresidentes de Honor que asisten a la misma. La proposición del Delegado de Cuba es que sean Vicepresidentes de Honor los Ministros de Salud Pública de todos los países americanos. Se hará la aclaración correspondiente en los números siguientes, aunque como ustedes saben el Diario se publica únicamente a título de información de los señores delegados.

Si hay alguna aclaración que los señores delegados desean, a las 11 de la mañana estaremos a sus órdenes para contestarla.

El PRESIDENTE: La sala ha escuchado la información del señor Secretario. El señor Delegado del Ecuador ha pedido la palabra. Tiene la palabra el Dr. Grunauer.

Vicepresidentes de Honor de la Conferencia

El Dr. GRUNAUER (Ecuador): Ruego al señor Secretario se sirva darme una explicación—porque no lo he podido escuchar bien—respecto de la proposición del señor Delegado de Cuba de designar Vicepresidentes de Honor a todos los Ministros de Salud Pública de América. No he oído bien su información, pero me pareció que tal designación se refería sólo a los Ministros presentes en esta Conferencia. Ruego al señor Secretario que me informe sobre el particular.

El SECRETARIO: La proposición del señor Delegado de Cuba se refería a los Ministros de Salud Pública de todos los países de América, presentes o ausentes.

El Dr. GRUNAUER (Ecuador): No se ha distribuido ninguna comunicación.

El SECRETARIO: Figura en el Diario, pero el Diario no es un documento oficial de la Conferencia sino un documento auxiliar.

El Dr. GRUNAUER (Ecuador): Por eso pedí una explicación.

El PRESIDENTE: ¿Alguna otra observación? Si nadie tiene observaciones que formular, entramos a considerar el primer punto del orden del día, es decir, las Discusiones Técnicas y los Informes de los Estados Miembros sobre sus condiciones y progresos sanitarios alcanzados en el período transcurrido entre la XIII y la XIV Conferencias Sanitarias Panamericanas.

Están inscritos, según el orden de precedencia, las siguientes delegaciones: Países Bajos, Panamá, Chile, Cuba, Guatemala, Perú, Bolivia, Reino Unido, Paraguay y Estados Unidos de América.

Corresponde, por consiguiente, hacer uso de la palabra al señor Delegado de los Países Bajos. Tiene la palabra el Dr. Van der Kuyp.

Tema II-A: Discusiones Técnicas: Informes de los Estados Miembros sobre sus Condiciones y Progresos Sanitarios Alcanzados en el Período Transcurrido entre la XIII y XIV Conferencias Sanitarias Panamericana (continuación)

INFORME RELATIVO A SURINAM

El Dr. VAN DER KUYP (Países Bajos) (*traducción del inglés*): Surinam tiene una extensión aproximadamente cuatro veces y media mayor que la de los Países Bajos, pero la mayor parte de su superficie está inhabitada o bien es selva virgen. La población total es aproximadamente de 250.000 habitantes y está formada por mulatos, indios, indonesios, negros, indios americanos, chinos, europeos, etc., los cuales coexisten pacíficamente. Los extranjeros a menudo dicen que Surinam es un ejemplo de las Naciones Unidas.

El interior está prácticamente inhabitado, si se exceptúan indios americanos y negros de la selva. La mayor parte de la población vive en la región de la costa. Más de un tercio vive en la capital, Paramaribo.

El presupuesto para todo el servicio médico fué de unos dos millones y medio

de gildas del Surinam en 1949 y de cuatro millones y medio aproximadamente en 1953.

Hay más de cien médicos, dos tercios de los cuales se hallan al servicio del Gobierno. Aproximadamente veinticinco médicos son especialistas formados en Europa o en los Estados Unidos de América.

El país está dividido en veintisiete distritos médicos. Hay catorce hospitales generales que tienen en conjunto unas mil doscientas camas.

En 1944 se estableció una Oficina de Salud Pública, con cuatro funcionarios, para prestar servicios médicos preventivos. En 1949 el personal era de casi cien individuos y, al final de 1953, de más de doscientos cincuenta. Actualmente, esta Oficina tiene más de treinta secciones.

La Administración de Operaciones en el Exterior y el Gobierno de Surinam firmaron un acuerdo para establecer centros rurales de salud.

En la zona para la cual se tienen datos, la tasa de mortalidad es de 9,7 por mil habitantes; la tasa de natalidad es de 37,8. Por lo tanto, el excedente de nacimientos es de 28,1 por mil habitantes. La mortalidad infantil es de 45 por mil nacidos vivos.

Surinam tiene una escuela de medicina y escuelas para farmacéuticos, enfermeras, matronas, ayudantes de farmacéuticos y técnicos de laboratorio.

En general, las condiciones de vivienda son malas. Sin embargo, se está construyendo en los suburbios un número cada vez mayor de casas nuevas. Varios barrios nuevos se están agregando a la capital. En uno de estos se han construido más de mil casas nuevas de concreto. En la capital se están eliminando muchas viviendas de las de pésima calidad. En su lugar se está construyendo un gran número de casas más grandes y mejores. El programa de construcción mediante apoyo a la iniciativa propia se inició en Surinam en 1952 y sirve de modelo a países vecinos. Las compañías de bauxita y otras construyen casas bien acondicionadas. En las demás regiones rurales, las casas son generalmente de construcción muy primitiva.

La capital ha tenido un excelente suministro de agua desde 1933. Nunca se ha encontrado *Escherichia coli* en el agua. El número de bacterias es de dos a seis por centímetro cúbico. Sin embargo, el contenido en flúor es insuficiente. En las explotaciones de bauxita y en algunas fincas el suministro de agua es también bueno. En las demás regiones rurales el agua todavía es inadecuada.

Debido a las mejores condiciones económicas, la población en general consume alimentos más apropiados. Sin embargo, muchas personas sufren de desnutrición parcial. Alrededor de dos mil trescientos escolares reciben almuerzo gratuito todos los días de clases. Hace unos pocos meses, el UNICEF empezó a suministrar leche desnatada desecada para los niños que empiezan a andar, escolares, mujeres embarazadas y las lactantes.

En 1949, un especialista en tuberculosis entró al servicio del Gobierno. En 1950, se abrió un pequeño servicio antituberculoso, bien equipado. En 1953, comenzó a funcionar un hospital moderno para tuberculosos. Este año se ha construido un amplio y moderno consultorio para tuberculosis.

Dentro de pocos meses se iniciará, con la ayuda de la Organización Sani-

taria Panamericana y del UNICEF, una campaña de BCG en masa. El propósito de esta campaña es la prevención de la tuberculosis y también de la lepra.

Gracias al tratamiento con DDS (diamino diferil sulfonas) muchos pacientes que sufrían de lepra han sido dados de alta del leproario. Las dimensiones de la antigua clínica ambulatoria, que era demasiado pequeña, han sido quintuplicadas. En 1931 se inauguró una escuela especial para niños sospechosos de tener lepra. En los últimos dos años también se ha admitido a niños que sufrían de lepra tuberculoidea. Estos niños permanecen en la escuela desde las 7 de la mañana hasta las 5 de la tarde, incluso los sábados y los días festivos. Comen y se bañan en la escuela. Tienen un jardín y un patio de recreo. Se encuentran bajo una estricta atención médica diaria.

En 1949, se empezó el rociamiento de las viviendas con DDT al 5% en kerosene. En varias partes del país se ha erradicado el *Aedes aegypti*. En 1952, el Consejo Legislativo tomó una decisión según la cual todos están obligados a someterse a las medidas prescritas para la destrucción de los mosquitos. En 1953, el UNICEF ofreció ayuda para el programa de control de insectos, por un período de dos años. La Oficina de Salud Pública suministra a los indigentes mosquiteros a muy bajo precio y, si es necesario, gratuitamente.

El porcentaje de patios infestados con larvas de *Aedes aegypti*, en la capital, era de 42,1 antes del rociamiento. Después del comienzo de éste, el porcentaje fué de aproximadamente 5 en la estación lluviosa y bajó hasta 0,4 en las épocas secas. Sin embargo, en enero de 1953, el porcentaje subió de nuevo hasta 12,2.

Al principio, pensé que esto se debía a *A. aegypti* resistentes al DDT, pero afortunadamente los estudios del Sr. Hobbs, del Dr. Browning y míos demostraron que una parte del DDT utilizado no cumplía con las normas requeridas.

De acuerdo con los resultados de la prueba de neutralización en ratones, existe fiebre amarilla selvática. Las personas que viajan hacia el interior son vacunadas contra la fiebre amarilla con la vacuna 17D, preparada en el Instituto de Higiene Tropical y de Patología Geográfica de Amsterdam. Desde 1935, dicho Instituto ha examinado muestras de sangre procedentes del Surinam, en busca de fiebre amarilla. Actualmente, este estudio se está llevando a cabo en una escala mucho mayor que antes.

La malaria está disminuyendo constantemente en la región costera. En 1931, el número de casos nuevos de malaria notificados por los médicos del Estado fué cerca de catorce mil. El año pasado, este número fué de 769.

En 1949, se organizó el control de la filariasis. Se inauguraron dos servicios especializados de consulta. Se han examinado más de cincuenta mil habitantes de la capital. El 17,4% tenía *Microfilariae bancrofti* en la sangre. El 80% de estas personas fué tratado con hetrazán. De las personas tratadas, alrededor de un 80% no tuvo microfilarias en la sangre durante el primer año siguiente al tratamiento. En las zonas rurales, el porcentaje de personas infectadas con microfilarias es mucho más bajo.

El PRESIDENTE: Se agradece la información proporcionada por el señor Delegado de los Países Bajos.

Corresponde hacer uso de la palabra al señor Delegado de Panamá. Tiene la palabra el Dr. Bissot.

INFORME DEL SEÑOR DELEGADO DE PANAMA

El Dr. BISSOT (Panamá): Al discutir el informe cuadrienal que Panamá presenta a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, me limitaré a hacer algunas observaciones, ya que en la parte narrativa de dicho trabajo se dan explicaciones detalladas.

De las enfermedades transmisibles mencionadas en dicho informe, ni la peste ni la viruela existen en Panamá. Sin embargo, se ha establecido una campaña permanente de vacunación contra la viruela en todo el país.

La incidencia de la lepra, tifo murino, buba y difteria es sumamente baja y ninguna de ellas constituye un problema para la nación. El control de la última enfermedad y de la tos ferina se efectúa a través de las Unidades Sanitarias, mediante programas de inmunización que abarcan a toda la población infantil.

En cuanto a los enfermedades venéreas, ha habido una disminución en los casos de sífilis, pero es aún más importante el hecho de que durante el último año no hemos recibido notificación de ningún caso de sífilis congénita.

A pesar de que se ha intensificado la lucha contra la malaria y de que mediante las obras de desagüe y drenaje y los trabajos de dedetización se protege alrededor de la tercera parte de la población y se cubre aproximadamente el 65% de la zona endemoepidémica, el paludismo todavía constituye un serio problema.

Hemos tenido más éxito en la lucha contra la fiebre amarilla, ya que, desde 1951, no se ha denunciado ningún caso de esta enfermedad en su forma selvática, de la cual apareció un brote en 1948. También es de suma importancia el dato de que en los estudios efectuados en los últimos años no se ha podido encontrar *A. aegypti* en el istmo.

Ha mejorado también el problema de la tuberculosis, mediante la campaña de vacunación con BCG en masa, el servicio de radiografías para las colectividades, la inauguración de un moderno hospital para tuberculosos y el ensanche de las unidades de aislamiento en distintos hospitales del Estado.

En vista de la alta mortalidad infantil, especialmente en la zona rural, el Departamento de Salud Pública ha dirigido sus esfuerzos a la protección de madres y niños. Con tal fin, y con la ayuda de la Organización Mundial de la Salud, del UNICEF y de otros organismos internacionales, ha emprendido un amplio programa de salud pública rural. Este trabajo se ha caracterizado por una reorganización total, tanto en las oficinas centrales como en las de campo, y por la coordinación e incremento de los actuales servicios de Salud Pública, con miras a su extensión a las zonas más apartadas.

Base fundamental para el éxito de este programa es el adiestramiento, que se lleva a cabo tanto en el nivel internacional como en el nivel nacional, del personal técnico profesional y auxiliar que presta servicio en el Departamento.

Se acondiciona en la actualidad una unidad sanitaria modelo, que servirá de centro de demostración y de adiestramiento; y se ha aumentado el número de camas destinadas a la atención de partos en la zona rural, mediante el establecimiento de anexos maternos, en cuatro de las 23 Unidades Sanitarias que funcionan en el país.

En los pueblos apartados de los centros urbanos, bajo la vigilancia de médicos y enfermeras de las Unidades Sanitarias, prestarán servicio auxiliares de enfermería. Este personal sanitario, cuidadosamente seleccionado y preparado mediante un curso teórico y práctico intensivo de once meses, y después de trabajar primero en la misma Unidad Sanitaria, va a suplir en las comunidades rurales lejanas la carencia de personal profesional de enfermería.

Esta breve descripción da una idea del trabajo que se ha venido efectuando en mi país durante los últimos años.

Me permito poner en manos de la Mesa Directiva de esta magna Conferencia Sanitaria Panamericana una copia del programa de salud pública rural de Panamá para que, si lo considera conveniente, coloque este documento en la biblioteca, a disposición de los señores Delegados. Dicho trabajo, preparado durante los últimos dos años con la colaboración de la Organización Mundial de la Salud y de otros organismos internacionales, y debidamente aprobado, contiene no sólo los datos generales de nuestra República, tanto en lo referente a historia, geografía, gobierno, población y estadística vital, sino también un resumen de los problemas sanitarios y económicos sociales del país, un estudio de los recursos disponibles y la descripción de la organización del Departamento de Salud Pública y de las actividades que realizamos actualmente.

Para terminar, señores delegados, sólo quiero mencionar que de un presupuesto anual de más de 40 millones de dólares, la salud pública y la educación nacional consumen en mi país el 50% de los gastos totales de la nación.

El PRESIDENTE: La Mesa agradece la interesante exposición hecha por el señor Delegado de Panamá.

Pasa a ocupar la presidencia el Dr. Vargas Méndez (Costa Rica).

El PRESIDENTE: El señor Delegado de Ecuador ha solicitado hacer uso de la palabra.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): He pedido la palabra para expresar nuestra complacencia al escuchar la lectura del resumen del informe del señor Delegado de Panamá y, sobre todo, por la impresión que nos ha causado una información que él incluye en su resumen, relativa a la elevada proporción que del presupuesto nacional se destina para gastos de sanidad. Si no he entendido mal, el señor delegado habló del 50%.

El Dr. BISSOT (Panamá): El 50% se dedica a salud pública y educación nacional.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): De todas maneras, constituye un porcentaje muy elevado para esas dos actividades fundamentales de la vida de un país, que tan directamente nos interesan. Creo que realmente vale la pena hacer resaltar en esta Conferencia un hecho tan significativo, que demuestra la preocupación profunda de un país por sus obras sanitarias y educativas. Realmente, si nosotros en muchas ocasiones solicitamos de los Gobiernos Miembros la mayor dedicación a los problemas de salud pública y de educación, tan conexos, creo que cuando tenemos la oportunidad de escuchar una información de este carácter, tenemos el deber de dejar constancia de nuestra satisfacción por la atención dada en forma

tan preferente a los problemas sanitarios y de educación. De modo que he querido interrumpir el curso de las exposiciones, para hacer constar esta satisfacción que, si fuera la misma en los demás señores delegados, me gustaría que quedara como expresión de la Conferencia.

El PRESIDENTE: Muchas gracias. Estoy seguro Dr. Montalván, de que la mayoría de los delegados está de acuerdo con lo expresado por usted; y así se hará constar. Corresponde hacer uso de la palabra al señor Delegado de Chile. Tiene la palabra el Dr. Valenzuela.

INFORME DEL SEÑOR DELEGADO DE CHILE

El Dr. VALENZUELA (Chile): En el período cuadrienal transcurrido desde que se celebró en Ciudad Trujillo la Conferencia Sanitaria Panamericana que precedió a la actual, se ha producido en Chile un hecho de gran magnitud, cual es la creación del Servicio Nacional de Salud. Por ello, hemos creído conveniente, variando el curso tradicional de estas exposiciones, presentar ante Uds. las principales características de este Servicio, sus problemas, su organización, sus recursos y bases programáticas.

El 9 de agosto de 1952 fué promulgada la Ley No. 10.383, que creó el Servicio Nacional de Salud. Han transcurrido dos años desde la promulgación de la ley y estamos viviendo la experiencia de su aplicación.

El propósito de este informe es presentar ante ustedes los problemas básicos con que se enfrenta el Servicio. Con esta intención se describirán las características y condiciones de la población que tenemos a nuestro cuidado, la estructura orgánica que se ha dado al Servicio y los recursos financieros, materiales y humanos con que cuenta. Como corolario de lo anterior y con estos antecedentes expondremos, por último, los fundamentos para la formulación de los programas y para la discusión de sus prioridades.

I. CARACTERÍSTICAS DE LA COLECTIVIDAD

A. Condiciones Geofísicas y de Comunicación

1. *Descripción del Medio Físico.*—La configuración larga y angosta del territorio de Chile condiciona parte de los fenómenos económico-sociales del país por las grandes diferencias climáticas y de producción que involucra, así como por las dificultades de comunicación.

Se describen de norte a sur cinco regiones naturales: la zona de los desiertos, extensa y árida meseta productora de nuestras principales riquezas mineras, cuya población se concentra en las plantas de salitre y de cobre y en los puertos de embarque de estos productos. Más al sur, una zona minera-agrícola en que alternan fértiles valles transversales, productores de fruta y de forraje, con minerales de hierro, cobre, oro y manganeso. Viene luego el Valle Longitudinal, la región más densamente poblada del país, donde se agrupan las principales industrias. Es también zona agrícola, rica en viñedos, frutas y legumbres, en su

parte norte; productora de carnes, leche, cereales y maderas más al sur y que comprende, además, la región carbonífera del país. Luego, la zona de los canales, con grandes reservas de madera, rica en ganado, con población muy escasa y dispersa, cuyas actividades principales giran alrededor de la crianza de ovejas. Por último, la zona antártica, el desierto blanco del sur del país, inexplorado, pero con una posible riqueza potencial en industrias extractivas.

2. *Comunicaciones y Transporte.*—Las condiciones geofísicas esbozadas señalan la importancia vital que para este país tienen las vías de comunicación. Existe una extensa red ferroviaria longitudinal completada con una serie de ramales a las principales ciudades del territorio. Paralela a ella hay una red caminera que la complementa parcialmente.

La ruta marítima no tiene la importancia que lógicamente debería esperarse en un país con 4.000 kilómetros de costa, y el transporte aéreo aun cuando se ha desarrollado considerablemente representa sólo una pequeña fracción del transporte local, correspondiendo su actividad principal a la conducción de pasajeros.

B. Demografía

1. *Población.*—La población del país alcanzó, según el censo de 1952, a un total de 5.930.000 habitantes. Ha aumentado en los últimos 10 años en razón de 1,8% anual y su densidad actual es de 7,3 habitantes por km.², excluida la Antártica. En relación con el área habitada aprovechable la densidad alcanza a 28 habitantes por km.²

La presión de emigrar es mínima, pero, en cambio, es notable la presión demográfica que provoca el desplazamiento de grandes masas de un área a otra del país. La población tiende a concentrarse en las grandes ciudades y centros industriales, razón por la cual la distribución urbana y rural que era en 1875 de 27 y 73%, respectivamente, viró en 1952 a 60 y 40%. La provincia de Santiago concentra cerca de una tercera parte de la población total del país. El 45% de ésta reside en 67 ciudades de más de 5.000 habitantes, mientras que el 38% se dispersa en 33.000 villorrios de menos de 500 habitantes.

La distribución por grupos de edades (1952) permite afirmar que la población de Chile es joven. Al grupo de 0 a 14 años corresponde el 37,3% del total; al de 15 a 54 el 53,3% y al de 55 y más el 9,2%. Señalaremos también que, paralelamente a una disminución en la proporción de niños, se está observando un aumento en el número de personas de 55 años y más.

2. *Natalidad.*—Las tasas de natalidad han tenido un ritmo ligeramente decreciente desde 1917 en que era de 43,3 por 1.000 habitantes, hasta 1952 en que fué de 36,6 por 1.000. Este leve descenso no guarda proporción con la rápida baja de la mortalidad general, lo que se traduce en un aumento considerable del índice vital de la población. Mientras dicho índice, es decir, la relación entre la natalidad y mortalidad era de 1,5 en 1917, fué de 2,7 en 1952. Estas cifras, unidas a la inmigración, explica el aumento considerable de la población del país.

3. *Tasa Cruda de Mortalidad.*—Entre los años 1917 y 1952 se observó un descenso constante de las tasas de mortalidad.

El año 1919 se registró una tasa de 36,6 mientras que en 1952 la cifra

alcanza sólo al 13,8 por mil. En otras palabras, en un lapso algo superior a 30 años, la tasa de mortalidad se ha reducido casi a un tercio de su valor primitivo.

En todo caso, a pesar de este rápido descenso, nuestra tasa es aún alta, lo que se evidencia si consideramos que en 1951 Estados Unidos y Canadá tuvieron tasas de 9,7 y 9,0, respectivamente.

La disminución de la mortalidad infantil, de la tuberculosis y de algunas enfermedades epidémicas, juega, al igual que en otros países, un rol fundamental en la declinación de esta curva.

(a) *Mortalidad por causas.*—Si se estudia la mortalidad por causas específicas, puede observarse una gran variación en los últimos años. En 1948, la mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio ocupó el primer lugar, seguida por la tuberculosis, afecciones del aparato digestivo, circulatorio, enfermedades propias del primer año, sistema nervioso, accidentes y cáncer. En un período de sólo 3 años, se observa una notable variación. En 1951, la tuberculosis baja del segundo al cuarto lugar y el cáncer sube del octavo al sexto. Este cambio se acentúa en 1953 de tal manera que el número de muertos por cáncer supera a los de tuberculosis.

(b) *Mortalidad infantil.*—Se observa un descenso paralelo al de la mortalidad general. De 247,8 por 1.000 en 1920 bajó a 121,8 por 1.000 en 1952, que sigue siendo una de las más altas que se registran en América. En Estados Unidos la cifra para 1951 fué de 28,6, es decir, 4 veces inferior a la de Chile. Pensamos que las diferencias que se aprecian entre Chile y otros países de América Latina pueden ser influenciadas por un mejor registro de los nacimientos y de las muertes de menores de un año.

C. Condiciones Socio-Económicas de la Población

1. *Nutrición.*—Existe en la alimentación chilena un déficit cualitativo y cuantitativo. El promedio de calorías consumidas por individuo fué de 2.360 para el año 1950, lo que está por debajo de los niveles aceptables. Esta deficiencia es particularmente acentuada en lo que se refiere a las proteínas, en especial a las de origen animal, cuya proporción sólo alcanza a un 25% del total. El déficit se hace extensivo además al calcio, fósforo, vitamina C y grasas vegetales. Esta situación está condicionada a una insuficiente producción y a la dificultad de importar alimentos en la cantidad que el país requiere. Este estado de subalimentación constituye en Chile, y en otros países de América Latina, uno de los más serios problemas.

2. *Vivienda.*—La vivienda es escasa e inadecuada. El censo de 1940 permitió verificar este hecho y el censo de 1952 lo pone nuevamente en evidencia. Tabulaciones provisionarias de este último señalan que el 24% de la población del país, o sea 1.400.000 personas, se alojan en viviendas inapropiadas. El crecimiento de la población a un ritmo de 95.000 personas por año y los requerimientos mínimos de reemplazo, fijados en 1,5% anual, determinan la necesidad perentoria de 33.000 casas por año independientemente del actual déficit de 300.000 viviendas. El ritmo actual de construcción está por debajo de las necesidades. El 24% de la población urbana y el 28% de la rural no tienen abasto domiciliario de agua de red pública y se surte por norias, acequias u otros sistemas. En cuanto a la eliminación de excretas, es deficiente para el 44% de la población urbana y el 87% de la población rural. De la población urbana, el 37% no tiene baño domiciliario y la pobla-

ción rural, en sus dos terceras partes, tampoco cuenta con instalaciones para este propósito. El Supremo Gobierno, consciente de este problema, está tomando medidas tendientes a aminorarlo.

3. *Educación.*—El índice de analfabetismo, que es de 26% en el país, se ha mantenido casi estable en los últimos años. Una muestra del censo de 1952 señala que este índice oscila entre un 14,5% en las provincias predominantemente urbanas y un 40% en las provincias predominantemente rurales.

D. Resumen y Comentario

1. La configuración del territorio nacional determina la existencia de zonas con características climáticas de producción, riqueza y formas de vida tan particulares que crean problemas que deben ser tratados de manera muy diferente en cada una de ellas.

2. Las comunicaciones entre estas zonas son difíciles, por las largas distancias en relación a la superficie del país y por la topografía del terreno mismo. Las condiciones naturales se agravan con el hecho de que los medios de transporte son insuficientes para servir la demanda.

3. La distribución de la población es muy irregular, dispersándose la mitad de ella en 33.000 villorrios y siendo un tercio casi inaccesible a los medios normales de comunicación, en algunos períodos del año.

4. El índice de crecimiento es muy alto y por lo tanto la población es joven.

5. La mayor expectativa de vida, derivada de la disminución de los riesgos de mortalidad, determina un aumento de la población económicamente hábil, que debiera ir aparejado con un desarrollo paralelo de los medios de producción, capaces de absorber ese incremento, en forma que permitiera mantener o mejorar la producción de bienes.

6. El éxodo de los campesinos al medio urbano crea problemas derivados de la migración de masas humanas a zonas sobrepobladas.

7. La alimentación nacional tiene un déficit general, tanto cualitativo como cuantitativo, que repercute sobre el estado de salud e influye en los índices de morbomortalidad. A este respecto, debemos mencionar el alcoholismo como un factor negativo.

8. Las condiciones de la vivienda, de los abastos de agua y de la eliminación de excretas son, en considerable proporción, inadecuadas y crean problemas para cualquier tentativa de programas de saneamiento o de control de enfermedades transmisibles.

9. El índice de analfabetismo, aun cuando es uno de los más bajos de América, se ha mantenido estable en los últimos años. El Supremo Gobierno arbitra medidas efectivas en pro de la alfabetización del país. El analfabetismo incide en los problemas de salud en dos aspectos: el primero en la influencia que la educación ejerce sobre el "standard" de vida y los hábitos de higiene, y el segundo, en que una comunidad ilustrada afronta en mejor forma sus problemas y puede así colaborar activamente en los programas.

10. El nivel de vida de la población asalariada, especialmente del obrero agrícola, es bajo, lo que representa un obstáculo importante para la solución de los problemas de salud.

II. ESTRUCTURA DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD

El Servicio Nacional de Salud integra las funciones, atribuciones, obligaciones, personal y presupuestos de las más importantes instituciones medicocurativas y preventivas que existían en el país. En la práctica, este Servicio debe prestar atención médica completa y gratuita al conjunto de trabajadores manuales y sus familias, y a los grupos de bajo nivel económico. Sólo quedan al margen de sus beneficios los empleados públicos, particulares y municipales, que conservan sus sistemas de previsión; los patronos y las personas de situación económica satisfactoria que trabajan independientemente.

La responsabilidad del Servicio en lo que se refiere a protección y fomento de la salud comprende a toda la población, sin exclusiones de ninguna especie. Su organización se basa en los siguientes principios fundamentales: (1) autonomía técnica y administrativa; (2) integración formal y funcional de los conceptos, acciones y servicios destinados a protección, reparación y fomento de la salud; (3) centralización en el planeamiento, normalización y evaluación de programas; descentralización en la aplicación de las normas y en la concepción y ejecución de los programas locales; (4) concentración de esfuerzos en las acciones más productivas realizadas a través de programas sistemáticos dirigidos esencialmente a la unidad familiar; (5) interrelación entre la institución y la comunidad organizada para promover la activa participación de ésta en la solución de sus problemas de salud; y (6) dedicación exclusiva e incremento de la capacidad técnica y administrativa del personal.

Para estructurar el Servicio se hizo un análisis detenido de los problemas de medicina preventiva y asistencial de Chile. Se ordenaron según sus posibilidades de solución, de acuerdo con nuestra experiencia y recursos, según su influencia en el desarrollo económico del país, la magnitud del daño en cuanto interfiere con la expectativa de vida productiva de las poblaciones, la actitud general de las personas y de las comunidades frente a cada problema en particular. El Servicio Nacional de Salud está constituido por:

A. Dirección General

La Dirección General, a cargo de un médico a tiempo completo, que comparte la administración superior del Servicio con un Consejo Nacional de Salud. El Consejo Nacional de Salud es presidido por el Ministro de Salud Pública y tienen representación en él la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, el Colegio Médico, el Congreso Nacional, las asociaciones patronales y de obreros, y los Servicios de Seguro y Previsión Sociales.

B. Subdirecciones

1. La Subdirección Normativa, por intermedio de los departamentos técnicos, elabora los programas generales específicos, las normas de acción y los reglamentos, los que están sujetos a constante revisión para mantenerlos al día, de acuerdo con la experiencia nacional y extranjera.

2. La segunda o Subdirección General mantiene las relaciones continuas entre la Dirección del Servicio y las zonas de salud u organismos ejecutivos. Le corresponde fundamentalmente la coordinación de las acciones y atenciones a que se refiere la ley, en las unidades funcionales de trabajo que son los Centros de Salud.

C. Consejo Técnico

El Consejo Técnico determina la política y las líneas de acción del Servicio, interpretando el espíritu de la ley. Analiza las normas y procedimientos y los programas de trabajo para las Zonas y Centros de Salud, y estudia los reglamentos del Servicio y los presupuestos generales de la Institución. Lo preside el Director General y forman parte los Subdirectores, los Jefes de Departamentos y cualquier funcionario que el Director estime conviene oír de acuerdo con el asunto en debate.

D. Departamentos Técnicos Centrales

Son organismos, a cargo de médicos a tiempo completo, que investigan y dan normas y asesoría técnicas, en relación con las acciones de protección, fomento y reparación de la salud que realiza el Servicio en los niveles ejecutivos. Los Departamentos Técnicos Centrales se dividen, a su vez, en subdepartamentos y secciones, de acuerdo con los diversos problemas:

1. Departamento de Epidemiología. Se ocupa de los procesos transmisibles, sanidad internacional, enfermedades crónicas, accidentes. Esta formado por los Subdepartamentos de: (a) Enfermedades Transmisibles Agudas y Sanidad Internacional; (b) Enfermedades Parasitarias; (c) Tuberculosis; (d) Enfermedades Venéreas; y (e) Enfermedades Crónicas y Accidentes. Está integrado por las Asesorías de Zoonosis y Enfermería.

2. Departamento de Atención Médica. Tiene bajo su responsabilidad el estudio de los problemas y dictado de las normas de curación y rehabilitación del individuo enfermo. Los Subdepartamentos que lo integran son: (a) Estudios, Planificación y Habilitación de Construcciones Hospitalarias; (b) Organización y Administración con secciones de atención cerrada y consultorios externos; (c) Beneficios de la Ley 10.383; (d) Asistencia Social Privada; y (e) Invalidez y Rehabilitación.

3. Departamento de Higiene Ambiental. Lo integran los Subdepartamentos de: (a) Ingeniería Sanitaria; (b) Higiene y Seguridad Industriales y Medicina del Trabajo; (c) Insectos y Roedores; (d) Vivienda; y (e) Protección y Control de Alimentos.

4. Departamento de Protección Materna e Infantil y de Fomento de la Salud, con los Subdepartamentos de: (a) Protección Materna e Infantil; (b) Alimentación y (c) Higiene Mental y Alcoholismo.

5. Departamento de Laboratorios.

6. Departamento de Servicios Técnicos Generales, formado por los Subdepartamentos de: (a) Bioestadística; (b) Educación Sanitaria; (c) Enfermería;

(d) Químico-farmacéutico; (e) Servicio Social; (f) Selección y Adiestramiento del Personal; y (g) Profesiones Médicas.

7. Departamento Dental.

E. Departamentos Administrativos

Las funciones administrativas centrales son llevadas a cabo por los Departamentos del Personal, de Finanzas y Presupuestos, Central de Compras, Jurídico y de Arquitectura.

F. Zonas de Salud

El territorio nacional se ha dividido en 18 Zonas de Salud. Cada Zona depende de un Jefe Ejecutivo, médico a tiempo completo, que ejerce la dirección y control superiores de todas las actividades médicoasistenciales, de protección y de fomento de la salud en su respectiva jurisdicción.

Las Zonas de Salud tienen una estructura básica que incluye la asesoría de expertos en las funciones esenciales de salubridad y las dependencias administrativas y generales indispensables. La estructura es dinámica y se adapta a las peculiares características de los problemas de salud de la Zona y a los objetivos de los programas en cada región.

Los Jefes de Zonas son asesorados por un Consejo Técnico, formado por los Jefes de los Centros de Salud más importantes de las respectivas jurisdicciones. Además, se consulta la participación de la comunidad, a través de Consejos Asesores de Zona, formados por personas representativas de los diversos grupos y actividades regionales.

G. Centros de Salud

Son las unidades ejecutivas de base del Servicio Nacional de Salud. Dependen de la Jefatura de Zona correspondiente y reúnen bajo una dirección técnica especializada todos los servicios asistenciales y de salud pública, en un distrito o región determinados. Existen Centros de Salud de diversos tipos, según la importancia de los problemas de salud, la densidad y otras características de la población que atienden.

En la actualidad, se encuentra en fase avanzada la organización administrativa de dichas entidades, por integración de los primitivos servicios y distribución más racional de los funcionarios, a fin de aumentar los rendimientos.

III. RECURSOS

A. Descripción

1. *Presupuesto.*—El presupuesto del Servicio Nacional de Salud es cercano a nueve mil millones de pesos para 1954. Representa el 1,9% de la renta nacional y el 10% del Presupuesto General de la Nación. Estimando en un 75% de los

habitantes los beneficios del Servicio Nacional de Salud, el gasto *per capita* anual sería de \$2.000 aproximadamente. El presupuesto del Servicio se forma con un 60% de aporte fiscal; un 17% que aporta el Seguro Social por concepto de imposiciones patronales y obreras y un 23% por rentabilidad de sus bienes, prestaciones de servicios y otros aportes. Este presupuesto se descompone en 54,5% para salarios y sueldos; 24% para gastos de mantenimiento; 10,2% para subsidios y auxilios maternal y de lactancia; 4,5% para construcciones y 6,3% para inversiones varias. Se destaca que la partida de subsidios, confiere una compensación al salario de la persona temporalmente incapacitada.

2. *Recursos Materiales y Humanos.*—El Servicio Nacional de Salud cuenta con 710 establecimientos para efectuar las prestaciones médico preventivas y curativas de la población que le corresponde atender. Estos son: 55 de asistencia exclusivamente cerrada: hospitales, sanatorios y asilos; 152 de asistencia mixta, cerrada y abierta: hospitales y casas de socorro; 503 centros de atención externa preventiva y curativa: consultorios, postas y estaciones médico rurales.

(a) *Atención Cerrada.*—Se dispone de una tasa de 4,8 camas de medicina general por mil habitantes, cifra ligeramente superior a la de Estados Unidos; y de 2,1 para crónicos y especialidades, inferior a la de ese país. Estas camas están concentradas en las provincias centrales del país. Santiago dispone del 43% de ellas, con el 29% de la población; Santiago, Aconcagua, Valparaíso y Magallanes tienen una tasa superior a 7 por mil habitantes; las provincias rurales tienen una tasa aproximada de 3, la que baja a 2 y 1,8 en las extensas zonas agrícolas del sur del país.

(b) *Atención Externa.*—La realizan 655 establecimientos. Más de la mitad de ellos están ubicados en el área urbana. La otra mitad, ubicada en el área rural, presta atenciones periódicas, especialmente relacionadas con la atención materno-infantil.

(c) *Acción Preventiva.*—Las Zonas y Centros de Salud cuentan para ejecutar los programas preventivos aproximadamente con 20 médicos epidemiólogos, alrededor de 200 enfermeras sanitarias y 400 auxiliares de enfermería lo que da un índice de 1 médico epidemiólogo por cada 300.000 habitantes, 1 enfermera por cada 30.000 y 1 auxiliar de enfermería por cada 15.000. En lo que se refiere a saneamiento, el Servicio cuenta con 24 ingenieros, 32 constructores civiles y 250 inspectores.

B. Utilización

1. *Hospitales y Consultorios.*—El índice ocupacional de las camas de hospital es de 76,6%, con un rendimiento de 21-22 personas por año-cama, el cual es inferior en un 50% al observado en Estados Unidos, produciéndose así una aparente falta de camas. Los servicios externos de hospitales, consultorios, postas y otros, prestaron en 1953 un poco más de 5 millones de consultas, de las cuales el 28% correspondió a madre y niño. El 40% fué realizado en la provincia de Santiago y solamente el 4,5% en las postas, vale decir para la población rural, con un promedio de 540 atenciones anuales por posta. Esto evidencia una desproporción

importante entre ambos medios y un insuficiente rendimiento de las estaciones médico rurales.

2. *Madre y Niño.*—Hasta 1952 los servicios correspondientes mantenían en control a poco menos del 30% de las mujeres embarazadas. De éstas, el 44% desde antes del 5º mes. Esta proporción es muy variable en las diferentes zonas del país; fluctúa entre un 50% y un 6,8% y las cifras más bajas corresponden únicamente a las provincias agrícolas, en las cuales aproximadamente sólo un 15% se controla antes del parto. El Servicio concede, a través de su legislación, atención médica y auxilios maternales y de lactancia. Los partos atendidos en hospitales alcanzaron ese año a 66.532, o sea aproximadamente un 30%. Los partos atendidos por matronas del Servicio en domicilios fueron unos 20.000 más. Los lactantes controlados en 1951 suman aproximadamente un 33% de los nacidos vivos, en una curva ascendente en los últimos años. Más del 50% de los lactantes en control corresponden a las provincias de Santiago, Valparaíso y Concepción. La proporción de lactantes inscritos es menor en las provincias agrícolas.

3. *Epidemiología.*—Las enfermedades parasitarias de alta incidencia en las regiones tropicales no existen en nuestro país. Entre las enfermedades cuarentenables sólo el tifo exantemático suele aún presentarse en forma de brotes muy limitados. De las enfermedades transmisibles agudas, la fiebre tifoidea, la tos ferina y la difteria son las más importantes, con morbilidad más o menos estacionaria, pero con notable disminución de la letalidad. La poliomielitis revela una tendencia ascendente, con brotes bienales en los meses de verano. Las acciones médico preventivas relacionadas con epidemiología, además de las medidas que conciernen al control directo de los casos, se encauzaron hacia programas de inmunización anti-variólica, antioqueluche-diftérica en las zonas urbanas de tres provincias, control de sarna y pediculosis, a una campaña nacional de premunición con BCG y prosecución de la campaña coordinada contra las enfermedades venéreas iniciada en 1940. Hasta el año 1953 se había inmunizado contra la tos ferina y difteria el 40% de la población menor de 6 años de edad, de las zonas urbanas de San Felipe, Santiago y Concepción. Desde el año 1951 al 1953, se vacunaron 1.732.000 personas con vacuna antivariólica; desde marzo de 1951 hasta 1953, se completaron 708.000 inmunizaciones con BCG.

C. Comentario

1. El Servicio Nacional de Salud, de los fondos que específicamente se le destinan, debe efectuar una reparación proporcional a la jerarquía de sus problemas. Este proceso de distribución es fundamental e implica una ordenación de las diferentes acciones. A su vez permite un estudio del rendimiento de las inversiones absolutamente indispensable para hacer redistribuciones ulteriores o para justificar incremento de las mismas.

2. Los recursos en materias de camas son suficientes para las necesidades, de acuerdo a las normas internacionales. Estos y los servicios externos están concentrados en el área urbana y dentro de ésta, están distribuidos en forma irregular. La población rural concurre para su atención a los centros urbanos en la medida en que los medios de comunicación lo hacen factible.

3. Una expansión de las atenciones al medio rural puede ser consecuente a una acción previa de otras esferas gubernamentales.

IV. FUNDAMENTOS PARA LA FORMULACIÓN DE LOS PROGRAMAS

A. Ubicación de los Problemas de Salud en el Plano Nacional

La definición de salud hecha por la Organización Mundial entraña una condición ideal de vida que todos los países, en mayor o menor grado, están lejos de alcanzar.

Las metas inmediatas, que progresivamente llevarán a ese objetivo, han de diferir, pues, considerablemente de un país a otro, según el estado de desarrollo en que se encuentren.

De acuerdo con las informaciones recogidas y expuestas en este trabajo, Chile puede ser ubicado entre los países que se acercan a la etapa que los economistas llaman "de transición". El estudio de los problemas y programas ha de cimentarse, por lo tanto, en esta realidad y con miras al desenvolvimiento futuro del país.

B. Objetivos del Servicio

El propósito fundamental del Servicio Nacional de Salud es reducir los riesgos de enfermar y morir; y contribuir, en su esfera de acción, a la promoción de la salud física, mental y social.

Este propósito se cumple a través de las medidas de fomento, protección y reparación de la salud, que deben ser desarrolladas en forma armónica, equilibrando la importancia relativa de cada una de ellas con la posibilidad de abordarlas y las expectativas de resolverlas.

C. Definición de los Problemas y Fijación de Prioridades

La limitación de los recursos destinados por el país a estas actividades exige su utilización para obtener el mayor rendimiento. Esto supone la facultad de seleccionar, limitar o posponer deliberadamente ciertas medidas.

En nuestro medio, dadas las características que se han señalado, la prestación de asistencia médica y de protección a la madre y al niño toman un realce particular frente a los de saneamiento y epidemiología. Este ordenamiento traduce las prioridades de problemas que el Servicio considera.

1. *Asistencia Médica.*—La reparación de la salud representa el problema de mayor importancia, tanto por su magnitud como por sus consecuencias en el orden económico y social. Forma parte de las obligaciones primordiales del Servicio Nacional de Salud, en virtud de lo estatuido en la ley. Los recursos cuantiosos que se dedican a este objeto hacen necesario aprovecharlos racionalmente, para extender sus frutos al mayor número posible de personas, sean beneficiarios legales o indigentes.

Será el consultorio externo el organismo fundamental para poner en práctica la política de atención médica de la institución proyectada a la comunidad.

2. *Fomento de la Salud.*—Las actividades en torno del fomento de la salud se orientan a la protección de la madre y del niño, a la fijación de una política de alimentación y a la preservación de la salud mental de los habitantes.

(a) *Protección maternoinfantil.*—Concedemos prioridad a los problemas de protección maternoinfantil por cuanto éstos afectan a un 40% de la población, que es fundamentalmente dependiente; y porque los riesgos que las funciones reproductivas representan son en una gran proporción evitables con una adecuada asistencia prenatal, obstétrica y postnatal.

(b) *Nutrición.*—La subalimentación constituye una causa predisponente y de agravación para una alta proporción de enfermedades y actúa a la vez limitando las condiciones biológicas del individuo en las diversas etapas de la vida. Nuestro objetivo es orientar la producción y distribución de los alimentos y, mediante una labor educativa, propender a su mejor utilización.

3. *Saneamiento.*—La protección de la salud en lo que se relaciona con el saneamiento tiene posibilidades limitadas para el Servicio, cuya acción debe integrarse con la de otras reparticiones de Gobierno que tienen tuición en estos problemas. Se exceptúa el control de la producción y el expendio de alimentos que por mandato de la ley corresponde al Servicio en atención al riesgo epidemiológico que una mala manipulación representa.

4. *Epidemiología.*—En nuestro país no existen las enfermedades parasitarias de alta incidencia en las regiones tropicales. Las enfermedades transmisibles agudas y crónicas, a pesar de su tendencia decreciente, constituyen problemas epidemiológicos de consideración como causas de enfermedad y muerte.

Las enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente las cardiovasculares y el cáncer, y los accidentes, por el contrario, muestran un incremento notable en los últimos años. Corresponde al Servicio enfrentarlos, tomando en cuenta la dinámica de su incidencia y su gravitación sobre la población del país.

5. *Diversificación de Programas.*—Hemos establecido, al estudiar los fundamentos de los programas, que éstos se condicionan a la importancia de los problemas, pero también a la posibilidad de abordarlos. En relación con esto, debemos recordar que la población del país puede ser separada claramente en dos grandes agrupaciones: la población urbana y la rural.

La primera comprende el sesenta por ciento de la población del país, concentrada en áreas industriales e incrementada continuamente por migración del área rural. Es abordable, prácticamente, en su totalidad y concentra la mayor parte de los recursos del Servicio.

La población rural, por el contrario, vive dispersa en áreas de baja densidad demográfica, con medios de transporte y comunicación insuficientes; tiene las más altas tasas de analfabetismo y los más bajos salarios. Las actividades que el Servicio desarrolle deben ser concebidas, por lo tanto, de modo particular para cada una de ellas, diversificando conforme a esta característica los programas locales.

D. Problemas de Organización

1. *Descentralización de Actividades.*—La organización administrativa del país tiene la característica de ser altamente centralizada. Las actividades en favor de la salud han sido concebidas como de desarrollo eminentemente local. Frente a estos hechos, el Servicio estimó preeminente ajustarse a las normas de una buena organización de la salud y, para su estructura, ha optado por la tesis de la centralización de directivas y la descentralización de actividades. La aplicación de estos principios en un país con las características administrativas del nuestro, crea problemas derivados de la falta de experiencia en la gestión autónoma de las cuestiones locales.

2. *Personal.*—La ejecución de los programas supone la participación de diversos funcionarios técnicos, auxiliares y administrativos, quienes deben poner conjuntamente su conocimiento y experiencia en la resolución de los problemas de la salud de los individuos, de los grupos y de las comunidades. El Servicio no dispone del necesario personal técnico capacitado y debidamente adiestrado en los problemas de la salud. La capacitación, redistribución y, en ciertos casos, el incremento del personal, es un problema que habrá de ser resuelto, a fin de obtener una acción ágil, flexible, expedita y eficiente.

3. *Integración.*—El Servicio fué formado por la fusión legal de varias instituciones con tradición, funciones y orientación diferentes, debiendo por lo tanto enfrentarse con un problema de integración.

Los servicios y establecimientos dependientes de los Centros de Salud deben ser adecuados a objetivos bien definidos, en programas en los cuales los distintos aspectos estén relacionados en forma eficiente.

La integración se obtiene mediante una información cabal de los programas por los diversos funcionarios de los diferentes servicios; y por la creación de organismos locales colegiados, denominados Consejos Técnicos.

La ejecución de los programas de salud locales requiere la participación de la comunidad y el encauzamiento y la correlación de sus iniciativas con los propósitos del Servicio. Esta finalidad se alcanza a través de un proceso de educación comunal y de la formación de los Consejos Asesores, en los cuales tienen participación las personas representativas de la zona.

4. *Etapas de Planificación.*—La planificación de los objetivos del Servicio ha de ser realizada paralelamente a la satisfacción de los requerimientos preventivos y asistenciales de la población, derivados de las obligaciones legales de las instituciones integradas y de los programas en marcha de cada una de ellas.

El PRESIDENTE: Señor delegado, la Presidencia desearía que resumiera su exposición, pues ya ha pasado el doble del tiempo concedido a cada delegación y hay otras que tienen pendientes sus informes.

El Dr. VALENZUELA (Chile): Señor Presidente, creo que dentro de dos o tres minutos, podré terminar esta exposición. Solicito el tiempo necesario para ello.

El PRESIDENTE: Puede continuar el señor delegado.

El Dr. VALENZUELA (Chile): Las etapas preliminares del proceso de planifica-

ción: recoger la información más completa posible respecto al problema y superar el proceso de organización, constituyen sus objetivos inmediatos.

La estructura del Servicio Nacional de Salud, eminentemente funcional, permitirá resolver en el país, dentro de nuestras posibilidades, los problemas de salud de mayor importancia, de acuerdo con las técnicas que más convengan a su naturaleza y extensión. Tenemos la convicción de que el desarrollo integral de los programas de trabajo permitirá cumplir los objetivos y el espíritu de la ley por que hoy se rige; y contribuir racionalmente, en su esfera de acción, a la política de salud sustentada por el Supremo Gobierno, con lo cual también pretendemos dar oportuna satisfacción a los altos postulados de los organismos técnicos internacionales y estrechar aún más los lazos que nos unen a la hermandad americana.

El PRESIDENTE: La Presidencia agradece al Dr. Valenzuela su interesante exposición. Como este tema nos ha preocupado grandemente desde que fué presentado al Congreso Sanitario de La Habana, y estamos todos observando cuidadosamente su funcionamiento y sus resultados, y por tratarse, además, de una materia que será discutida en la sesión de mañana a las 10 en la Sociedad Chilena de Salubridad, creo conveniente sugerir a los señores delegados que aplacen para esa oportunidad los comentarios o preguntas que deseen formular.

¿Hay alguna observación que hacer? Si nadie desea formular observaciones, corresponde presentar su informe a la Delegación de Cuba. En ausencia de la Delegación de Cuba, ofrezco la palabra a la Delegación de Guatemala. Tiene la palabra el Dr. Fajardo.

INFORME DEL SEÑOR DELEGADO DE GUATEMALA

El Dr. FAJARDO (Guatemala): Hemos escuchado con agrado los informes de las delegaciones que nos han precedido en el uso de la palabra, y que nos han mostrado los adelantos obtenidos en sus problemas sanitarios, como justa recompensa a los esfuerzos conjuntos de sus autoridades sanitarias y de los médicos de sus respectivos países, con la cooperación de organismos internacionales.

La Delegación de Guatemala declara que ha venido a esta Conferencia animada del más ferviente deseo de cooperación, sabiendo que guían a esta Organización los mejores deseos de íntima colaboración de todos los países del Continente Americano, unidos como estamos en una lucha para erradicar el dolor y las enfermedades y lograr así el bienestar físico, mental, social y espiritual de los habitantes de nuestros respectivos países.

Al analizar las cifras del informe de estadística enviado a esta Conferencia, podrá parecer a primera vista que la morbilidad y la mortalidad por enfermedades transmisibles han aumentado en el transcurso de los últimos años; pero, en realidad, es el resultado del perfeccionamiento de los métodos de recopilación, tabulación y análisis de los datos obtenidos, como consecuencia del mejor conocimiento y aplicación de las técnicas estadísticas.

No pretendemos desconocer, y aun menos ocultar, estos resultados, compenetrados como estamos de la necesidad de mejorar nuestro sistema sanitario, y sabemos que la labor a desarrollar será ardua y dificultosa; pero, animados por un

alto espíritu de superación, abrigamos la esperanza de que, basados en un trabajo sistemático y constante, lograremos mejorar la salud de nuestros compatriotas.

Guatemala cuenta aproximadamente con 3.000.000 de habitantes, de los cuales 30% viven en el área urbana distribuidos en unas 350 poblaciones; y el resto, un 70%, comprende la población rural, con lo que les mostramos una vista panorámica de lo difícil y variado de nuestros problemas sanitarios, resaltando, en primer término, que las enfermedades con índices más elevados son las relacionadas con el saneamiento ambiental, tales como las infecciones gastrointestinales y el paludismo. Se han llevado a cabo, para combatir a las primeras, programas de abastecimiento de agua en unas 60 poblaciones; y, en lo que se refiere al paludismo, podemos decir que entre los 22 Departamentos en que está dividida administrativamente la República, en 19 de ellos existe el paludismo, con una población aproximada de 1.000.000 de habitantes en el área endémica, repartida en 198,234 casas, lo que nos muestra el trabajo que tendremos que desarrollar para llevar a cabo una campaña de detetización, que se ha ejecutado en buena parte del programa con ayuda de la Oficina Sanitaria Panamericana y del UNICEF. Pero es necesario continuarla, íntimamente asociada a un programa de educación sanitaria; y por esto ha sido motivo de satisfacción para nosotros el saber que éste será uno de los temas que se han de tratar en esta Conferencia.

Durante los últimos años logramos resultados positivos en la lucha contra el tifo exantemático y podemos decir que esta enfermedad ha pasado de la categoría de endémica a la de brotes epidémicos aislados, compuestos de un número ínfimo de casos, lo que ha sido posible por una campaña simultánea, a base de DDT y de vacunación bien organizada.

Hasta hace pocos años, el número de casos notificados de poliomielitis era escaso; pero el mayor interés de los médicos y la mayor difusión de los medios de diagnóstico hicieron aumentar dicho número en los últimos años, por lo que fué necesario instalar, en 1950, una clínica para el aislamiento y el tratamiento de rehabilitación de los pacientes afectados, en los casos necesarios.

El problema de la tripanosomiasis principió a estudiarse en 1951, y se han diagnosticado hasta la fecha más de 100 casos, repartidos sobre todo en la zona sudoriental de la República. Hemos tenido la oportunidad de observar en el servicio de medicina a mi cargo en el Hospital General, con la colaboración de médicos especializados en medicina tropical y cardiología, casos de miocarditis chagásica que fueron comprobados en el examen anatomopatológico. En muchos casos de insuficiencias cardíacas nos ha sido imposible comprobar antecedentes reumáticos, hipertensiones arterioescleróticas, etc., y creemos que gran parte de esos pacientes sufren la enfermedad de Chagas, por lo que estamos decididos a continuar en nuestro estudio para comprobar si la descompensación cardíaca de dichos pacientes reconoce como etiología la miocarditis chagásica.

La oncocercosis que únicamente está localizada en algunas regiones del país, ha sido siempre motivo de particular interés, habiéndose llevado a cabo campañas en la lucha contra el mosquito transmisor de la enfermedad, pero, a pesar de ello, aún no hemos logrado la erradicación de la misma, debido a la dificultad de atacar a los simúlidos que se protegen en la exuberante vegetación de las zonas donde es endémica la oncocercosis.

Este problema es una de nuestras mayores preocupaciones, por la ceguera que se produce en gran número de personas; y continúa siendo uno de los problemas a los que se ha de dedicar más atención en las futuras actividades.

La tuberculosis ha sido objeto de mayor dedicación durante los últimos años, y actualmente hay más personal médico interesado en la lucha contra la peste blanca; se han establecido centros de diagnóstico y control, ha mejorado el cuidado en los centros asistenciales y se ha llevado a cabo, aunque relativamente en pequeña escala, la vacunación con BCG.

La lucha contra el cáncer ha principiado a tomar incremento recientemente y en estos días se iniciará la construcción del Instituto de Oncología, gracias a la ayuda del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y a la iniciativa privada. Podemos decir que, tanto en este problema como en el de la peste blanca, la iniciativa privada ha contribuido en forma halagadora, lo que nos demuestra que, con un mejor conocimiento de los problemas sanitarios y una educación higiénica, la contribución y ayuda que obtendremos será muy generosa.

Se ha incrementado la construcción de nuevos hospitales, sobre, todo en los Departamentos. Reconocemos, sin embargo, que es necesario aumentar el número de camas de hospital y de consultorios externos en toda la República. Actualmente está terminándose el edificio de un nuevo hospital en la capital, que ha sido construido con la ayuda del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública y que tendrá una capacidad para 1.000 camas.

Con la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana, se ha iniciado en una zona de la República un programa de saneamiento rural integral que incluye una reorganización de la Dirección General de Sanidad Pública en todo aquello que facilite la mejor realización de dicho programa y cuyos resultados y experiencias serán muy valiosos para una mejor orientación de la labor sanitaria con arreglo a las condiciones ambientales de nuestro medio. Las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas están interesadas en este problema y el año próximo se iniciará para todos los estudiantes de medicina la práctica rural obligatoria que deberán llevar a cabo antes de graduarse de médicos y cirujanos.

El Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, respecto del cual la Delegación de Guatemala agradece los valiosos comentarios que se han escuchado en esta Conferencia, tiene para nuestro país gran significado por el esfuerzo común de superación de los seis países hermanos de Centro América y Panamá. Guatemala, al construir y dedicar el edificio el 11 de septiembre próximo pasado, no hizo más que reafirmar la idea de colaboración mutua, comprendiendo que no es la estructura del edificio en sí la que dará los frutos, sino que serán los hombres que tienen a su cargo el programa; programa desarrollado y financiado por las seis repúblicas del istmo con la colaboración y participación de la Oficina Sanitaria Panamericana, de la Fundación Kellogg y otras organizaciones que se han interesado en él.

Hace pocas semanas el Gobierno de Guatemala acordó, en colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana como Oficina Regional de la OMS, que se lleve a cabo en la ciudad de Guatemala, durante los primeros meses del año próximo, un curso de adiestramiento para los encargados de las operaciones en las centrales y otros sistemas de tratamiento de aguas. Este será un curso regional para

Centro América y Panamá, con el cual Guatemala se sentirá, una vez más, muy complacida de la valiosa participación de dichos países.

Para teminar, quiero aprovechar esta oportunidad agradecer, en nombre del Gobierno de Guatemala, la cooperación internacional que hemos obtenido en todo momento que ha sido solicitada, y formulamos nuestros más fervientes votos porque la colaboración de los países americanos continúe inalterable para lograr el bienestar físico, mental y social de los habitantes de los países de este Continente, para que América cumpla con el papel histórico que le está destinado en la evolución de los pueblos.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Fajardo, por su interesante informe. Si no hay comentarios de los señores delegados, concederé la palabra a la Delegación del Perú, para que presente su informe. Tiene la palabra el Dr. Montes de Peralta.

INFORME DEL SEÑOR DELEGADO DEL PERU

El Dr. MONTES DE PERALTA (Perú): A través del informe que en su oportunidad fué repartido a todos los señores delegados, hemos tratado de presentar la realidad sanitaria del Perú, subrayando todo aquello que concierne a las enfermedades cuarentenables, que por su naturaleza constituyen problema de interés internacional; pero por el carácter sintético del informe no ha sido posible poner de relieve los aspectos que en orden a la promoción y defensa de la salud se están haciendo en mi país. Por eso he pedido la palabra, para referirme, aunque sea brevemente, a nuestra actual política sanitaria. Y justifica ésta mi intervención el hecho de haber sido, hace 19 años, el primer Ministro de Salud Pública que inauguró este cargo y haber vuelto hace escasamente dos meses a ejercerlo. Así me ha sido posible ver claramente los notables progresos que en el campo de la salud pública se han realizado en mi patria.

Según el concepto doctrinario de la salud pública, no basta enfocar el problema exclusivamente en orden a la prevención de las enfermedades por las técnicas modernas que el sanitarista tiene en la mano, sino que es preciso considerar múltiples factores para la defensa del ser humano. Mi Gobierno ha orientado su acción bajo un punto de vista económicosocial, para solucionar los múltiples problemas sanitarios que tenemos en mi patria. Comprendemos y estamos convencidos de que no es tarea fácil y de rápida culminación, pero lo fundamental está hecho. Hemos trazado los lineamientos básicos que están orientando y orientarán en lo futuro la acción estatal. Tal es el sentido con que se dió la Ley 11.672, que creó el Fondo de Salud y Bienestar Social.

Al amparo de esta ley, que fué promulgada el 31 de diciembre de 1951 y que entró en vigor en marzo de 1952, se está cumpliendo un vasto programa de realizaciones, que abarca todos los aspectos de la defensa de la salud.

Los recursos económicos que se han conseguido con esta ley nos permiten acometer una serie de obras y servicios que antes hubiera sido imposible llevar a la práctica. Basta indicar que en la actualidad sus ingresos son superiores a la suma asignada en el presupuesto general de la República para el Ministerio de

Salud Pública y Asistencia Social. Sobre esta base económica se han podido terminar más de tres mil casas para obreros y empleados, y se están construyendo en distintas ciudades del país otras tres mil viviendas que darán albergue higiénico, barato y por un sistema de alquiler-venta, a más de 20.000 personas.

Con estos mismos recursos hemos terminado un magnífico hospital en la ciudad de Tacna, completamente equipado, a un costo de más de treinta millones de soles; y estamos terminando otro en Arequipa, por más de ochenta millones de soles. Hemos principiado la construcción de otro hospital en Tarma, y próximamente iniciaremos otros en Cuzco y Tumbes. Estos hospitales suman un poco más de dos mil camas.

Ahora nos es posible, con estos mismos fondos, controlar mejor y prevenir las enfermedades evitables y transmisibles, en especial la viruela, el paludismo, el tifo, la tuberculosis, la lepra y las venéreas de cada región. Nos está permitido mejorar los servicios de protección y asistencia a la madre y al niño, subvencionar a los establecimientos hospitalarios públicos, a las Sociedades de Beneficencia que todavía existen en mi patria, y a las instituciones de Asistencia Social. Con los productos de esta misma ley nos es posible contribuir a la formación y perfeccionamiento de profesionales especializados en las diversas ramas de la sanidad pública y en el saneamiento de las poblaciones, mejorando sus servicios de agua y desagüe.

El seguro social obrero y el seguro del empleado, por su parte, están cumpliendo con su programa de asistencia, en el que cabe poner de manifiesto, como la obra más importante, la construcción en Lima de un moderno hospital con capacidad para más de mil enfermos.

En el campo de la nutrición y la producción agrícola alimenticia hay un amplio programa que tiene entre otros aspectos, el de corregir los déficits de nutrición, especialmente entre los niños. Con tal fin, se han establecido en toda la república cerca de 500 refectorios escolares, donde se suministran desayunos y almuerzos a una gran parte de la población escolar.

Algunos de ustedes, señores delegados, tienen, posiblemente, problemas iguales o similares a los nuestros en aquello que se relaciona con el indio. Saben ustedes que la acción de los Gobiernos sólo ha podido llegar de manera efectiva al hombre de las ciudades y de los pequeños pueblos de nuestras serranías. En lo que a mi patria se refiere, es muy difícil llegar a los hombres que, aislados o formando parcialidades, ayllus y comunidades, están prendidos en los altiplanos, cumbres y laderas de nuestras montañas.

Estos hombres, agricultores en su totalidad, viven casi una vida primitiva. Han olvidado, a través de centenares de años, los maravillosos sistemas agrarios de la época del Incanato. Desconocen en absoluto las formas modernas de cultivar la tierra. Nada saben de selección de semillas, aplicación de abonos e insecticidas; no tienen ninguna idea de lo que significa la maquinaria agrícola, y sólo se contentan con producir lo necesario para poder vivir, esperando, con ese carácter estoico que les caracteriza, 4 ó 5 años para volver a cultivar el mismo suelo, perdiendo así grandes extensiones de territorio que quedan improductivos. A estos hombres queremos llegar ahora. En colaboración con la UNESCO y con la ayuda del Banco de Fomento Agropecuario, estamos poniendo en práctica un sistema de crédito dirigido, que no sólo enseñará al indio a trabajar en forma más racional-

zada, permitiéndole, por consiguiente, aumentar enormemente sus cosechas, sino que nos permitirá atraerlo más rápidamente hacia la civilización, elevando su nivel de vida.

Debo hacer constar nuestra complacencia a la Oficina Sanitaria Panamericana, al Instituto de Asuntos Interamericanos, al UNICEF y a la UNESCO, por la colaboración que nos están prestando en varios de nuestros programas de salud.

Pido disculpas, señor Presidente y señores delegados, por haber abusado de vuestra atención; pero considero que hemos acudido a esta cita de carácter continental con el propósito, entre otros, de estudiar a la luz de los hechos las realizaciones cumplidas en el campo de la sanidad, en las diferentes naciones hermanas de nuestro Continente; y, por eso, he querido poner de relieve cómo el Gobierno actual de mi patria, en el curso de estos últimos cuatro años, ha asumido la responsabilidad en la solución de los distintos problemas que se relacionan con la salud pública.

El PRESIDENTE: Se agradece el informe del Dr. Montes de Peralta. Si no hay observaciones de los señores delegados, concederé la palabra a la Delegación de Bolivia, para que dé a conocer su informe. Tiene la palabra el Dr. Brown.

INFORME DEL SEÑOR DELEGADO DE BOLIVIA

El Dr. BROWN (Bolivia): Bolivia ha realizado apreciables progresos, en los cuatro últimos años, en determinados campos de la salud pública, a pesar de las condiciones económicas desventajosas que han gravitado sobre ella en los dos años últimos. En gran parte, este avance se ha debido a la cooperación activa de los organismos internacionales, tales como la Organización Mundial de la Salud, la Oficina Sanitaria Panamericana, la Fundación Rockefeller, el Fondo para la Infancia (Naciones Unidas) y la Administración de Operaciones en el Exterior, del Gobierno norteamericano.

I. ORGANIZACIÓN

La organización de los Servicios de Salud Pública de Bolivia, exceptuando la creación de la División de Enfermedades Transmisibles, llevada a cabo en septiembre de 1953, no ha sufrido modificación alguna en los cuatro últimos años, la que esquemáticamente continúa en la siguiente forma:

A. Ministerio de Higiene y Salubridad

Este Ministerio a cuya cabeza se encuentra el Ministro de Higiene y Salubridad tiene a su cargo la mayoría de las actividades de salud pública en el país; el Servicio de Previsión Social, que incluye el Seguro Social, continúa dependiendo del Ministerio de Trabajo y Previsión Social y el Servicio de Higiene Industrial se encuentra a cargo del Ministerio de Minas y Petróleo.

B. Dirección General de Sanidad

Como autoridad técnicoadministrativa inmediata al Ministro se encuentra el Director General de Sanidad; pero en realidad, casi toda la acción administrativa hasta en los pequeños detalles parte del Ministro de Higiene y Salubridad. La Dirección General de Sanidad tiene como organismos cooperadores, desde el punto de vista técnico, algunas reparticiones tales como la División de Enfermedades Transmisibles, el Departamento de Nutrición, el Departamento de Bioestadística, el Departamento Materno Infantil, el Servicio de Sanidad Escolar, el Servicio de Higiene Dental y el Servicio Químico Farmacéutico, reparticiones que son también directamente administradas por el Ministerio.

C. Jefatura de Sanidad Distrital

Siguiendo en jerarquía al Director General de Sanidad están los jefes de Sanidad Distrital, para cada distrito. El distrito es equivalente a la división política primaria de "departamentos" con el que generalmente coincide. Los jefes de Sanidad Distrital, exceptuando el del distrito de La Paz, tienen una acción administrativa más efectiva dentro de su circunscripción. Quedan bajo su control en la capital del departamento el Servicio Distrital de Enfermedades Transmisibles, el Hospital Departamental y cualquier otra organización de carácter distrital, tales como los dispensarios antivenéreo y antituberculoso, la oficina del Carnet Sanitario, la Policía Sanitaria, el servicio Materno Infantil, el de Higiene Escolar, etc., organismos dispersos, que posiblemente en el próximo año van a ser agrupados formando un centro de salud en las capitales de departamento que aun carecen de este organismo o incorporados a los centros de salud sostenidos por el SCISP allí donde existen éstos. Los centros de salud del SCISP funcionan independientemente; dependen también del Jefe de Sanidad Distrital los Jefes de Sanidad Provincial.

D. Jefatura de Sanidad Provincial

Las provincias, subdivisión de los departamentos en lo administrativo, lo son también en lo sanitario. La autoridad sanitaria a cargo de una provincia es el Jefe de Sanidad Provincial, con residencia en la capital de provincia. Tiene a su cargo una pequeña oficina con un consultorio y un botiquín y es colaborado por un enfermero o vacunador. Algunas veces existe un hospital, de una o dos decenas de camas; en este caso tiene, además, una enfermera, cocinera, lavandera y sirviente. Dependen de este funcionario los vacunadores cantonales. Aunque casi la totalidad de las provincias tienen presupuestado un jefe de sanidad provincial, apenas algo más del 60% están servidas permanentemente por un médico titulado, o un recién egresado de una facultad de medicina, no obstante la obligación existente para estos últimos de servir un año en provincia como requisito para obtener el título de médico.

La labor que desempeña la sanidad provincial, exceptuando inmunizaciones contra la viruela, coqueluche y tifoidea, es íntegramente de carácter curativo. El

control de ciertas enfermedades transmisibles como la fiebre amarilla, el paludismo, la peste, el tifo, etc., en el área rural está a cargo de personal especializado dependiente de la División de Enfermedades Transmisibles.

E. Organizaciones Autónomas de Sanidad

Después del retiro de la Fundación Rockefeller que mantenía la División de Endemias Rurales (que ha servido de base a la actual División de Enfermedades Transmisibles) ha quedado únicamente el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, como organismo autónomo de salubridad. Este servicio consta de cuatro divisiones: una división médica que tiene a su cargo centros de salud instalados en seis capitales de departamento y siete poblaciones menores y cinco unidades rurales móviles; la División de Ingeniería Sanitaria, la División de Higiene Industrial y una División Administrativa.

II. PRESUPUESTO

Este factor básico para el desarrollo de los servicios de salud pública no ha sido considerado con la importancia que merece. En los últimos diez años, cuando realmente este problema empezó a inquietar a la opinión pública y a los poderes del estado, apenas pudo obtenerse que el 5% del presupuesto nacional fuera asignado a salubridad. En la presente año con 4,8% significa un valor real de 20 cts. de dólar por habitante, lo que dado el bajo estado de desarrollo sanitario en que se encuentra el país, es escasísimo. Un nueve o diez por ciento de la renta nacional proporcionaría un fondo adecuado para cubrir anualmente las necesidades sanitarias más importantes.

III. PERSONAL

Para el desarrollo sanitario de un país, tanto o mucho más importante que el dinero, es disponer de personal capacitado, en número suficiente. En Bolivia, como en varios países latinoamericanos, el elemento técnico en salud pública es muy escaso, tanto en lo que se refiere a médicos como a enfermeras, inspectores sanitarios, laboratoristas, etc. En el momento actual, difícilmente puede llegar a treinta el número de médicos entrenados en labores de salud pública o que hayan seguido cursos especiales, y no todos ellos trabajan en sanidad, varios abandonaron ya la carrera, o nunca trabajaron en ella a su regreso de la escuela donde fueron graduados. Enfermeras de salud pública existen unas 25. Algo más numeroso es el personal auxiliar de campo educado en la práctica de trabajos de control de fiebre amarilla, paludismo, peste, uncinariasis, tifo, etc., cuyo número ha sido ligeramente incrementado en los cuatro últimos años.

En la preparación del personal de médicos, enfermeras y funcionarios de administración de salud pública, han cooperado eficazmente las instituciones internacionales o extranjeras ya sea por entrenamiento impartido dentro del país o mediante la concesión de becas para estudios en el exterior.

Personas que se dediquen a la carrera sanitaria no faltarían, pero existen dos grandes obstáculos que se oponen para que esta actividad sea ejercida en forma seria y eficaz: la inseguridad de los cargos y los sueldos insuficientes para pagar el trabajo a tiempo completo. El médico que desea ingresar al servicio de la sanidad teme desprenderse del ejercicio privado de la profesión y de cualquier otro cargo más o menos seguro que detenta, porque sabe que un día cualquiera, a pesar de su dedicación apasionada a sus labores sanitarias, puede encontrarse en la calle sin clientela y sin apoyo económico alguno. Entonces toma el oficio de salubrista como una cosa accesorio, manteniendo siempre un pie firme en el terreno sólido de la práctica privada, de manera que si el inseguro sostén del cargo sanitario naufraga, él puede quedar siempre a salvo. Pero en esta forma jamás se puede realizar una obra sanitaria sólida: el salubrista tiene que darse el ciento por ciento a su labor para obtener un resultado que valga la pena.

Todavía habrían algunos hombres arriesgados que, a pesar de lo inseguro del cargo, pudieran dedicarse íntegramente a trabajar en salud pública, si el sueldo que se les asigna fuera siquiera suficiente para cubrir sus necesidades más vitales. Pero como esto no sucede, forzosamente se ven obligados a ocuparse al mismo tiempo de otras actividades para compensar el déficit en su presupuesto familiar. Así que por un motivo o por otro, fatalmente, hoy es ya imposible que el salubrista boliviano pueda trabajar a tiempo completo.

En verdad, la sanidad nacional está siendo mantenida, en el momento actual, por un minúsculo grupo de quijotes, con alma de ascetas, que se han resignado a trabajar a tiempo completo, a pesar de las condiciones más adversas para este género de trabajo.

De lo dicho es fácil deducir que la acción sanitaria, exceptuando ciertos servicios, sea deficiente en la ciudad y sobre todo en el área rural donde, además de los sueldos insuficientes, el medio totalmente carente de todo estímulo social y profesional hace que ningún médico que aún tiene deseos de progresar se interese por trabajar.

IV. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Hace cuatro años, el control de las enfermedades transmisibles en Bolivia se llevaba a cabo mediante: (a) la División de Endemias Rurales, mantenida en cooperación entre el Gobierno y la Fundación Rockefeller, para fiebre amarilla, peste, tifo, paludismo y uncinariasis; (b) los departamentos de epidemiología, tuberculosis, enfermedades venéreas y lepra, directamente dependientes del Ministerio de Higiene y Salubridad. Prácticamente este sistema continuó hasta el fin del pasado año de 1953.

A raíz de haberse retirado de Bolivia la Fundación Rockefeller, en marzo del año pasado, se dictó un decreto fusionando la División de Endemias Rurales con los cuatro departamentos directamente ligados al Ministerio, para crear un nuevo organismo: la División de Enfermedades Transmisibles, que centraliza el control de todas las enfermedades comunicables en el país. Esta refundición se ha llevado a cabo con cierta lentitud en el curso del presente año, debido a factores diversos. Al presente se encuentra casi totalmente realizada. Lo único que falta es ir ajus-

tando los servicios dentro del plan general, para que llegue a constituir un organismo homogéneo.

Actualmente la División de Enfermedades Transmisibles comprende los siguientes departamentos: (1) Departamento de Epidemiología; (2) Departamento de Tuberculosis; (3) Departamento de Paludismo; (4) Departamento de Enfermedades Venéreas; (5) Departamento de Peste; (6) Departamento de Lepra; (7) Departamento de Verminosis; y (8) Departamento de Zoonosis. Vamos a describir brevemente, en orden a este cuadro, la evolución que han tenido, durante los últimos cuatro años, las principales enfermedades transmisibles que predominan en el país y el control que sobre ellas se ha ejercido.

A. Departamento de Epidemiología

1. *Control de Fiebre Amarilla.*—Erradicado en 1948 el *Aedes aegypti*, la única modalidad de fiebre amarilla que fué persistiendo fué la selvática. Al último gran brote, que en el verano de 1950 afectó una extensa zona del sur del país y en forma esporádica varios otros lugares, siguieron años de completa calma, como es la regla. En 1953 se presentó un ligero repunte con 18 casos, pero, en lo que va del presente año hasta el fin de agosto, apenas hubieron informaciones vagas, venidas de dos localidades de difícil acceso de región amazónica, sobre presencia de casos sospechosos.

Antes de 1950 se consideraba como área afectada por la fiebre amarilla únicamente la cuenca amazónica, pues en la cuenca del Plata no hubo jamás noticia de casos de fiebre amarilla. A partir de ese año, en vista de la epidemia que llegó hasta la frontera argentina, se consideró como área afectada o afectable todo el territorio situado al oriente de la Cordillera Andina hasta los 2.000 metros de altura. Sobre este nuevo concepto se trazó un plan para vacunar cada cinco años a toda la población del área afectada y en un margen de varios decenas de kilómetros fuera de ella sobre todo en sectores de mucho intercambio comercial. Empezada dicha vacunación en 1950, se concluye a fines de este año. Con este procedimiento creemos que si bien no dejarán de presentarse algunos casos esporádicos, las epidemias masivas y extensas no volverán más a producirse.

2. *Control del Tifo.*—El tifo es endémico en la zona fría de Bolivia; se presenta por encima de los 2.600 metros de altitud, aproximadamente. La morbilidad fluctúa dentro de lo normal entre 3 y 9 por 100.000 habitantes, con exacerpciones cada cierto número de años. En el presente año fueron afectadas varias localidades, entre ellas la ciudad de La Paz, debido al movimiento inusitado de campesinos. Todos estos brotes, que pudieron haberse convertido en epidemias más o menos extensas, fueron frenados por la labor de control. Se ha dejado de lado la dedetización periódica de personas, ropas y camas como medio preventivo, porque apenas beneficiaba a un grupo muy reducido de personas en la vastedad del altiplano. El control se establece ahora mediante el bloqueo de los brotes, por la dedetización intensiva, en cuanto se producen, lo que requiere, naturalmente, una notificación rápida. Por otra parte, sólo se podrá erradicar el tifo habituando al campesino a la limpieza corporal. En el sostenimiento de este servicio coopera UNICEF proveyendo material.

3. *Control de la Viruela.*—Esta enfermedad es otra de las endemias más persistentes en el país, con una morbilidad bastante pronunciada, que ha variado en el último cuatrienio entre 12,7 y 29,8 por 100.000 habitantes. En los meses transcurridos del presente año brotes más a menos extensos se presentaron en muchos lugares de la República y la tasa anual será excepcionalmente alta. A pesar de prepararse en el país una vacuna de buena calidad y en cantidad suficiente, no se ha podido erradicar hasta ahora esta enfermedad por falta de una organización adecuada para llevar a cabo una campaña de vacunación en escala nacional. Uno de los principales obstáculos ha consistido en la dificultad de mantener la viabilidad de la vacuna glicerizada en la extensa región subtropical. A obviar este inconveniente está dirigida la cooperación que nos presta la Oficina Sanitaria Panamericana con la dotación de equipo para la preparación de vacuna desecada dentro del planeamiento general que para la campaña de erradicación de la viruela ha preparado el Gobierno de Bolivia, con ayuda de dicho organismo internacional. Desgraciadamente la campaña a poco de iniciada tuvo que interrumpirse para atender un brote de tifo que amagó la ciudad de La Paz; pero, pasado el peligro, ha quedado reanudada hace pocos días.

4. *Control de la Fiebre Tifoidea.*—La incidencia de esta enfermedad es moderada; entre 1950 y 1953 ha fluctuado entre 14,7 y 26,5 por 100.000 habitantes. Durante este período se ha hecho muy poco por mejorar su control. Cuando ocurre algún brote se vacuna al núcleo humano amenazado, pero generalmente no en forma completa. Los trabajos de saneamiento ambiental, tales como vigilancia y protección de las aguas potables, la instalación del alcantarillado y la construcción de letrinas en el área rural, caminan con mucha lentitud.

5. *Control de la Tos Ferina.*—Esta enfermedad es una de las causas más serias de la mortalidad infantil en el país. Los brotes anuales, que por lo general se convierten en extensas epidemias, acusan una mortalidad elevada; la tasa de 13,9 a 37,3 que se le asigna de 1950 a 1953 debe ser mucho más alta, ya que la notificación no proviene sino de una reducida parte de los habitantes. La práctica de la vacunación preventiva tiende a introducirse aunque en forma muy limitada. Se la hace actualmente por los centros de salud y algunas jefaturas de sanidad provincial.

6. *El Pian.*—El área de extensión de esta endemia está limitada, aparentemente, a las provincias de Nor y Sur Yungas del departamento de La Paz. Antes de 1948, se hizo una campaña en gran escala, habiéndose tratado unas 1.800 personas. Había lugares en que el índice de infección alcanzaba el 50%. Con el tratamiento en masa logró reducirse este índice al 7,5% en los lugares de mayor prevalencia. En los últimos años no se ha revisado este problema.

7. *Otras Enfermedades.*—Son frecuentes la influenza, el sarampión, la parotiditis y conjuntivitis epidémica. Con menos frecuencia aparecen brotes de disentería bacilar, fiebre recurrente y poliomielitis. Entre las de carácter crónico y localizadas en pocos lugares, tenemos leishmaniosis y mal de pinto. Se observan casos de enfermedad de Chagas y brucelosis, pero aún no se les ha estudiado debidamente.

B. Departamento de Tuberculosis

Organizado este Departamento en 1936, inició sus labores con alentador empeño y eficiencia, pero este impulso llegó a estancarse. Los dispensarios de broncopulmonares, junto con las clínicas de tuberculosis de los centros de salud, son los principales organismos de lucha contra la tuberculosis, pero que no alcanzan a controlar todos los casos de las capitales de departamento donde funcionan exclusivamente. Es un problema que, como varios otros de orden sanitario, lo conocemos apenas fragmentariamente. Su incidencia y prevalencia para todo el país son desconocidas.

A las 369 camas especiales para tuberculosos, distribuidas entre un hospital existente en La Paz y salas especiales en los hospitales generales de las demás capitales de departamento, se añadirá en breve 198 camas de otro hospital. Además, la Caja Nacional de Seguro Social está construyendo otro hospital pequeño de unas 60 camas. Pero las 630 camas de las que pronto se dispondrá, apenas llenarán la quinta parte de las necesidades, ya que las 1.500 defunciones anuales, que como promedio acusa la estadística, indican que por lo menos debe duplicárselas en atención al diagnóstico deficiente, sobre todo en el área rural. La escasez de enfermeras de salud pública hace que la labor de educación del tuberculoso y de su familia se efectúe en muy limitada escala.

Desde hace varios años se prepara vacuna BCG, pero la vacunación apenas ha alcanzado a unos 7.000 niños. Actualmente se hacen esfuerzos por mejorar y ampliar este servicio. Acaban de partir dos médicos tisiólogos al Ecuador para seguir un cursillo de entrenamiento de vacunación con BCG, auspiciado por la Oficina Sanitaria Panamericana, y se ha solicitado que el Jefe del Laboratorio que prepara la vacuna en Bolivia pudiera recibir también la ayuda de una beca, para estudiar los requerimientos que la Organización Mundial de la Salud exige en la preparación de la vacuna BCG.

C. Departamento de Paludismo

Un cálculo a *grosso modo* estimaba en 190.000 Km² el área afectada por el paludismo, con una población de 600.000 habitantes. Las grandes posibilidades del DDT, tanto desde el punto de vista económico como de su poder insecticida, han permitido poner bajo control, hasta la fecha, unos 61.000 Kms² poblados por 400.000 habitantes, habiéndose logrado inclusive erradicar el paludismo en apreciable extensión de esta área. Queda aún sin control el área más extensa, pero también más despoblada, situada en su mayor parte en la cuenca amazónica. En 1950 el área bajo control llegaba a 27.000 Km², con 268.000 habitantes. La erradicación total de la endemia palúdica del territorio boliviano, si bien es difícil por la sinuosidad y complicación topográfica del área afectada, no es imposible si se cuenta con los recursos necesarios en material, personal suficientemente pagado y un plan bien trazado y rigurosamente llevado a cabo, recursos que no están lejos de las posibilidades actuales del Gobierno, especialmente si se continúa disponiendo de la ayuda internacional.

D. Departamento de Venéreas

El control de las enfermedades venéreas por varios años quedó anexo al Departamento de Epidemiología, siendo atendido como un problema secundario, lo que determinó el estancamiento de sus actividades. En noviembre de 1953, ha dejado este servicio de pertenecer al Departamento de Epidemiología creándose, por su importancia singular, el Departamento de Enfermedades Venéreas.

El control de estas enfermedades se lleva a cabo, por ahora, exclusivamente en las capitales de departamento, mediante dispensarios directamente dependientes del Departamento de Venéreas y clínicas en los centros de salud mantenidos por el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. En la ciudad de La Paz existen siete centros de tratamiento, incluyendo la Sección de Venéreas del Hospital General; en las demás ciudades funcionan dos centros y por lo general uno, según la importancia de la población. El Departamento recién creado ha iniciado sus labores haciendo un estudio de la actual situación del problema en diversos medios representativos del país para tener una idea general de su gravedad. A la vez está reorganizando los dispensarios en lo referente al arreglo de locales, renovación de equipo, adiestramiento del personal, implantación de modernos esquemas de tratamiento intensivo y adquisición de drogas en cantidad suficiente para una campaña en gran escala. La centralización de laboratorios para exámenes serológicos es otro de sus objetivos. Más tarde se abocará al estudio de la legislación sobre enfermedades venéreas y del problema de la prostitución.

E. Departamento de Peste

La peste es un serio problema para Bolivia. Su aparición en el territorio data de hace más de 30 años. Empezó en el sur de la república a poca distancia de la frontera con la Argentina y luego avanzó a saltos hasta llegar a unos 100 Kms. al norte de la ciudad de Santa Cruz. La infección ha abarcado una faja larga y estrecha de 550 Kms. de norte a sur por un ancho de 80 a 120 Kms. de este a oeste. Al principio fué netamente selvática; más tarde, con la importación de ratas durante la guerra del Chaco, se presentaron concomitantemente varios brotes de peste doméstica. Los brotes de avance fueron todos de peste selvática. Los hospederos de la peste doméstica son el *Rattus, rattus alexandrinus* y el *Rattus, rattus, rattus*. Como reservorios de la peste selvática hasta ahora han sido identificados el *Phyllotis wolffsohni* y el *Hesperomys venustus* de entre varias especies examinadas.

Brotos de peste se presentan cada año, casi sin excepción, en diversas localidades sin llegar a convertirse en epidemias de consideración, por la vigilancia permanente que se ejerce. He aquí el número de localidades afectadas y el de casos ocurridos en los cuatro últimos años: 1950, 4 localidades, 24 casos; 1951, 2 localidades, 10 casos; 1952, 4 localidades, 55 casos; y 1953, 0 localidades, 0 casos. Esta endemia es controlada por el Departamento de Peste de la División de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Higiene y Salubridad. Tiene su sede en Sucre y dispone de un laboratorio bastante bien equipado. El control

está orientado a determinar las especies de reservorios, su área de distribución y su biología, la investigación permanente de la presencia del *Pasteurella pestis* en los roedores domésticos como silvestres y al rociado intradomiciliario y de las madrigueras de roedores cuando hay amenaza de un brote pestoso. En lo que se refiere a la investigación de reservorios se ha hecho poco, absorbido como ha estado el personal por la atención de las labores de control rutinario en presencia de los frecuentes brotes. En este capítulo de la investigación del mecanismo de la peste selvática y de la búsqueda de algún medio que permita detener su avance hacia el valle del Amazonas y mejorar su control en el área ya afectada, tenemos asegurada la eficaz cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana, a iniciativa de su ilustre Director, el Dr. Fred L. Soper.

F. Departamento de Lepra

Una de las enfermedades que mayor preocupación viene causando, sobre todo en el medio profano, es la lepra. Sin embargo, la presencia en Bolivia de esta enfermedad data desde la época de la colonia, sin duda fué en ese tiempo que los inmigrantes europeos la trajeron al país. Cuatro encuestas epidemiológicas efectuadas entre 1942 y 1949, completadas por algunas investigaciones posteriores, han identificado 810 enfermos en todo el país. Si nos atenemos a la regla de Doney, que establece que por cada caso conocido existen tres desconocidos, el número de enfermos ascendería a unos 3.200, aproximadamente.

El control de esta endemia se encuentra a cargo del Departamento de Lepra, fundado hace trece años. Dicho control ha consistido hasta la fecha en el aislamiento de los leprosos con lesiones avanzadas y el tratamiento dispensarial de los casos ambulantes. Degraciadamente, los establecimientos para el aislamiento se encuentran todavía en un estado incipiente de desarrollo y apenas se encuentran aislados alrededor de 120 enfermos. El tratamiento en dispensarios, centros de salud, etc., tampoco está aún debidamente organizado, de manera que prácticamente el tratamiento regularmente llevado a cabo sólo alcanza a los 120 enfermos aislados en dos colonias y en salas especiales de tres hospitales. En el próximo año se proyecta ampliar la capacidad de las colonias para aislamiento y reorganizar el tratamiento ambulatorio, a la vez que iniciar una compañía intensa de educación tendiendo a evitar el contagio en el hogar.

G. Departamento de Verminosis

Las verminosis intestinales son muy extendidas en el territorio de la República. Entre todas la que más gravedad entraña desde el punto de vista no sólo de la salud humana, sino de la economía, es la uncinariasis, que domina toda el área de clima caluroso y húmedo que se extiende al oriente del gran macizo andino. En esta región la uncinariasis y la desnutrición forman un círculo vicioso; la una agrava a la otra. La uncinariasis es el factor principal de la reducida energía para el trabajo y la consiguiente baja capacidad económica del hombre del llano subtropical.

El estudio efectuado en ocho localidades de las provincias, que se extienden

al norte de la ciudad de Santa Cruz, reveló que la infestación uncinárica fluctuaba entre el 85% y el 94% de los habitantes. El control de la parasitosis intestinal no es solamente problema médico sanitario que involucra tratamientos en masa y el saneamiento del suelo, sino también un problema de nutrición, de agricultura y de educación, cuyo desarrollo requiere una larga y tenaz labor. Existe un departamento que se ocupa de este control, pero por la escasez de recursos ha desarrollado apenas una campaña restringida que ha beneficiado a la ciudad de Santa Cruz y pocas poblaciones menores próximas a ella y, en el departamento del Beni, a la capital Trinidad y la ciudad de Riberalta. Hoy, que esta vasta región se abre promisoramente a la civilización y empieza a desarrollar su potencialidad económica basada en la explotación agrícola y ganadera, es necesario intensificar y ampliar esta campaña tendiente a devolverle al campesino oriental su pleno vigor físico, de manera que pueda constituirse en la columna fundamental de nuestro autoabastecimiento alimenticio y consecuentemente de nuestra independencia económica.

H. Departamento de Zoonosis

Afectan a Bolivia muchos y muy importantes problemas que entran en el radio de acción de este departamento, que actualmente se encuentra en formación: la rabia, la brucelosis, la hidatidosis, la fiebre aftosa, la tuberculosis bovina, etc., problemas que, desgraciadamente, poco o nada han sido estudiados en su relación con la salud humana. Esperamos que en la próxima Conferencia podamos informar ya algunas realizaciones en este terreno.

V. PROMOCIÓN DE LA SALUD

Los diversos servicios que propenden a mantener a la población en plena salud, a base del equilibrio que debe establecerse entre el individuo y su medio ambiente, no han alcanzado todavía un desarrollo satisfactorio en Bolivia. Este sector de la salud pública cuenta con los siguientes servicios: (1) Departamento de Nutrición; (2) Departamento Materno Infantil; (3) Servicio de Sanidad Escolar; y (4) Servicio de Higiene Dental.

A. Departamento de Nutrición

Este Departamento viene funcionando desde hace unos diez años. Su labor ha consistido en la ejecución de algunas encuestas alimentarias sobre ciertos sectores de la población, tentativas de racionalizar el funcionamiento de los comedores populares y estudiar el tenor de algunos alimentos en proteínas, hidrocarbonados y minerales (menos vitaminas). Todo esto apenas en la ciudad de La Paz.

El insuficiente material estudiado no ha permitido extraer conclusiones precisas en materia de alimentación para todo el país. Pero la simple observación de lo que comen los diversos grupos sociales que habitan el territorio de la

República nos enseña que el campesino, en su inmensa mayoría, se alimenta muy mal; consume ínfima cantidad de proteínas, casi la totalidad de su alimentación es a base de hidratos de carbono. Rara vez come carne; si produce leche, queso o huevos es para venderlos en las poblaciones próximas. La única fuente apreciable de proteínas para el campesino son las de origen vegetal.

La población de las ciudades, que cuenta con ingresos suficientes, está mejor alimentada. En este respecto la elevación de salarios y otros beneficios sociales concedidos a los obreros, en el último tiempo, posiblemente contribuirán a mejorar su situación alimentaria, pero ayudados por la educación.

No podemos esperar de pronto lo mismo acerca del campesino indígena cuyo régimen alimenticio deficiente, al que está habituado por siglos, no será influenciado por las ventajas obtenidas con la Reforma Agraria, sino merced a una larga y paciente acción educativa.

Organizaciones internacionales y extranjeras como el UNICEF y CARE han contribuido, en los últimos años, con donativos de leche en polvo, a mejorar la alimentación en el medio popular y campesino, sobre todo entre los escolares y preescolares. Pero el mejoramiento real y la solución del problema sólo se conseguirá con el incremento de la producción agropecuaria, que es una de las tareas a las que con más empeño está abocándose el Gobierno de la Revolución Nacional.

B. Departamento Materno Infantil

La protección maternoinfantil es una de las grandes tareas de salud pública que Bolivia debe encarar con el máximo interés, porque uno de los más serios obstáculos con que tropieza para su progreso es su débil densidad de población: 3.019.000 habitantes para 1.069.000 Kms.², o sea 2,8 habitantes por Km.² (1950); muy pocos habitantes para dominar tanta tierra que requiere ardua conquista.

Si bien nuestro índice de natalidad es uno de los más altos, 40 por 1.000 habitantes (promedio 1950-53), el crecimiento de la población es muy bajo (1,66% anual). Esto se debe en su mayor parte a la elevadísima mortalidad infantil. Las cifras globales que a este respecto registran las estadísticas para todo el país no reflejan la realidad. Así en 1950 aparece Bolivia con una tasa de 108,7, en mejor situación que Colombia con 124 y Chile con 153, pero es que no todas las defunciones son notificadas; la prueba la tenemos cuando se basa el cálculo únicamente sobre la población de las capitales de departamento, donde la información es más completa. Para el conjunto de las nueve referidas ciudades la tasa en 1950 es de 174 y por encima de este promedio La Paz figura con 210, Potosí con 225 y Oruro con 235. La verdadera situación boliviana es revelada cuando se compara estas tasas con las de otras ciudades de nuestro continente: ciudad de México 121, Santiago de Chile 112, Río de Janeiro 109, Bogotá 104, Lima 83, Montevideo 56, Buenos Aires 37, Nueva York 25. Si la mortalidad infantil es así elevada en las ciudades, ya se puede colegir cómo será en el área donde la cultura y los recursos sanitarios son más deficientes.

Aunque la base de información estadística es muy deficiente para establecer las causas de la mortalidad infantil en Bolivia, pues se registran miles de falleci-

mientos por causas no especificadas o mal definidas, podemos decir en líneas generales que ellas son: (a) trastornos digestivos y de la nutrición; (b) enfermedades del aparato respiratorio; (c) enfermedades infecciosas; y (d) debilidad congénita y prematuridad. Entre las infecciones ocupan lugar predominante la tos ferina y las eruptivas.

El servicio encargado de organizar y dirigir el movimiento tendiente a proteger al binomio madre-niño, es el Departamento Maternoinfantil. Sus medios de ejecución son las clínicas maternoinfantiles de los centros de salud, las maternidades y centros maternoinfantiles rurales y hospitales y dispensarios especiales para niños. Se empieza a dar particular énfasis a la educación de la madre en el cuidado de la salud de su niño y de su propia salud, porque la ignorancia de la higiene maternoinfantil es el factor principal de la enorme mortalidad durante el primer año de vida.

En esta labor se va recibiendo eficaz cooperación de UNICEF y de la OMS. En cooperación con estas entidades se ha fundado durante el presente año un centro maternoinfantil rural en el departamento de Tarija y se está preparando otro igual para el departamento de Oruro, fuera de la dotación de equipo a los hospitales de niños de La Paz y Santa Cruz.

Para demostrar el enorme interés que el Gobierno de la Revolución Nacional tiene por este problema basta decir que en el breve espacio de un año se han inaugurado nueve dispensarios materno infantiles en las siguientes localidades: Achacachi, Copacabana y Guaqui, del Distrito de La Paz; Arani y Tiraque, del Distrito de Cochabamba; Villazon, del Distrito de Tupiza; San Ignacio de Velasco y Charagua, del Distrito de Santa Cruz; y Telamayu, en cooperación con la Corporación Minera de Bolivia, en el Distrito de Potosí.

C. Servicio de Sanidad Escolar

Se ocupa del control de la salud de los escolares y maestros. Los exámenes de salud se hacen al principio de cada año; los maestros son examinados todos, no así los alumnos, por la escasez de personal médico.

D. Servicio de Higiene Dental

Nada se ha hecho por impulsar este servicio; funciona como un simple organismo burocrático.

VI. ASISTENCIA MÉDICA

Como en todas partes, la medicina curativa ha sido y continúa siendo la actividad sanitaria de mayor volumen y que absorbe la mayor parte del presupuesto del Ministerio de Salubridad. Concurren a sostenerla el Estado, la Caja Nacional de Seguro Social e instituciones particulares. En cada capital de departamento, el Estado mantiene servicios de emergencia para primeros auxilios y aun la atención de casos quirúrgicos urgentes. Además, existe un hospital departamental con salas para medicina interna y cirugía general y también para diversas especiali-

dades cuyo número varía en proporción a la magnitud e importancia del hospital; en algunas ciudades como La Paz existen inclusive hospitales reservados para una especialidad, como el de broncopulmonares, el oftalmológico, etc. En provincias, muy pocos de los llamados hospitales merecen ese nombre, la mayor parte son simples enfermerías.

La Caja Nacional de Seguro Social ha construido en La Paz un hospital destinado a los obreros asegurados y tiene además una maternidad. Las empresas mineras e industriales de gran volumen tienen también sus propios hospitales, algunos de cierta consideración. Finalmente, las clínicas particulares mantienen un número apreciable de camas en las principales ciudades.

Es en el orden hospitalario que se puede notar un progreso material de importancia en los cuatro últimos años. Se han construido y están próximos a inaugurarse en la ciudad de La Paz dos hospitales para tuberculosos que juntos sumarán unas 260 camas, un hospital para niños con 250 camas y un hospital de la Caja Nacional de Seguro Social con 280 camas; en Cochabamba se ha construido una maternidad para 120 camas y otra en Santa Cruz para 100 camas, y en provincias algunos pequeños hospitales. Además, se han efectuado ampliaciones en varios otros. En 1950 Bolivia contaba con 6.468 camas de hospital. A fines de 1954 o principios de 1955, una vez empiecen a funcionar los hospitales en actual construcción, contará con 7.467 camas, 2,5 por 1.000 habitantes. Se ve cuán lejos todavía estaremos del requerimiento normal de 10 camas por cada 1.000 habitantes.

Por otra parte, este incremento sólo ha favorecido a los principales centros urbanos; la población rural, que constituye las cuatro quintas partes del total de la población, continúa prácticamente casi al margen de este beneficio. Así mientras las ciudades principales con un total de 600.000 habitantes, aproximadamente, disponen de 5.436 camas, las provincias, con una población de 2.400.000, sólo están provistas de 1.931 camas. Muchas de éstas fueron dotadas en los últimos dos años por el Gobierno de la Revolución Nacional, en cumplimiento de su política de atender a las grandes mayorías hasta ahora preteridas.

La asistencia médica carece de un organismo central que oriente su desarrollo en forma planeada y racional, que fiscalice los establecimientos e instituciones asistenciales tanto públicos como privados. Hace falta establecer un departamento especial para dirigir esta actividad. Recientemente se ha dictado un reglamento para los hospitales fiscales; pero los hospitales de empresas privadas y las clínicas particulares prácticamente funcionan sin control alguno. Esto mismo se puede decir de la práctica médica en general. La única actividad de medicina curativa, sujeta a control más o menos satisfactorio, es el ramo farmacéutico, mediante el Servicio Químico Farmacéutico.

VII. PREVISIÓN SOCIAL

Esta repartición, que depende actualmente del Ministerio de Trabajo, incluye la Escuela Nacional de Servicio Social, la Dirección Nacional de Rehabilitación (ciegos, sordomudos, inválidos, ancianos), la Dirección Nacional de Menores (in-

fancia abandonada, asilos), el Servicio del Desayuno Escolar y, finalmente, el Seguro Social General Obligatorio. Este último servicio es con mucho el más importante y se ejerce mediante la Caja Nacional de Seguro Social, organismo aún en formación. La ley que la creó (diciembre de 1949) contempla el seguro (a) de enfermedad, invalidez y muerte imputable o no al trabajo y (b) de maternidad y vejez. Establece su gradual implantación, tanto en número como en la extensión de los seguros.

A partir de 1951 comenzaron sus actividades sanitarias poniendo en práctica los seguros de enfermedad y maternidad, abarcando únicamente a los obreros de empresas particulares de la ciudad de La Paz. Recientemente, ambos seguros se han extendido a los empleados públicos. Al presente, el número de asegurados y de beneficiarios alcanza a 150.000 personas. Su actual organización reconoce tres direcciones técnico sanitarias: (a) de Servicios Asistenciales; (b) de Rehabilitación y Adaptación profesionales; y (c) de Servicios Preventivos. La similitud de funciones con las del Ministerio de Higiene entraña el peligro de duplicidad. Por esta razón, así como por el hecho de que todo su mecanismo se basa sobre actividades de orden médico, el Seguro Social General debe ser incorporado a dicho Ministerio, como se ha hecho en varios países. Así ambos servicios, el de Salud Pública y el del Seguro Social, en vez de caer en cierto antagonismo, se reforzarán mutuamente.

VIII. INGENIERÍA SANITARIA

El Ministerio de Higiene carece de un servicio propio de Ingeniería Sanitaria. El único servicio de este género que existe en el país es mantenido por el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Por este motivo aún no se han abordado en escala nacional los problemas que pertenecen a este capítulo. Actualmente sentimos decirlo que no existe una población donde el agua que la abastece esté debidamente tratada y se disponga en suficiente cantidad; que tenga una red completa de alcantarillado y tratamiento de aguas servidas. Las basuras se tratan por simple vaciado en los extramuros de las ciudades. El control de alimentos y de sus manipuladores es deficiente. Sin embargo, merced a la cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la División de Ingeniería Sanitaria del SCISP se han logrado algunos progresos en los cuatro últimos años, particularmente en lo referente al mejoramiento de aguas potables.

El problema de la habitación no es de carácter agudo en Bolivia. Se calcula que del 80 al 90% de los habitantes vive en casa propia. El Estado, por medio de las cajas de seguro, trata de elevar el nivel de la vivienda construyendo en los centros poblados casas baratas que beneficien a obreros y personas de escasos recursos.

En cooperación con el SCISP se va dando grande impulso a la higiene y seguridad industrial. Se ha creado una División de Higiene Industrial, dotada de un laboratorio bien equipado que servirá de base para el estudio de las enfermedades profesionales que dominan en el país y la manera de poderlas evitar.

Por su parte, la División de Ingeniería Sanitaria del SCISP, dentro del pro-

grama de ampliación de la ayuda del Gobierno norteamericano, en cooperación con el Gobierno de Bolivia, está ejecutando trabajos de aprovisionamiento de aguas potables y de saneamiento ambiental en las provincias situadas al norte de la ciudad de Santa Cruz, como parte de un programa conjunto de educación y desarrollo de la agricultura, llevado a cabo por ambos Gobiernos.

Además, las misma División de Ingeniería Sanitaria se ha hecho cargo de la construcción de centros de salud hospitales en seis localidades del departamento del Beni y proyecta hacerlo en algunas otras del departamento de Santa Cruz. Por otra parte, esta División coopera y asesora al Ministerio de Higiene y Salubridad y a cualquier otra entidad en asuntos de ingeniería sanitaria.

IX. EDUCACIÓN SANITARIA

También falta dentro del Ministerio de Higiene y Salubridad una división de educación sanitaria. En este respecto, la única entidad que ha venido desarrollando una labor apreciable ha sido el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Mediante material impreso, cursos directos y por correspondencia, proyección de películas, charlas y conferencias, organización de clubes de madres y de niños y clubes específicos asociados a los vecinos más interesados de una localidad en la solución de determinado problema sanitario, se ha tratado de llevar al espíritu de las gentes la decisiva importancia que la salud pública tiene para el progreso de los pueblos.

El problema en que el SCISP ha concentrado su acción educativa preferentemente ha sido en la higiene materno-infantil. Aunque todos los hospitales de cierta importancia tienen maternidades, la higiene pre y post natal ha sido puesta en práctica casi exclusivamente por el SCISP. Sus trece centros de salud y cinco unidades rurales tienen como base de su funcionamiento la atención materno-infantil.

Sin embargo, es sensible que su Sección de Educación Sanitaria, por falta de personal especializado, no haya alcanzado el desarrollo que sería deseable.

X. LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

Tenemos que declarar que este servicio se desenvuelve en condiciones muy deficientes y penosas. Es quizás el eslabón más débil de nuestra organización sanitaria. En primer lugar, carecemos de un instituto central de higiene. Los laboratorios que pueden constituirlo están dispersos. Uno de ellos, el Instituto Nacional de Bacteriología, que fué de los primeros en su género que se fundó hace más de treinta años en América Latina y que podía ser el núcleo del referido Instituto Nacional de Higiene, ha quedado lastimosamente estancado: presupuesto escasísimo, personal insuficiente y mal pagado, obligado por este motivo a trabajar a la vez en otras actividades, son las causas principales de este retraso. Dentro de sus posibilidades, sin embargo, se ocupa de la preparación de vacunas antivariolosa glicerizada, antitífóidica, antioqueluchosa y antirrábica. Trabaja como labora-

torio de diagnóstico, en forma limitada, efectuando reacciones de Vidal y Weil-Felix, exámenes bacteriológicos de muestras patológicas y productos biológicos, y determinación del poder bacteriostático de antibióticos.

Otro de los laboratorios es el de bromatología, que efectúa exámenes de alimentos con fines de control de los establecimientos que los preparan o de estudios de nutrición; desgraciadamente le hace falta material para la determinación de vitaminas. El Laboratorio de Análisis de Medicamentos y el de Productos Farmacéuticos, se ocupan del control de los preparados farmacéuticos que se expenden en el país y de la preparación de algunos productos sencillos y de bastante consumo en los servicios del Ministerio de Higiene y Salubridad. Entre los laboratorios nacionales tenemos también el de BCG, en la ciudad de Sucre y el laboratorio del Instituto Médico Sucre, donde se prepara vacuna antivariolosa de excelente calidad. Como laboratorios distritales apenas hay uno; el que dirige el SCISP en la ciudad de Cochabamba, que sirve a todas las necesidades sanitarias de aquel distrito y que seguramente es el mejor equipado que tenemos en el país.

XI. ESTADÍSTICA VITAL Y SANITARIA

La repartición que tiene a su cargo esta función es el Departamento de Bioestadística, que dentro de sus posibilidades desempeña eficientemente su cometido. Si dispusiera de algo más de personal y equipo haría una labor más amplia y más al día, pero siempre de muy relativa perfección y exactitud, mientras no se corrija y desarrolle la base de información, que en el momento actual es muy parcial y sujeta a error. Pero, corregir y desarrollar dicha base significa la reorganización integral del servicio de sanidad rural, educar al público y principalmente obtener la cooperación del médico y sus auxiliares.

La recolección de datos en las capitales de departamento es relativamente satisfactoria, exceptuando los que deben proporcionar los médicos particulares, porque se dispone de varias reparticiones oficiales que controlan el movimiento de morbilidad y mortalidad. La dificultad está en las provincias. Allí es el Jefe de Sanidad Provincial, ayudado por los vacunadores cantonales, que debe efectuar la recolección de datos pero de los 78 cargos de jefes de sanidad provincial, aproximadamente sólo del 60 al 70% se hallan provistos en forma permanente con médicos titulados o por titularse, el resto está llenado por simples empíricos. Los vacunadores cantonales son apenas 140 para unos 2.200.000 habitantes, o sea un vacunador por cada 15.700 habitantes, muchos de éstos demasiado esparcidos. A esto hay que añadir que este personal no ha recibido capacitación alguna para recoger con la mayor exactitud y amplitud posible los datos sobre morbilidad y mortalidad. Se puede deducir, pues, cuán deficientes serán los datos de información estadística venidos desde el área rural.

Todavía existe el inconveniente de que el registro de datos de natalidad y mortalidad no está bajo el control del Departamento de Bioestadística, sino que depende del registro civil, de donde son pasados a la Dirección General de Estadística y allí tardan en ser tabulados, por ello no se hallan disponibles dichos datos en cuanto ha concluido el año.

XII. ORGANISMOS SOSTENIDOS POR COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Las entidades extranjeras o internacionales que cooperan con el Gobierno de Bolivia en materia de salud pública son la Administración de Operaciones en el Exterior del Gobierno de Estados Unidos, por un lado, y, por otro, la Oficina Sanitaria Panamericana, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo Internacional para la Infancia (Naciones Unidas).

La Administración de Operaciones en el Exterior sostiene un organismo autónomo, el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Este servicio fué creado en diciembre de 1942, como resultado de la Conferencia de Ministros de Relaciones de los países americanos celebrada en Río de Janeiro el mismo año. Después de una serie de tropiezos en los primeros años de su funcionamiento, debido a la escasez de personal técnico, orientó definitivamente sus actividades hacia la atención de servicios locales de salud pública, la ingeniería y la educación sanitarias. El SCISP presta actualmente servicios de salud pública más o menos a una sexta parte de la población de Bolivia, en lo que a servicios locales se refiere. La eficacia con que trabaja se debe a la autonomía de que goza, apoyada por recursos económicos suficientes. Así puede seleccionar su personal, fijar haberes a tiempo completo que están en relación algo más próxima con el costo de vida que los sueldos fiscales, y regirse por una reglamentación adecuada a los fines que se persigue, destacándose el estímulo que se da al buen funcionario. Por este medio ha llegado a contar a través de los años con gran cantidad de personal técnico especializado en salud pública.

Las tres entidades internacionales: Oficina Sanitaria Panamericana, Organización Mundial de la Salud y UNICEF, colaboran directamente con el Ministerio, ya ampliando y mejorando los servicios que tiene o creando nuevos servicios dentro del Ministerio. Su cooperación consiste en asesorar al personal y proveerle del material que no se puede obtener en el país. La vigilancia y la orientación de los servicios, que significa dicho asesoramiento, las hacen sus técnicos mediante visitas eventuales. Cooperan las tres juntas coordinando su acción en los siguientes programas en actual desarrollo: control del tifo, control del paludismo, vacunación antivariolosa, estudio de la peste, mejoramiento de la nutrición mediante la donación de leche en polvo y la instalación de una fábrica para su preparación, la creación e incremento de los servicios de protección maternoinfantil, la mejora de la notificación de las enfermedades transmisibles, la reorganización de la Escuela Nacional de Enfermeras y varias actividades más, entre ellas, la concesión de becas para mejorar la capacidad técnica del personal en trabajo.

En cuanto a la forma de cooperación, ambos sistemas tienen sus ventajas y desventajas. El sistema, según el cual funciona el SCISP, tiene la gran ventaja de facilitar la iniciación y el desarrollo del servicio que se va a establecer ahorrándole las dificultades inherentes a la armonización, con un mecanismo administrativo que no siempre es adecuado para servirle de base. Pero tiene dos graves inconvenientes: (a) que puede desarrollarse en un nivel económico muy elevado en relación a las posibilidades del país, lo que imposibilita su extensión al resto de la nación; (b) que se mantiene como una entidad extraña al mecanismo administra-

tivo de la Sanidad Nacional. No se tiene en evidencia la gravedad de estas desventajas sino cuando llega el momento de injertar el servicio, que hasta entonces fué autónomo, en el árbol de la sanidad gubernamental. Los inconvenientes mayores son el trabajo a tiempo completo y la armonización de los sistemas administrativos tendientes a amoldar el nuevo servicio a las leyes y disposiciones que rigen en el país, procurando empero conservar algunas normas que le son imprescindibles para continuar funcionando con eficiencia. Si en ese momento faltan la buena voluntad y comprensión, la plena conciencia de que se está delante de un servicio útil al país, que ha costado años de esfuerzo para desarrollarlo y que su adaptación dentro del mecanismo administrativo nacional debe hacerse con cuidado para no mellar su eficiencia—que es justamente la ventaja que el país debe obtener y conservar de este género de servicios—el tránsito será muy difícil y peligroso, corriendo el riesgo de desfigurarlo o destruirlo. La fusión tiene que ser paulatina, bajo la vigilante mirada de la que fué su institución tutelar.

El segundo sistema, o sea la cooperación directa a los servicios nacionales de salud pública a través del Ministerio respectivo, tiene la desventaja de progresar con cierta lentitud por dificultades surgidas del defectuoso mecanismo administrativo que le sirve de base y de requerir, además, personal directivo de alta calidad, ya que el asesoramiento y supervisión no se ejercen en forma continua. En cambio tiene la ventaja de que los servicios mantenidos en cooperación trabajan en el propio ambiente en el que funcionarán en definitiva, sin perder, así, su carácter netamente nacional, y sin que parezcan una repartición aparte dentro del Ministerio de Salud Pública.

Creemos que la solución estaría en adoptar un procedimiento que reúna las ventajas de los sistemas anteriores, eliminando sus desventajas: las entidades cooperadoras colaborarían directamente con el Ministerio de Salud Pública en programas comunes a todas ellas, manteniendo en el país una oficina permanente con un grupo suficiente de técnicos para orientar y vigilar el desarrollo de los referidos programas.

Establecida así la vigilancia técnica ininterrumpida se obviaría el defecto de la vigilancia ocasional que debilita la acción y, por otra parte, la cooperación directa al Ministerio evitaría crear quistes de difícil asimilación para el organismo administrativo nacional.

Esta idea es sugerida por la Delegación boliviana como una recomendación ante la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, en el intento de solucionar el segundo propósito que se ha fijado en el programa para 1955.

XIII. CONCLUSIONES

En resumen, tres son los grandes problemas de salud pública que en el momento actual y en forma urgente el Gobierno y el pueblo de Bolivia deben encarar: (1) control de las enfermedades transmisibles; (2) alimentación racional; y (3) reducción de la mortalidad infantil a sus límites mínimos. Alcanzar estos tres objetivos requiere dos condiciones previas de carácter fundamental: desarrollo de la base económica y reorganización del Ministerio de Higiene.

No se podrá controlar las enfermedades transmisibles sin disponer del dinero suficiente para pagar personal y material en proporción adecuada; no se podrá mejorar la alimentación del pueblo si no se dispone de alimentos abundantes y de buena calidad y de salarios suficientes para comprarlos; ni se podrá elevar el nivel cultural y económico de las familias para evitar la mortalidad infantil. Para obtener todo esto una sola cosa es necesaria: producir, producir cada vez más, para que haya alimentos abundantes, a fin de que puedan incrementarse los salarios y para que el Estado disponga de más renta que le permita establecer servicios más completos y eficaces. Por eso el Gobierno de la Revolución Nacional, para el cual la salud del pueblo es una de sus primeras preocupaciones, ha volcado, previamente, todo su esfuerzo a estimular esta empresa, y a ello están dirigidas la Reforma Agraria, la diversificación de la producción, las obras viales, las de irrigación y varias disposiciones de orden financiero, económico y social.

Pero disponer de recursos económicos suficientes no bastaría, en el momento actual, para obtener el éxito que se busca. Nos hace falta una organización adecuada a las funciones que debe desempeñar un servicio moderno de salud pública, capaz de aplicar esos recursos con eficacia máxima. Dicha organización debe incluir la transferencia al Ministerio de Higiene de todos los servicios de sanidad dispersos en otros ministerios, principalmente el del Seguro Social. El Ministerio, así reorganizado, necesitaría de un presupuesto que lo habilite para desenvolverse de acuerdo a su nueva estructura, y este presupuesto no puede ser menos que el 10% del presupuesto nacional. Finalmente urge dotar a la sanidad nacional de un estatuto, que sea su carta fundamental, que contemple la carrera sanitaria a base de personal debidamente capacitado, con trabajo a tiempo completo, adecuadamente remunerado, que sea ascendido de acuerdo a un escalafón y sea garantizado en su cargo mientras se dedique exclusivamente a él con honradez y empeño.

En esta labor de remodelamiento y consolidación de la nueva organización sanitaria es que el grupo de técnicos, de quienes antes hablamos, desempeñaría un papel importantísimo, como el que están realizando varios expertos del programa de Ayuda Técnica de las Naciones Unidas en diversos campos de la Administración Pública en Bolivia. Y así se cumpliría magníficamente el primer punto del Programa de la Oficina Sanitaria Panamericana para 1955, que recomienda "atención especial al fortalecimiento de los servicios nacionales de salud pública". Porque, mientras no haya un estatuto que sirva de sostén al Servicio de Sanidad, será utópico llevar a cabo obras serias y de largo aliento con personal eternamente inexperto debido a los continuos cambios. La sanidad, al impulso de los vaivenes de la política, seguirá viviendo esa vida azarosa e indecisa que hace imposible todo progreso firme y continuado.

El PRESIDENTE: Se agradece al Dr. Brown su interesante informe y se le suplica que presente su proposición en sesión plenaria, cuando se adopten recomendaciones.

Antes de conceder la palabra a la siguiente delegación, la Presidencia desea hacer dos observaciones: una, que avanza el tiempo de la Conferencia y se desea terminar con los informes de los países lo más pronto posible, para poder entrar en la parte medular que nos espera; y se suplica a las delegaciones que reduzcan

a diez minutos su exposición, toda vez que tengan la oportunidad de hacer imprimir y hacer circular el documento completo que hayan traído a la Conferencia.

El segundo punto, y muy importante, es que, al tratar de leer un informe largo en diez minutos, hablan a tal velocidad que es imposible para los intérpretes seguir, o por lo menos dar, en otros idiomas, una idea de lo que están diciendo. Por consiguiente, la Presidencia suplica nuevamente resumir y hablar despacio para facilitar la labor de los intérpretes.

Corresponde hacer uso de la palabra al señor Delegado del Reino Unido. Tiene la palabra el Dr. Harkness.

INFORME RELATIVO A LOS TERRITORIOS BRITANICOS

El Dr. HARKNESS (Reino Unido) (*traducción del inglés*): Mi intención era limitar mis observaciones personales a las cuestiones que afectan a los territorios británicos en conjunto, y dejar decir a mis colegas, que se encuentran sentados a mi lado, unas pocas palabras referentes a los territorios a los cuales ellos mismos pertenecen, especialmente. Pero, por razón del tiempo, me han pedido que procure abarcar, en mis observaciones, cuantas cuestiones pueda en relación a sus territorios.

Nuestra intención era que el Dr. Peat restringiera sus observaciones a una breve descripción de la reaparición del virus de la fiebre amarilla en Trinidad, y tenemos entendido que el Secretario General ha sugerido que el tema sea aplazado hasta el jueves.

Con su venia, señor Presidente, continuaré ahora mis observaciones.

Creo que los señores delegados conocen bien cuáles son las unidades ampliamente dispersas de los territorios británicos del Caribe, los cuales comprenden doce gobiernos separados e independientes y presentan una considerable diversidad de problemas sociales y económicos pero tienen, sin embargo, intereses comunes que los llevan hacia la federación.

En conjunto, la población de estos territorios (con exclusión de las Bahamas) era de 3.091.000 a comienzos de 1950, y llegó a 3.375.000 al final de 1953. Este aumento de 280.000 habitantes, es decir, un poco más del 9%, en cuatro años, se debe enteramente a la elevada tasa de crecimiento natural.

En estos territorios, limitados tanto en superficie como en recursos naturales, esta rápida tasa de crecimiento plantea un problema enormemente difícil a todas las ramas de la administración, cuyo objetivo principal es, por supuesto, el mejoramiento progresivo del bienestar económico y social de cada uno de los habitantes.

La magnitud del problema se puede apreciar mejor si se considera que el aumento de los últimos cuatro años equivale a la población total de las Islas de Barlovento. Traducido a necesidades humanas, esto representa una cantidad impresionante de casas, escuelas, iglesias, hospitales, artículos de vestir, alimentos, empleos y salarios.

Los señores delegados pueden darse cuenta, pues, del problema con que se enfrentan esos territorios británicos.

Durante el período que examinamos, las tasas de natalidad permanecieron altas, en 36,8 por mil habitantes. Las tasas de mortalidad disminuyeron desde

12,8 por mil habitantes hasta 11,5. La tasa de mortalidad infantil para el grupo disminuyó de 87 a 77 muertos menores de un año por mil nacimientos.

Hay considerable variación de las tasas entre los distintos territorios, las cuales reflejan de un modo general el estado de la higiene del medio, los niveles económicos y el desarrollo de los servicios dedicados especialmente a la higiene maternoinfantil.

En 1950, la tasa de mortalidad infantil estaba por encima de 100 en ocho territorios. En 1953, sólo cinco territorios informaron cifras superiores a 100. Las tasas más bajas corresponden a Jamaica, 63; siguen Granada, 67, y Trinidad, 69. Las tasas de mortalidad general más bajas son las de Trinidad y de Honduras Británica, en un nivel de 10,4 por mil habitantes.

Una serie de cuadros de vida preparados para varios de los territorios para 1950-52 demuestra que se han agregado unos cuatro años al promedio de "expectación de vida" al nacer, con respecto a las tablas de vida confeccionadas con el censo de 1946.

El promedio de vida en Jamaica, Trinidad, Guayana Británica y Barbados, es de 53 a 55 años para los varones y de 56 a 59 para las hembras, lo cual representa un aumento de casi 20 años, en cada caso, con respecto a 1921.

Los cuadros de vida demuestran que, desde 1946, los avances se han obtenido principalmente en las edades superiores a cinco años y que se ha logrado sólo un modesto descenso de la mortalidad entre las edades de uno a cinco años. Esto indica que es necesaria la mayor concentración de esfuerzos en aquellas medidas higiénicas dirigidas al cuidado de la madre y del niño.

La distribución de la población en esta área es la siguiente: 54% de la población se encuentra en Jamaica, 20% en Trinidad, 10% en la Guayana Británica, 7% en Barbados, 9% en las Islas de Barlovento, 3½% en las Islas de Sotavento y 2½% en Honduras Británica.

La presión demográfica es máxima en Barbados, donde hay 1.331 personas por milla cuadrada, ó 833 por kilómetro cuadrado.

Los territorios en su conjunto gastan del 11 al 15% de sus ingresos nacionales en servicios médicos y de salubridad. Estos gastos no incluyen aquéllos de los servicios municipales, ni los que hacen el Gobierno o las municipalidades para planes de suministro de agua y drenaje. Ustedes comprenden que, en un territorio pequeño, el 50% de los ingresos no representa una cantidad de dinero muy grande; por ello, en estos territorios se dispone de medios sólo para atender a las necesidades básicas de centros hospitalarios y de bienestar, en una escala muy reducida.

Con el objeto de ayudar a los gobiernos locales a desarrollar sus recursos y a extender sus servicios públicos, el Gobierno del Reino Unido concede subvenciones para programas aprobados. Se ha puesto especial interés, con razón, en aquellas direcciones que darán por resultado el aumento de los recursos económicos y de la productividad de los territorios.

En el período de cuatro años, el total de las subvenciones concedidas fué equivalente a 24.620.490 dólares. De éstos, los servicios médicos y de salubridad recibieron aproximadamente 1,75 millones; la vivienda y urbanización, 2,7; educación, 2,5; suministro de agua, drenaje e irrigación, 4,8; agricultura, 3,75 millones.

Además de éstas, se concedieron subvenciones para programas de investigación por valor de \$116.400 para los de carácter médico y sanitario; \$319.000 para agricultura y \$454.000 para microbiología.

En lo referente a educación médica, el desarrollo de la Facultad de Medicina del University College de las Indias Occidentales ha continuado en forma satisfactoria. Actualmente hay 136 estudiantes en la Facultad de Medicina. Las primeras graduaciones en medicina tendrán lugar este año, precisamente en este mes de octubre.

En universidades de ultramar hay unos doscientos cincuenta estudiantes de medicina.

Aún no existe una escuela de odontología en las Indias Occidentales Británicas.

Las enfermeras de salud pública y los sanitaristas se forman en la Escuela de Salud Pública de Jamaica y, además de esto, en Trinidad y en la Guayana Británica hay cursos de adiestramiento para su propio personal.

El adiestramiento en enfermería general se realiza en el hospital más importante de cada territorio, siguiendo el programa del Consejo General de Enfermería de Inglaterra y Gales.

La formación dada en Barbados, en la Guayana Británica y en Trinidad ha sido reconocida de tal manera que, después de un año de estudios adicionales y de un examen en Inglaterra, una enfermera recibida en las escuelas locales mencionadas puede convertirse en una enfermera diplomada en la Gran Bretaña.

Los gobiernos locales y la Organización para el Fomento y Bienestar otorgan becas a enfermeras seleccionadas para que sigan cursos de ampliación de estudios en el Reino Unido. Está plenamente reconocida la permanente necesidad de la ampliación de estudios de los médicos, sanitarios, y técnicos de las ramas auxiliares de la medicina. Se aprovechan plenamente las disposiciones de los gobiernos locales en cuanto a subvenciones para adiestramiento en ultramar y también aquellas que otorga el plan de adiestramiento de las Indias Occidentales para todos aquellos servicios atendidos con fondos aportados por el Gobierno del Reino Unido. Sin embargo, las necesidades son grandes y los territorios agradecen mucho las becas otorgadas por la OMS y por el UNICEF.

En lo que respecta a los hospitales no daré ningún detalle, pero en este campo se continúa progresando en la mayoría de los territorios. Los fondos disponibles son apenas suficientes para atender a la modernización de las instituciones que existen actualmente; sin embargo, en varios territorios—Jamaica, Trinidad y la Guayana Británica—se han construido nuevas instituciones. Por ejemplo, en Trinidad se ha inaugurado recientemente un hospital de 500 camas, de un valor aproximado de 5.000.000 de dólares.

En cuanto a los servicios de bienestar infantil, el programa para el desarrollo de centros rurales de salud se ha terminado prácticamente en todos los territorios, pero el importante trabajo de adaptar a estos servicios para que realicen las funciones para las cuales han sido diseñados todavía está en curso.

En lo referente a nutrición, el cambio principal ha sido pasar del intento de dar comidas completas a unos pocos niños en las escuelas al de dar leche y grasas

a todos los niños, pero esto no ha ocurrido en todos los territorios. En algunos lugares este plan no alcanza a más del 20% de los niños. Por la asistencia prestada en este aspecto damos también las gracias al UNICEF.

En cuanto a las enfermedades epidémicas, las epidemias corrientes de sarampión, tos ferina, influenza, han aparecido durante el período de 4 años, habiéndose producido también brotes localizados de fiebre tifoidea en ciertas zonas. Estos últimos episodios fueron lo suficientemente graves como para recordarnos que, en lo referente a las enfermedades intestinales, la higiene y el saneamiento de la comunidad no pueden ser reemplazados por la jeringa y una batería de inyecciones profilácticas; y que la ingeniería sanitaria, que se su mayor parte es subterránea y no se ve, puede contribuir más eficazmente a la conservación de la salud colectiva que los rasgos arquitectónicos de un hospital o de un instituto de higiene.

La relativa indemnidad de los territorios británicos con respecto a las enfermedades epidémicas del sistema nervioso central, la cual había durado una década, fué interrumpida por una violenta epidemia de poliomiélitis en Jamaica y Trinidad. La primera explicación que se ofreció—de que ésta pudiera ser la introducción de una nueva cepa procedente de países en los cuales la poliomiélitis es muy prevalente—no ha sido todavía confirmada por las investigaciones de los expertos en la materia. Me parece a mí que se trata más bien de un despertar en la actividad del virus local; en relación con esto siempre resulta interesante suponer que ha existido un recrudecimiento general de la actividad de los virus en nuestras regiones. Por ejemplo, en Trinidad ha habido un aumento de la rabia; ha reaparecido el virus de la fiebre amarilla; y en Jamaica, durante este año, o por lo menos durante una parte de él, la propia influenza fué especialmente grave.

En cuanto al control de paludismo, continuamos haciendo historia en algunos de nuestros territorios. En la Guayana Británica hubieron sólo 83 casos y 3 muertes, en 1953. En Trinidad se informó de progresos similares. La tasa específica de mortalidad descendió desde 22 por 100.000 en 1950, hasta 11 en 1953. La transmisión del paludismo ha cesado en Tobago. Las islas de Antigua, Nevis y San Cristóbal se hallan virtualmente libres de paludismo por primera vez en lo que se conoce de su historia. No ha habido paludismo en Barbados desde 1927. En Honduras Británica la incidencia se ha reducido en un 80%. Acogemos con complacencia la iniciación de un programa regional de control de insectos bajo la dirección de la Oficina del Caribe de esta Organización y esperamos que se logre la erradicación total del paludismo y al mismo tiempo del mosquito *Aedes aegypti* en Jamaica, Granada, Santa Lucía y Dominica. Ya se están viendo resultados prometedores del programa de trabajo realizado conjuntamente en estos territorios.

En todos los territorios se han hecho considerables progresos en el tratamiento y control de la tuberculosis. En la mayoría de los territorios, ha habido, en este período de 4 años, una ampliación de los servicios para el tratamiento hospitalario y extra hospitalario, especialmente en cuanto a la búsqueda de contactos y al control periódico de los casos.

Este avance se refleja en algunas estadísticas que muestran el descenso tanto de la morbilidad como de la mortalidad. En una pequeña isla, San Cristóbal, la tasa de mortalidad descendió desde 50 hasta 19 por año y los casos nuevos han disminuido aproximadamente en un 60%.

En Trinidad, la tasa específica de mortalidad por tuberculosis fué de 88 por 100.000 habitantes en 1948, y ha sido reducida a 40 por 100.000 en 1953.

Conjuntamente con este avance en el tratamiento y control de la tuberculosis, hemos llevado a cabo, con la ayuda de la OMS y del UNICEF, reacciones de tuberculina y vacunaciones con BCG en masa en un número importante de territorios. Estas campañas han sido recibidas con el mayor entusiasmo por parte de la población; aún más, tienen la ventaja adicional de sacar a luz el problema de la tuberculosis, que anteriormente se tendía a ocultar.

Estas campañas han sido ya realizadas en Jamaica, Honduras Británica, San Cristóbal, Granada, Trinidad y Guayana Británica y están programadas para Barbados y Santa Lucía.

El control del pian y de la sífilis se ha proseguido con resultados variables en los territorios. Mucho se ha logrado en Trinidad, Granada, Dominica y Jamaica en cuanto a la reducción de la incidencia de ambas enfermedades, pero se espera que, con la ayuda de la Organización, un programa de tratamiento casa por casa en los reductos que le quedan a la infección pueda erradicar el pian de una vez para siempre según lo demostrado en Haití.

Puesto que mi colega, el Dr. Peat, les hablará de la reaparición del virus de la fiebre amarilla en Trinidad, sólo mencionaré este tema para expresar la buena suerte que hemos tenido de que la creación de un laboratorio regional de investigación de virus por la Fundación Rockefeller en cooperación con el Gobierno de Trinidad, diera por resultado la detección del virus y la adopción de medidas oportunas para impedir que se creara una situación grave que pudiera significar una amenaza para los demás territorios.

Mi Gobierno aprecia muy altamente la ayuda prestada al Gobierno de Trinidad por el Director y el personal de la Oficina y por los Estados vecinos miembros de la Organización Sanitaria Panamericana, tanto al facilitar asesores como al suministrar vacunas para Trinidad.

Se me ha encomendado que transmita en esta Conferencia el reconocimiento del Gobierno de Su Majestad a la Organización por la inapreciable ayuda que se prestó al Gobierno de Trinidad en esa ocasión. Cumplo ese encargo con la mayor satisfacción y sinceridad personal, porque se trata de una demostración práctica de la efectividad de esta gran Organización, a la cual los territorios británicos se sienten orgullosos de pertenecer, que tiene la doble misión de prevenir la propagación de enfermedades peligrosas y estimular el bienestar de los habitantes de esta parte del globo.

El PRESIDENTE: Agradezco mucho al Dr. Harkness su informe. Tiene la palabra el Dr. Fitzmaurice, Director de Servicios Médicos de Jamaica.

INFORME RELATIVO A JAMAICA

El Dr. FITZMAURICE (Reino Unido) (*traducción del inglés*): Un huracán devastador azotó el país en agosto de 1951, mató a más de 150 personas, hirió a muchas, interrumpió los servicios de agua y de electricidad, destruyó las instalaciones sanitarias y derribó edificios. Inmediatamente se hizo, a través del repre-

sentante local, un urgente llamamiento a la Organización Sanitaria Panamericana pidiendo vacuna antitífica y sulfaguanidina y, gracias a la generosa respuesta, se impidió una epidemia de fiebre tifoidea y de disentería. Como de los desastres parece siempre resultar algo de bueno, después del huracán ha habido mejoramientos en las instalaciones sanitarias y un aumento en el programa de viviendas, lo cual ha resultado muy satisfactorio.

Durante 1951-53 se realizaron una campaña de BCG y una encuesta de tuberculosis bajo los auspicios de la OMS, del UNICEF y del Gobierno local. Dichas campañas tuvieron un éxito enorme: 633.697 individuos fueron examinados; de los 349.155 negativos, se vacunó a 347.660 (99,6%). De 73.000 microradiografías tomadas se encontraron 1.251 (1,7%) anormales y, de éstas, 443 (0,6%) eran tuberculosis pulmonares manifiestas. Al terminarse la campaña, el programa de mantención ha sido integrado dentro de las actividades ordinarias del Departamento de Salud, sostenido y dirigido exclusivamente por el Gobierno.

En 1951 se inició, con la ayuda de la Organización Sanitaria Panamericana, un programa de erradicación del *Aedes aegypti*. Aunque éste ha dado buenos resultados en nuestros dos aeropuertos y en la zona del puerto de Kingston, donde el índice ha sido reducido a menos del 1%, el resultado en la ciudad de Kingston y en otras ciudades ha sido más bien descorazonante y se ha hecho necesario cambiar la disposición del programa.

Durante muchos años se usaron tanto medidas larvicidas como rociamiento de acción residual como medidas de control de insectos, pero el 8 de febrero de 1954 se puso en marcha únicamente un programa ampliado de rociamiento con insecticidas de acción residual en todo el país, para el cual se contó de nuevo con la cooperación generosa de la OMS y del UNICEF. Han recibido un rociamiento 73.344 viviendas; han sido rociadas dos veces 29.393 y muchas se encuentran ahora en la tercera fase. Se trata de un programa de dos años, que después será proseguido bajo dirección local.

Se estudia actualmente con las mismas organizaciones un programa para completar la erradicación del pian y para el control de las enfermedades venéreas. También se estudia un programa de nutrición infantil (leche) con el UNICEF.

Se han construido cinco hospitales que tienen en conjunto 832 camas; se va a empezar la construcción de otros dos que dispondrán en conjunto de 416 camas; El Gobierno ha inaugurado otros siete centros de salud, la mayor parte de ellos en zonas rurales; y seis de ellos son de construcción reciente. Doce nuevos centros de salud han sido construidos por la Junta Azucarera de Bienestar en las fincas dedicadas al cultivo de la caña de azúcar o en su vecindad para las familias de los trabajadores; y otros tres por la industria de bauxita. Se han inaugurado numerosos dispensarios para tratamientos, tanto urbanos como rurales, y se han agregado 16 nuevas ambulancias a las que ya existían.

Es digno de observar el hecho de que la tasa de natalidad (34,43) ha alcanzado su más alto nivel y que la tasa de mortalidad general (10,41) y la tasa de mortalidad infantil (63,34) han llegado a los niveles más bajos en la historia del país.

El PRESIDENTE: Agradezco mucho al Dr. Fitzmaurice su informe. Tiene la palabra el Dr. O'Mahony, Director de Servicios Médicos de Barbados.

INFORME RELATIVO A LA ISLA DE BARBADOS

El Dr. O'MAHONY (Reino Unido) (*traducción del inglés*): La isla de Barbados, situada en las Antillas Orientales, tiene una superficie de 168 millas cuadradas. Se encuentra intensamente cultivada con caña de azúcar, que constituye su cosecha más importante.

En el año 1946, su población era aproximadamente de 192.000 personas; y en la mitad del año 1953 alcanzaba 223.000 personas aproximadamente. Dos hechos han quedado ya claros: primero, que el aumento anual de la población gira alrededor del 2% anual; segundo, que la densidad de su población, que actualmente es de más de 1.300 personas por milla cuadrada, es una de las más altas del mundo. Esta última situación constituye una preocupación constante de mi Gobierno.

Hasta el año 1949, el Gobierno estaba interesado solamente en la atención médica en los hospitales centrales—un hospital general de 350 camas, un hospital para enfermos mentales con 700 camas, una maternidad para el adiestramiento de parteras y un leproario para 40 enfermos. Con respecto a la lepra, es interesante registrar el hecho de que el número de enfermos se ha reducido de 250 reclusos en 1900, a 28 en 1954. A causa de esta baja frecuencia ya no hablamos del control de la lepra, sino de su erradicación.

Además de estas instituciones centrales gubernamentales, hay 11 enfermerías con 1.300 camas, administradas por 11 juntas del gobierno local con medios procedentes de impuestos locales. El saneamiento también está controlado por esas 11 organizaciones locales, con un número variable de sanitarios, alrededor de 65 en total.

Ya se han aprobado disposiciones según las cuales se establece un Departamento Central de Servicios Médicos con un Director de Servicios Médicos al frente del mismo, quien es el responsable de la dirección y del control de la atención médica en los hospitales ya mencionados, y que tiene también la dirección y supervisión de la atención médica en las 11 instituciones rurales. El Director también es responsable de la salud pública en la isla, en razón de los poderes que le confiere la reciente legislación de salud pública, y de la reorganización de las zonas de gobierno local que han pasado de 11, como se había dicho, a 3. Se observa, así, que se ha realizado un gran avance mediante el establecimiento de una autoridad sanitaria central responsable de la atención médica y de la salud pública, y responsable también en forma absoluta de todas las cuestiones relativas a la cuarentena reguladas por el Reglamento Sanitario Internacional.

La autoridad sanitaria central actúa bajo un Ministro responsable ante el Parlamento, que concentra en sus manos la responsabilidad de todos los servicios médicos y de bienestar social.

En los tres distritos públicos, en los cuales se divide ahora la isla, se propone instalar tres centros de salud que sirvan cada uno a una población de 75.000 personas aproximadamente. Estas actividades de los centros de salud serán administradas por un funcionario médico sanitario, ayudado por inspectores de

salud y sanitarios bien adiestrados. Las actividades de estos centros de salud son, a grandes rasgos, las siguientes: (1) educación en salud pública; (2) control de las enfermedades transmisibles, con especial referencia a la tuberculosis y a las enfermedades venéreas; (3) higiene materno-infantil; (4) saneamiento del medio.

De hecho, se estableció en 1953 un centro de salud para uno de los distritos y actualmente hay otro instalado en la zona urbana, donde se establecerán también servicios radiológicos para el control de la tuberculosis, a cargo de un funcionario especialista. Se espera que se establezca el tercer centro de salud el próximo año.

Ya se han aprobado también las proposiciones referentes a la atención médica de la tuberculosis como una parte integrada a los servicios de hospital y también aquellas referentes al mejoramiento y ampliación de nuestros servicios hospitalarios; ya se hallan disponibles fondos por valor de 1.000.000 de dólares para la ampliación de los servicios hospitalarios y de salud pública, aparte de nuestros gastos anuales habituales.

Nuestros principales problemas de salud son: (a) las enfermedades venéreas, (b) la tuberculosis, (c) la mortalidad infantil, y (d) el saneamiento del medio. Tenemos la suerte de no tener paludismo y no ha habido ninguna enfermedad cuarentenable en los últimos 40 años. Se observará que mi Gobierno, a través de sus servicios de salud reorganizados, está abordando activamente estos problemas. Nuestras principales causas de muerte son: (a) las enfermedades de la primera infancia, (b) las enfermedades del sistema circulatorio, (c) las enfermedades de origen infeccioso y parasitario, (d) las enfermedades del aparato respiratorio, y (e) las enfermedades del sistema digestivo.

Tenemos gran interés en cooperar con las organizaciones internacionales en lo referente al control de las enfermedades y al fomento de la salud, mediante actividades relacionadas con los planes de vivienda que se basan en la ayuda a la iniciativa propia, con la Oficina Sanitaria Panamericana en lo referente a los programas de control de insectos, y con la OMS y el UNICEF en relación con los programas de adiestramiento de personal, de tuberculosis y de higiene materno-infantil. En este aspecto, la Oficina Sanitaria Panamericana y nosotros cooperamos en un programa para la erradicación del *Aedes aegypti*, iniciado en marzo de 1954, y tengo la satisfacción de dejar constancia aquí del reconocimiento de mi Gobierno por la valiosa cooperación prestada por la Oficina Sanitaria Panamericana.

Mi Gobierno desea vehementemente que esta cooperación se extienda, en 1955, de modo que incluya un programa de BCG para el control de la tuberculosis y un programa para el mejoramiento de nuestros servicios de higiene materno-infantil en el próximo año.

El PRESIDENTE: Agradezco mucho al Dr. O'Mahony su informe. Como ha llegado la hora fijada para dar término a la presentación de los informes de los Países Miembros, la presidencia invita a los señores delegados a tomar una taza de café. Suspendemos la sesión, para continuarla luego con el tema siguiente del orden del día.

Como recordarán los señores delegados, existe un acuerdo de la Comisión

General para que los países que no hayan podido presentar su informe hoy lo hagan en la sesión plenaria del jueves próximo. Muchas gracias a todos.

Se suspende la sesión a las 11 h. 12 m., y se reanuda a las 11 h. 40 m. Ocupa la presidencia el Vicepresidente, Dr. W. Palmer Dearing (Estados Unidos).

Tema 10: Informes del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (continuación): (a) Informe Anual Correspondiente a 1953;¹ (b) Informe Cuadrienal²

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Vamos a pasar al tema siguiente del programa de temas: Informes del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Se ofrece la palabra. El Delegado de El Salvador, Dr. Allwood Paredes, tiene la palabra.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): La Delegación de El Salvador considera que la discusión del informe del Director debe constituir uno de los principales compromisos de la Conferencia. Lo hemos leído con detenimiento y creemos que refleja el sentir y el pensar de la Organización Sanitaria Panamericana, por cuanto fué la misión del Director cumplir instrucciones emanadas de la Conferencia, del Consejo y del Comité Ejecutivo, los cuerpos directivos de la Organización.

Puede suponerse que esta Conferencia, después de haber examinado el informe del Director, quiera examinar la trayectoria de la Organización y reorientarla frente a los nuevos problemas con que se enfrentan los países y proporcionar al Director indicaciones e instrucciones precisas sobre lo que debe hacerse en el próximo período.

Estamos frente a una situación peculiar, cual es la de que los países están incrementando su interés en el fomento y promoción de la salud; están planteando, con mayor ahinco, a los organismos internacionales—y, en particular a la Oficina Regional, la Oficina Sanitaria Panamericana—un mayor número de problemas que desean se les ayude a resolver. Al mismo tiempo, los recursos financieros de la Oficina no aumentan, dando por resultado que el Director y sus colaboradores se ven obligados a dispersar su atención y los recursos atendiendo variados problemas que impiden a la Oficina concentrar su atención en forma eficaz en los problemas sanitarios básicos de las Américas.

En el informe del Director se señala, en la primera página, que el porvenir de la sanidad en las Américas dependerá del pleno desarrollo de los servicios adecuados de sanidad en cada país, y es de suponer que hacia ese propósito se encaminan los esfuerzos de la Oficina. Sin embargo, debido a los múltiples requerimientos de los países, el programa sanitario de la Oficina se ha diversificado tan ampliamente que quizás la meta primordial, cual es el fortalecimiento de los organismos sanitarios americanos, no ha recibido la atención que debería recibir.

¹ Publicado por separado, Documento CSP14/4.

² Publicado por separado, Documento CSP14/5.

Repito que estamos colocados frente a la obligación moral de dar orientaciones esenciales a la Oficina, que deben guiarla en el próximo periodo, tomando en cuenta las limitaciones de los recursos de que dispone. Tal vez sea el propósito de los Sres. delegados suscribir aumentos del presupuesto de la Oficina, y sería deseable que así fuera. Sin embargo, las vicisitudes de orden económico con que se enfrentan o pueden enfrentarse en un futuro inmediato los países americanos hacen posible o previsible que este aumento, en caso de que se acordara, nunca sería tan fuerte y vigoroso como para satisfacer las necesidades que nosotros mismos imponemos a la Oficina.

Quiero señalar que, como consecuencia de esta diversificación de los programas de la Oficina, el programa fundamental de fortalecimiento de las Administraciones Sanitarias de los Países Miembros ha sufrido mengua.

Prevedemos un interés cada vez mayor en programas de erradicación. Puede, naturalmente, esperarse que de la erradicación, como lo dice más adelante el Director, resulte que el interés y el esfuerzo de los Gobiernos pueda concentrarse en seguida en el fortalecimiento de los Servicios de Salud Pública. Sin embargo, es opinión de nuestra Delegación que la erradicación de enfermedades, sean éstas de carácter pestilencial o de otra naturaleza, es consecuente y tal vez subsecuente al fortalecimiento de las Administraciones Sanitarias. Creemos nosotros que la Conferencia debe examinar con cuidado cómo va a distribuir los programas y el presupuesto de la Oficina, para que ésta pueda concentrar sus esfuerzos para que la ayuda a los organismos sanitarios nacionales para mejorarse y fortalecerse, reciba la parte principal y, si es posible, la totalidad de los recursos.

Habrà, tal vez, quien piense que los programas de erradicación pueden ser efectivos aun en ausencia de organizaciones sanitarias bien estructuradas; que erradicar enfermedades es empresa que puede lograrse sin un esfuerzo vigoroso de carácter económico y técnico de los países; pero, en lo que concierne a El Salvador, no creemos que estos esfuerzos de erradicación rindan frutos definitivos o permanentes a menos que estén sustentados por una estructura y un funcionamiento mejorados de los organismos estatales de salubridad de los países.

Se señalaba al presentar nuestro informe, como un comentario a la labor realizada por El Salvador, el sentimiento de nuestro Gobierno de que los expertos pudieran identificarse ampliamente con los problemas básicos de los países donde viven. Esta política presupone que los expertos estarían destacados bastante tiempo en cada país antes de que enunciaran sus consejos y sugerencias.

Pero presupone, además, que el sistema actual de utilización de los expertos tendría que modificarse. Una modificación que, tal vez, redundaría en economía para la Oficina, al mismo tiempo que en aprovechamiento más eficiente de esa fuente bastante restringida de expertos, ya que pocos entre ellos están dispuestos a afrontar las dificultades, e ingratitudes algunas veces, del trabajo internacional.

Creemos, por consiguiente, que la Conferencia, en esta oportunidad, debe realizar una evaluación completa de los programas que le ha impuesto a la Oficina, y, a base de ese examen, considerar la posibilidad de limitar el número de esos programas y actividades en favor de una concentración de esfuerzos por parte de la Oficina hacia lo que consideramos básico y fundamental en esta etapa de nuestro desarrollo.

Se ha argüido en oportunidades anteriores, cuando se quiso elaborar un programa de prioridades para la Oficina, que la variedad de problemas, la variedad de situaciones y la diversidad del desarrollo de los países de América, hacen imposible un programa común. Se ha dudado de que exista un denominador común en los problemas sanitarios de América. Pero creo que si se examinan cuidadosamente los pronunciamientos de los diferentes países, las prioridades que cada uno concede a los problemas de salud pública, podríamos encontrar ese denominador común, hacia el cual se enfocaría la acción sanitaria internacional. De este modo, posiblemente, recibirían beneficios no sólo los países económicamente débiles o poco desarrollados, sino también los países más ricos y prósperos del Continente.

Invito, en nombre de mi delegación, a los señores delegados a considerar esta sugerión en lo que vale y proporcionar a la Oficina Sanitaria Panamericana normas más específicas y concretas, que tiendan a resolver lo que es primordial y básico en la sanidad panamericana, en la etapa actual de nuestro desarrollo,

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Gracias Dr. Allwood Paredes. Ha tocado usted el problema que preocupa a todos los administradores de la salud. Tiene la palabra el Delegado de Chile, Dr. Abraham Horwitz.

El Dr. HORWITZ (Chile): Señor Presidente, el informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana ha sugerido a la Delegación de Chile tres órdenes de comentarios.

Desde luego, quiero señalar la calidad del informe, tomando en consideración las dificultades que representa el trabajo de salud pública en el campo internacional. Quienes hemos participado en este orden de actividades, comprendemos los grandes problemas con que se enfrenta a diario la Oficina, en su propósito superior de colaborar con nuestros países para mejorar la situación actual respecto de los problemas de la salud. Desde este punto de vista, el informe nos merece toda suerte de halagadores comentarios.

En seguida, queremos destacar un aspecto de doctrina, al cual se refirió el Dr. Soper hace dos días: el problema de los programas unilaterales, en contra de los programas generalizados.

Las palabras del Director del Servicio Nacional de Salud, al plantear la posición doctrinal del Gobierno de Chile en esta materia, me ahorran mayores comentarios.

Estimamos que, salvo en circunstancias excepcionales de brotes epidémicos en general, los Gobiernos deben tender, en sus actividades de salud pública, a las acciones de orden general, a la integración de la función.

El fundamento de esta posición es simple. Tal vez con un poco de pretensión nos atrevemos a decir que en nuestros países los recursos están muy por debajo de las necesidades, y lo que procede entonces es el aprovechamiento racional, tanto de los elementos de orden material, como de personal, para poder abordar la mayor proporción de problemas sucesiva y simultáneamente.

En estas circunstancias, y con el debido respeto que nos merece la posición de la Oficina, traducida en lo que ha realizado hasta aquí, pensamos que nuestros gobiernos deben proceder, con arreglo al estado actual del desarrollo de sus Servicios de Salud Pública, a superponer progresivamente los programas de

carácter general a los de carácter unilateral. En este sentido me parece haber interpretado también, en cierta forma, las expresiones del Dr. Allwood Paredes, que me ha precedido en el uso de la palabra.

Chile considera este documento del señor Director en función de la futura acción de la Oficina. Nos parece que la etapa de organización y descentralización zonal, si bien no está realmente terminada, está suficientemente avanzada para que la institución cumpla lo que es su propósito fundamental, por lo menos como aparece expresado en uno de esos documentos de los organismos que la constituyen. Y este propósito es la obligación de vigorizar y de fortalecer nuestros servicios nacionales de salubridad y salud pública en general.

Concuerdo con el Dr. Allwood Paredes en que, en este orden de ideas, la Oficina no ha dado forma a un programa integral, y que tal vez este, en la ordenación de sus funciones, no ocupa el lugar que en particular nos parece debiera tener.

En estas circunstancias y meditando sobre la forma en que pudiera cumplirse este propósito esencial de la Oficina, estimamos que este organismo debería colaborar con nuestros gobiernos en el conocimiento de nuestro problema, en la forma de darle una ordenación racional, con arreglo a su magnitud, su trascendencia y su importancia.

Debería colaborar, luego, con nuestros gobiernos en la forma de distribución de nuestros recursos para cumplir los propósitos esenciales que dicte cada país en particular en materia de salud pública; y, fundamentalmente—pues creo que es uno de los denominadores comunes de nuestra situación a que se refería el Dr. Allwood Paredes—colaborar con nuestros gobiernos en la formación de personal para dar forma a ese programa racionalmente ordenado a que me he referido.

En síntesis, la Delegación de Chile, aprobando el contenido del informe del Director, quisiera ver que esta Conferencia procurara establecer los principios para que la Oficina, con su régimen de descentralización, pudiera dar mayor importancia en sus funciones a esto que es fundamental: vigorizar nuestras estructuras nacionales y vigorizarlas en la forma que, respetuosamente, nos permitimos someter a la consideración de la Conferencia.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Gracias, Dr. Horwitz. El Delegado de México, Dr. José Zozaya, tiene la palabra.

El Dr. ZOZAYA (México): La Delegación de México desea hacer público su reconocimiento de los esfuerzos tan atinados del Director, para llevar a cabo la descentralización y los planes que se le habían encomendado. De esta manera hemos visto con orgullo cómo las Oficinas de Zona han extendido los servicios de la Oficina a los Países Miembros, de una manera eficaz.

Quiero también mencionar el servicio, tan grande y tan evidente, que ha prestado la Oficina a todo el Continente, en las actividades de prevención de la fiebre amarilla, que últimamente nos ha estado amenazando. Creo que este hecho, por sí solo, casi justificaría la existencia de la Oficina.

No quiero extender mis observaciones a puntos de mayor detalle, porque creo que otros delegados lo harán y porque están explícitamente reconocidos en el informe del Director.

Pero en estos dos puntos que he citado, en estos dos grandes esfuerzos para América, sí he querido que quedara claramente establecido que la Delegación de México felicita al Director y a la Oficina en general, por sus actuaciones.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Gracias Dr. Zozaya. El Delegado del Perú, Dr. Armando Montes de Peralta, tiene la palabra.

El Dr. MONTES DE PERALTA (Perú): La Delegación del Perú ha estudiado con mucha atención el informe que ha sido presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, tanto en lo que se refiere al lapso de cuatro años transcurrido desde la última Conferencia, como al último Informe Anual. Estimamos que son éstos, realmente, documentos de mucha importancia y que revelan la forma cómo ha venido trabajando la Oficina y ha sabido interpretar el mandato que le da la propia Organización.

En las intervenciones de los señores Delegados de El Salvador y de Chile, se ha tratado, evidentemente, de poner de relieve la necesidad de que los programas que lleve a cabo la Oficina sean de carácter integral. No cabe discutir la ventaja que ello significa, pero creo que vale la pena tener en cuenta también que, en realidad, lo que hace la Oficina es interpretar el deseo de los gobiernos respectivos, y que la presentación de los programas que requieren ayuda, ya sea de la Oficina Sanitaria Panamericana o de la Organización Mundial de la Salud, es responsabilidad de los propios gobiernos. Son éstos, al plantear sus programas, los que deben hacer la integración de ellos y los que deben estudiar las ventajas que significa este sistema.

En el informe del Dr. Soper se hacen, a este respecto, consideraciones de mucha importancia. Se menciona de conveniencia de la integración de los servicios, la escasa necesidad de crear organismos especializados—salvo en casos especiales de epidemias—como aquéllos a que se ha referido el Dr. Horwitz, Delegado de Chile, y la conveniencia de que cada gobierno plantee sus programas en sentido integral. Mi Gobierno está procediendo en esta forma y trata de que los programas que se realizan con la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana o de la Organización Mundial de la Salud tengan precisamente ese sentido de integración, que no se refieran a problemas específicos, porque, en realidad, la salud pública no es un problema individual.

Hemos visto en años anteriores los programas que ha ejecutado, por ejemplo, el UNICEF, programas que ha estado fundamentalmente orientados a la protección a la madre y al niño, pero la protección a la madre y al niño en un sentido pleno. No se consideraron entonces las ventajas que significaba la integración de los programas de salud pública. La madre y el niño es un binomio del hogar, de la familia, y nada se obtiene con actuar sobre un solo factor si no se actúa sobre todos los demás factores generales.

En este sentido, hemos visto que el UNICEF ha cambiado su orientación, seguramente por la propia influencia de los organismos técnicos—la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana—y hoy, en sus programas, tiene una orientación mucho más amplia. Por lo menos, así ocurre en mi país, donde está trabajando el UNICEF en colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud en programas de carácter integral.

La Delegación del Perú desea, en esta oportunidad, dejar constancia de su satisfacción por la manera tan eficiente como el Dr. Soper, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, ha manejado los asuntos de la Oficina. Creo que en el espíritu de todos los señores delegados está el mismo sentimiento de que el señor Director de la OSP ha sabido interpretar en la medida de sus posibilidades y de los recursos económicos que tiene la Organización, programas generales que han sido aprobados por la propia Organización.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Gracias, Dr. Montes de Peralta. El Delegado de Haití, Dr. Lucien Pierre-Noël, tiene la palabra.

El Dr. PIERRE-NOËL (Haití) (*traducción del francés*): La Delegación de Haití se asocia a los elogios y felicitaciones que acaban de dirigirse al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, con motivo del informe tan bien preparado y concebido que nos ha sometido. Mi Delegación desea también expresar su opinión sobre las consideraciones emitidas por algunos delegados, respecto del programa general y del desarrollo de la Organización Sanitaria Panamericana.

Si el fin de esta Organización es afrontar los problemas básicos de la comunidad panamericana, si este fin es fortificar las organizaciones básicas sanitarias de los Países Miembros, no debemos olvidar, sin embargo, que la lucha contra las enfermedades contagiosas, que constituyen un peligro para todos los países de este Continente, debe ser la preocupación dominante de la Organización Sanitaria Panamericana.

Por ello, al hablar de erradicación, creo que este programa de erradicación debe seguir siendo una de las preocupaciones dominantes de la Organización, a fin de reforzar la lucha que cada uno de los Países Miembros ha emprendido contra todas esas infecciones, todas esas enfermedades contagiosas que diezman a nuestras poblaciones y constituyen para los países vecinos un peligro permanente. Por esto también debemos organizar la estructura básica de las organizaciones sanitarias de nuestros países respectivos, sin perder de vista el aspecto de solidaridad continental en la lucha contra las enfermedades. A este respecto, hemos de hacer notar también que las campañas de erradicación constituyen un medio seguro de llegar a organizar nuestras instituciones sanitarias. Gracias a esos programas de erradicación, la Organización y los Países Miembros pueden siempre preparar y formar su personal, un personal técnico competente, sin el cual no hay programa de erradicación ni organización sanitaria.

Siempre gracias a estos programas de erradicación, se pueden organizar laboratorios técnicos que permitan aportar cada día una nueva piedra al edificio de las instituciones sanitarias. Laboratorios de higiene pública, oficinas de estadística, servicios de educación sanitaria, todos ellos son indispensables para una campaña de erradicación, pero también lo son para la edificación de una institución y de una organización sanitaria local. Por ello, contra lo que aquí se ha expresado, pienso que los programas de erradicación deben seguir siendo, en conclusión, una de las preocupaciones esenciales de nuestra Organización, al mismo tiempo que se refuerza el desarrollo y la organización de las instituciones sanitarias locales.

Se ha planteado aquí, en estos pocos minutos de debate, la cuestión del aumento del presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana. La Delegación de

Haití entiende que, a pesar de las dificultades económicas con que luchan los países de este Continente, hay que hacer un esfuerzo en ese sentido, puesto que los múltiples problemas planteados a nuestros países americanos, desde el punto de vista sanitario, reclaman cada día muchos más gastos y muchos más recursos de los que tienen a su disposición cada uno de los países por separado. Creo que debemos tender cada vez más a organizar y a centralizar nuestros esfuerzos para que, con el mínimum de esfuerzo y el mínimum de recursos, podamos obtener un máximo de resultados, que sólo puede lograrse por la cooperación cada vez más activa y más eficaz de todos los Países Miembros.

Esto no excluye el que podamos tomar en consideración, dentro de los límites de los recursos de cada país, el aumento progresivo del presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana, mediante el aumento progresivo de las contribuciones de los Países Miembros. Nuestras necesidades son inmensas y, si hemos de hacerles frente, hemos de poder siempre, dentro de los límites de nuestras posibilidades, unirnos no solamente para fortificar mejor la salud panamericana sino también para obtener el máximo de resultados con el mínimum posible de gastos.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Gracias, Dr. Pierre-Noël. El Delegado de Nicaragua, Dr. Manuel Antonio Sánchez Vigil, tiene la palabra.

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua): Deseo, en primer lugar, rendir las más expresivas gracias a la Oficina Sanitaria Panamericana, y en especial al Dr. Soper, por el auxilio prestado tan brillantemente y con tanta eficacia a nuestro país durante la epidemia selvática de fiebre amarilla de 1952. Gracias a la ayuda del propio Director que estuvo presente en Nicaragua, del Dr. Stanford F. Farnsworth, que constantemente viajó de Guatemala a Nicaragua, y del Dr. Jorge Boshell Manrique técnico colombiano en fiebre amarilla selvática, pudimos, felizmente, pasar esta epidemia con sólo 14 muertes.

La vacunación casi total de la población: 890 mil vacunados para un total de 1.250.000 habitantes, es una muestra de la eficacia con que la Oficina, ayudándonos y dirigiéndonos, ha podido, prácticamente, salvar al país de este flagelo. Por ello, no vimos llegar con miedo el virus de la fiebre amarilla selvática, porque dos años antes el *Aedes aegypti* estaba prácticamente erradicado en Nicaragua. De tal modo que el miedo cerval que acogió a la población, no tuvo razón de ser. Desde luego, no había trasmisor urbano, y el suburbano parece que no existe en Nicaragua. De manera que el único trasmisor que logramos encontrar era en realidad selvático.

También quiero agradecer en forma especial a todos los funcionarios de la Oficina Sanitaria Panamericana, todas las facilidades que prestaron. Cuando no se podía conseguir vacuna de Colombia, la traían de Río, y si no había allí, la conseguían en cualquier otra parte, pero siempre tuvimos vacunas y jamás quedamos con las manos vacías.

Otro punto importante que deseo indicar es el de que tal vez la Oficina, en el porvenir, tome en consideración el auxilio a las universidades, sobre todo a las facultades de medicina, de odontología y otras, en que hay muy mal material preparado. Gran parte de nuestros países latinoamericanos tienen esa deficiencia.

El médico, el dentista, la enfermera, son elementos indispensables en la lucha sanitaria, pero hay escasez de éstos en relación con el aumento de la población, de manera que se hace prácticamente imposible mantener el personal que se desea. En la extensión que hemos tenido en Nicaragua desde hace 4 años, de un presupuesto de 1.800.000 córdobas, en 1950, a unos 8 millones, no hemos podido emplear personal; y el traído de otras partes es difícil, costoso y muchas veces no se adapta a la situación.

Nada más tengo que agregar, salvo rendir mi más expresivo agradecimiento al Dr. Soper, al Dr. Bustamante y a todos los miembros de la Oficina que con tanta eficacia nos han ayudado.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Gracias, Dr. Sánchez Vigil. Muchos delegados desean intervenir. Todos deben tener la oportunidad de que se les oiga, por lo cual confío en que podremos ser tan breves como sea posible. El Delegado de Francia, Dr. Hyronimus, tiene la palabra.

El Dr. HYRONIMUS (Francia) (*traducción del francés*): No tengo necesidad de insistir en decir a Uds. cuánto nos ha interesado el notable informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Deseo únicamente señalar a su atención algunos puntos. En primer lugar, mi país concede enorme importancia a la formación del personal. También concede enorme importancia a las reuniones de información, a las becas de estudio y a las visitas de expertos. Nos complacería siempre ver las becas distribuídas tan ampliamente como fuera posible, pues estimamos que contribuyen mucho, por una parte, a la formación del personal y por otra, a una mejor organización de los servicios sanitarios de los Estados Miembros y de los países que necesitan mejorar aún su servicio sanitario.

Además, deseo decir algunas palabras acerca de una enfermedad que acaba de aparecer en el área del Caribe y que nos inquieta un poco. Desde hace algún tiempo, especialmente desde este año, se ha advertido en dicha área un número importante de casos de poliomielitis. Los hemos tenido en la Martinica por primera vez. Ha habido allí de 12 a 15 casos, varios de ellos mortales; y las ciudades vecinas han sido aún más fuertemente atacadas. Es ésta una nueva enfermedad contra la cual hemos de luchar y éste es un asunto grave para el cual hemos de organizar nuestros servicios.

Finalmente, en su informe el Director ha hablado de la esquistosomiasis. He de decir a Uds. que esta infección nos interesa mucho, porque tenemos cierto número de casos de ella en el Departamento de la Guadalupe y en el Departamento de la Martinica. Me agradaría saber lo que puede hacerse para luchar eficazmente contra esta enfermedad y, sobre todo, contra su propagación, destruyendo los moluscos vectores y los *Planorbis*. Ya hemos ensayado el sulfato de hierro y el sulfato de cobre; pensamos énsayar la saponina, pero hasta ahora no hemos obtenido grandes resultados en la destrucción en masa del molusco vector.

No insistiré sobre la erradicación de los *Stegomyias* y de los *Anopheles* y puedo asegurar a ustedes que mi país piensa obtener tan rápidamente como sea posible la erradicación de los *Stegomyias* y de los *Anopheles* en el Departamento de la Guadalupe y en el de la Martinica, como la ha obtenido en el Departamento de la Guayana.

El PRESIDENTE (*traducción de inglés*): Muchas gracias, Dr. Hyronimus. El Delegado de Venezuela, Dr. Daniel Orellana, tiene la palabra.

El Dr. ORELLANA (Venezuela): Después de haber estudiado el informe del cuatrienio y el informe anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, y luego de haber escuchado las opiniones expresadas hasta ahora por los señores delegados, la Delegación de Venezuela quiere reducir su intervención solamente al aspecto tan elocuentemente explicado por las Delegaciones de El Salvador y de Chile, al destacar la importancia de la acción de la Oficina Sanitaria Panamericana en el robustecimiento de las administraciones sanitarias nacionales.

Al hablarse de los fenómenos comunes a todas esas administraciones, fué señalado uno en términos que tengo la seguridad de que cuenta con la aprobación de todos los señores delegados: la carencia de personal técnico en cantidad suficiente para ejecutar los programas de cada administración sanitaria nacional.

La Delegación de Venezuela está absolutamente segura de la magnífica forma en que la Oficina Sanitaria ha conducido sus programas, y comprende que ha distribuído sus esfuerzos y sus recursos de excelente manera y con el conocimiento que sólo ella puede tener de la gravedad y complejidad de los problemas sanitarios americanos. Sin embargo, frente al problema del robustecimiento de las administraciones sanitarias locales, el camino abierto a la esperanza de mejores frutos que ofrece la Oficina Sanitaria Panamericana está constituido, sin lugar a dudas, por el auxilio a estas administraciones en la formación de personal.

El presupuesto de la Oficina es evidentemente insuficiente para cumplir los anhelos de cada administración sanitaria; pero solamente quiero señalar que admiro todo lo que la Oficina ha hecho por incrementar esa partida, ese capítulo, esa actividad destinada a becas, y tengo la seguridad de que todos los delegados que asisten a la Conferencia apreciarán cada vez más el mayor esfuerzo de la Oficina Sanitaria Panamericana para facilitar la preparación de personal destinado a cada administración sanitaria nacional, y no sólo en términos numéricos, sino simplificando y aliviando todos los trámites previos a la adjudicación de las becas internacionales.

Esta es la observación que la Delegación de Venezuela quiere hacer sobre este tema.

Sólo nos queda manifestar nuestra aprobación de los informes del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Muchas gracias, Dr. Orellana. El Delegado de Costa Rica, Dr. Oscar Vargas Méndez, tiene la palabra.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): De acuerdo con la invitación que nos hizo la Presidencia, la Delegación de Costa Rica solamente quiere señalar un aspecto que considera importante, y es el relacionado con los programas de asistencia técnica.

La creación de la asistencia técnica en sus diferentes aspectos ha producido a la Oficina un enorme recargo de trabajo y una serie de complicaciones que, me parece, no son completamente entendidas o conocidas por los países.

En el informe de 1953, ya planteó el Director esta cuestión; y en este informe se vuelve a referir a ella. Considero obligación de la Conferencia responder al llamamiento que nos hace el Director, a fin de que se estudie alguna fórmula para que estos fondos de asistencia técnica que dan base económica a los programas, cosa muy importante para nosotros, logren cierta estabilización.

Ustedes comprenden que es absolutamente imposible para los funcionarios de la Oficina recibir, de un día para otro, el aviso de que los fondos no están disponibles y ajustar todos los programas satisfactoriamente para los países, en vista de esta falta de fondos. Creo que en otros países hemos fallado en cuanto a las instrucciones al organismo político o a los representantes en el organismo político que decide estas cuestiones de asistencia técnica, y que es el Consejo Económico y Social. Debemos preocuparnos más, y éste es el objeto de mi intervención, por estudiar las proyecciones de los acuerdos de dicho Consejo sobre asistencia técnica y apoyar a la Oficina para que no sufra los atrasos y angustias económicas, administrativas y técnicas al tratar de adoptar programas sin suficiente base económica.

El Director tiene una frase que me permitiré leer, para terminar, que dice: "Es evidente que hay mayores razones que nunca para reiterar el deseo expresado en el último Informe Anual, en el sentido de que se establezca algún sistema en virtud del cual se pueda lograr una estabilización de los fondos procedentes de aportaciones voluntarias que permita no sólo la planificación a largo plazo, sino también una administración eficaz de los planes por parte de la Oficina."¹

Creo que todos tenemos la obligación de estudiar este problema y de considerar la petición que el Director nos hace.

Para terminar, Costa Rica se adhiere a la felicitación por la excelente presentación de este informe del Director.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Muchas gracias, Dr. Vargas Méndez. El Delegado de los Países Bajos, Dr. Nicolaas H. Swellengrebel, tiene la palabra.

El Dr. SWELLENGREBEL (Países Bajos) (*traducción del inglés*): Señor Presidente, le ruego que permita usar de la palabra al miembro de mi delegación, el Delegado de Surinam, Dr. Van der Kuyp.

Dr. VAN DER KUYP (Países Bajos) (*traducción del inglés*): Señor Presidente, señores delegados, permítanme hacer algunas observaciones acerca del informe cuatrienal del Director.

En la página 52, Cuadro 6, en la columna "Campañas Iniciadas", se menciona a Surinam, y en la página 53, párrafo octavo, se dice: "Surinam: Se ha completado un estudio que ha revelado altos índices de *Aedes aegypti*."

La campaña de erradicación fué iniciada en Surinam en 1949. En varias partes del país el *A. aegypti* ha sido erradicado; por ejemplo: en Wageningen, importante centro de cultivo mecanizado de arroz; en todo el distrito de Coronie; en gran parte del distrito de Saranacc; en el aeropuerto de Zandery y en su vecindad; y en la central de bauxita de Moengo, etc.

En Paramaribo, la capital, el porcentaje de patios infestados con larvas de *A. aegypti* era de 42,1 antes de la campaña. Actualmente el índice es de 3,3%.

¹ Documento CSP14/4, p. 6, publicado por separado.

Por lo tanto, Surinam debería figurar en el Cuadro 6, en la página 52, bajo el epígrafe "Campañas en Curso," y a la frase de la página 53 debiera agregársele: "... en algunas partes de la capital."

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): A continuación tendremos el privilegio de oír al Delegado de la República Dominicana, Dr. Sánchez Báez.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana): Señor Presidente, la Delegación de la República Dominicana quiere felicitar sinceramente al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, por la forma brillante en que nos ha presentado su informe.

No tenemos interés en agregar más, porque el punto sometido a discusión es el informe del Director, y entendemos que se trata de una reseña del mandato que se le confirió y que estaba sujeto a la ejecución de un proyecto aprobado por nosotros mismos.

Claro está, si un delegado o un Miembros de esta Conferencia desea sugerir que los programas se ejecuten en una forma especial, me parece que más oportuno es el momento de la confección del proyecto que el momento de la discusión del informe del Director, en vista de que aquí se trata únicamente de una reseña que nos hace el Director de cómo cumplió el mandato que le fué conferido durante el año que ha transcurrido.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Gracias Dr. Sánchez Báez. Debo decir que su recomendación debe ser considerada muy atentamente. Tiene la palabra el Delegado de Argentina, Dr. Gerardo Segura.

El Dr. SEGURA (Argentina): Al hacer referencia al informe del Director, no puedo dejar de reflexionar sobre las observaciones que ha merecido el cumplimiento del mandato que le hemos dado. Andando por el camino, surgen hechos imprevistos que no pueden dejarse pasar por alto.

Estoy seguro, en este momento, de que la Dirección de la Oficina Sanitaria Panamericana debe estar perpleja para resolver acerca de cuál será el mejor camino que ha de seguir en su trabajo.

Hemos oído versiones de distintos países, que consideran que, a pesar de todo, para unos, el camino que debe seguirse en la acción de la Oficina es de una naturaleza; para otros, en vista de las situaciones económicas que pueden presentarse, el camino que se ha de seguir es de otra naturaleza. Hemos escuchado también las opiniones del señor Delegado de Costa Rica.

Por todo ello, nuestra Delegación considera que sería sumamente útil proponer en esta Conferencia la creación de un grupo de trabajo, en el cual se podría colocar a los señores Delegados de El Salvador, Chile, Venezuela y Haití, para que estudiaran cómo conciben esta centralización o diversificación del trabajo que debe hacer la Oficina, teniendo en sus manos los problemas, estudiados, bajo dificultades y ventajas que nos han hecho conocer.

Creo que sería de mucha utilidad para poder escoger un camino, la opinión de países que conocen a fondo el problema de su sanidad. Y entonces podemos acogernos a una u otra vía que sea indicada como mejor; y el mismo Director tendrá también un camino más seguro, que satisfaga al mayor número de países.

Así, queda en pie mi propuesta de este grupo o comité de cuatro miembros, para hacer un estudio sobre lo que acaba de proponerse en esta sesión.

En cuanto a los propósitos que deben tener los Gobiernos, respecto de la propuesta del señor Delegado de Costa Rica, consideramos que es un asunto de gran envergadura, ya que quienes hemos asistido a la VII Asamblea Mundial de la Salud vimos el problema que constituyó el anuncio de la disminución de los fondos de la asistencia técnica, cuán empeñada fué la lucha por obtener un pequeño aumento del presupuesto de la Asamblea y cuánto tiempo costó poder llegar a algo. Y como estos programas de ayuda técnica dependen de la manera como los mismo gobiernos cumplen sus cometidos y pagan sus aportaciones a estas organizaciones, la Oficina poco puede hacer para cambiar esta situación que depende del grado de voluntad que un gobierno tiene para dar ese aporte voluntario, que a veces no alcanza a dar. Por eso, la propuesta del Delegado de Costa Rica puede seguir un curso aparte.

Creo más fundamental mi propuesta de la creación de un grupo, para que éste nos dé la pauta de cómo debe seguirse el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana, para que sea de la máxima eficiencia.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): La Mesa tiene dudas en cuanto al país designado en cuarto lugar después de El Salvador, Haití, Chile . . . ¿Cuál era el cuarto, Dr. Segura?

El Dr. SEGURA (Argentina): Venezuela.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): La Mesa piensa que esta sugerencia debería tomarse en consideración, si los delegados así lo desean, después de haber oído los demás comentarios relativos al informe. ¿Es este procedimiento satisfactorio? A continuación escucharemos al Delegado de Guatemala, Ing. Humberto Olivero.

Ing. OLIVERO (Guatemala): La Delegación de Guatemala ocupará brevemente los micrófonos de la Conferencia para agradecer a la Oficina Sanitaria Panamericana, y especialmente a su Director, el valioso informe que ha presentado a nuestra consideración.

Hemos oído, con verdadero interés, las opiniones que han sustentado los dignos delegados de otros países, acerca de cuáles deben ser las principales funciones de la Oficina Sanitaria Panamericana en lo futuro.

Esta Delegación considera como punto básico el problema planteado sobre la integración de los programas de salud en todos los países, porque va coordinado este programa con cualquier otro de erradicación o de un estudio especial. Estos últimos tienen mucho mayor éxito cuando cuentan con el apoyo de las direcciones generales de sanidad de los países y son continuados por éstas.

Estamos especialmente interesados en los programas de educación, para contar con el personal adecuado.

Esta Conferencia deberá indicar cuáles serán las trayectorias futuras de la Oficina. Ojalá que, al trazarlas, nos hagamos también el propósito de que nuestros propios países sigan las instrucciones dadas a la Oficina, a fin de que exista entre ellos un verdadero acuerdo y una completa coordinación.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Muchas gracias, Ing. Olivero. Tiene la palabra el Delegado de Bolivia, Dr. Antonio Brown.

El Dr. BROWN (Bolivia): La Delegación de Bolivia quiere felicitar muy efusivamente al Dr. Soper por el magnífico informe que, sobre la labor de estos cuatro años, ha presentado, y asimismo por su brillante Informe Anual.

Esta Delegación aprovecha la presente oportunidad para agradecer igualmente a la Oficina Sanitaria Panamericana la colaboración que ha venido recibiendo de ella en los cuatro últimos años transcurridos.

Bolivia, frente a la multiplicidad de programas y de problemas que tiene, piensa también que una colaboración de tipo integral, dirigida hacia el fortalecimiento de sus instituciones nacionales, tendría mayor valor que programas de tipo específico que, en muchas ocasiones, los gobiernos nacionales no están en situación económica o de personal para llevar a cabo o para asimilar permanentemente dentro de sus programas generales.

En este sentido, la Delegación de Bolivia apoya las diversas proposiciones formuladas anteriormente por los señores delegados y, en especial, la presentada por el Dr. Segura, de la Argentina, a fin de organizar un grupo de trabajo que pueda presentar recomendaciones a esta asamblea.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Muchas gracias Dr. Brown. Oiremos a continuación al Delegado del Ecuador, Dr. Juan Montalván Cornejo.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): No sólo hemos escuchado los comentarios de los señores delegados, sino que hemos oído con toda atención los informes presentados por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, tanto en lo que respecta al último año como a los cuatro últimos años de labor. Realmente, debemos dejar constancia de nuestra complacencia por la obra que tales informes traducen, una obra intensa de promoción de la salud en los pueblos de las Américas y, en la que han descollado la coordinación de los esfuerzos con los Gobiernos y con otras instituciones internacionales.

En realidad ahora, como en la Conferencia última, creo que nosotros podemos apreciar a través de ello cuán interesante, útil y benéfica para América ha sido la labor desarrollada por la Oficina y, especialmente, por su Director.

Queremos, sin embargo, expresar algunos conceptos alrededor del informe, tanto más necesario cuanto que ya se han emitido aquí algunas ideas acerca de la apreciación del informe y de los programas futuros.

En cuanto al informe mismo, como todos los señores delegados, nosotros casi nada tendríamos que observar. Solamente que, hasta cierto punto, es nuestro deber rectificar, digámoslo así, la omisión en que se ha incurrido en la Sección de la Lucha Antimalárica, de trabajos de lucha antimalárica, con respecto de la labor que ya en la Conferencia pasada presentó la Delegación del Ecuador, que, incluso, fué autora, digámoslo así, de una proposición acerca del plan de erradicación de la malaria en el Continente, en el sentido de solicitar de la Oficina su mayor y más decidido interés por auspiciar los programas continentales. Por alguna circunstancia, no ha sido mencionada la obra sanitaria realizada a ese respecto. Pero, en fin, cumplimos el deber de rectificar esta omisión.

En cuanto a los criterios generales que se han expuesto, compartimos el de que

en los programas de la Oficina siempre se atiendan aquellos relacionados con los de erradicación, que tanto éxito han tenido en América y tanto han acreditado la labor de la Oficina. Toda América ha reconocido la obra de tanta trascendencia que la Oficina Sanitaria Panamericana hizo en el control de la peste y en su propósito de erradicar esta enfermedad, como también en la erradicación del *Aedes aegypti*; y creemos que estos programas de erradicación, que han sido tan benéficos para América y que han acreditado tanto la obra de la cooperación, seguirán, en lo futuro, también de la misma manera.

Y no solamente en los programas de erradicación; creemos que hay otro denominador común, sobre todo en muchos países de América, y es la obra de saneamiento del medio, que ha sido objeto de una resolución de la VII Asamblea Mundial de la Salud, que recomienda la preferencia que debe darse a las obras de saneamiento del medio. La Oficina Sanitaria Panamericana ha actuado, muchas veces, como uno de los más eficaces estimuladores del interés de los gobiernos por la ejecución de diversos programas. Y, en verdad, sería un anhelo y una aspiración para aquellos países que han resuelto muchos de sus problemas, que el estímulo de la Oficina se dirigiera hacia los servicios generales de salubridad. Estamos todavía, me parece, en una época más general en que, como hasta ahora, los programas de erradicación continuarían siendo planeados por la Oficina Sanitaria Panamericana.

El punto sobre selección y preparación de personal, que ha sido tratado por algunos señores delegados, me parece que debe continuar siendo, como hasta ahora, una obra de tanta preocupación de la Oficina y de tanto desarrollo como se le ha venido dando.

Después, en cuanto a los demás asuntos de organización y de descentralización administrativa, que ya han sido mencionados, habrá oportunidad en otra ocasión de referirse a ellos. Nosotros, quizás en este punto, hemos tenido ya ocasión en el Comité Ejecutivo de aplaudir el avance que se ha hecho en el desarrollo de esta obra. Quizás podría considerarse, nuevamente, la sugestión que ya una vez se hizo en una de estas reuniones, acerca de la conveniencia de hacer rotativa la Sede de la Oficina de Zona en aquella zona en que varios países la integren. Sería un asunto que se podría considerar posteriormente. Por lo pronto, solamente reiteramos nuestras más sinceras felicitaciones por la magnífica obra hecha por la Oficina, que se advierte también por los informes del Director.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Gracias, Dr. Montalván.

La Mesa desea recordar a los delegados que estamos examinando el informe y la obra ya realizada, y que no es esta la oportunidad de discutir los principales planes futuros que entendemos es de la responsabilidad de la Comisión I, la cual tiene que examinar varios puntos del programa de temas. De modo que, si los delegados se abstuvieran de sugerencias acerca del futuro y limitaran sus intervenciones a este informe, creo que podríamos ahorrar un poco de tiempo.

Tiene la palabra a continuación el Delegado del Uruguay, Dr. Ricardo Cappeletti.

El Dr. CAPPELETTI (Uruguay): Me parece muy atinada la observación del señor Presidente, porque oyendo a los delegados advierto que se han involucrado

las consideraciones del informe en sí, sobre las cuestiones de los programas que se van a discutir y después los programas del futuro.

Mi Delegación, respecto de las cosas que se han dicho, apoya primero lo que sea ampliación y mejora de los servicios nacionales de sanidad y, segundo, el mejor desarrollo de las Oficinas de Zona, que tanto éxito están teniendo. Y quiero recalcar en especial las manifestaciones del señor Delegado de Costa Rica, en cuanto a los aportes de ayuda técnica que tantas complicaciones han creado a la Oficina.

Por otra parte, mi Delegación se adhiere a las felicitaciones al Director por su brillante informe.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Muchas gracias, Dr. Cappeletti. A continuación oiremos a la Delegación de los Estados Unidos. El Dr. Frederick J. Brady tiene la palabra.

Dr. BRADY (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Los Estados Unidos se unen a aquellas delegaciones que han felicitado al Director por su informe.

Creo, en general, que la discusión que hemos sostenido esta mañana, ha sido una de las más útiles que he oído en este foro. Tomamos en cuenta una gran cantidad de hechos, y temí que no tuviéramos el tiempo conveniente para discutir en forma completa dichos temas. De modo que yo pido, Sr. Presidente, que usted disponga que estos asuntos sean discutidos al tratar del Programa y Presupuesto, y quizás así podamos tener una discusión completa sobre ellos.

Los puntos que se han mencionado, tales como las prioridades, la evaluación, la ubicación de las Oficinas de Zona, la utilización de las becas, etc., son extremadamente importantes para la Organización, y realmente espero que podamos proseguir su discusión, quizás a través de un grupo de trabajo o de un comité, y yo solicito que usted así lo disponga.

Tengo algunas observaciones concretas que hacer sobre este informe, Sr. Presidente, y me agradecería que quedaran consignadas en el acta.

He observado que en el Informe Anual se hace referencia a que las facultades de las escuelas norteamericanas de salud pública estudien más a fondo las condiciones de salud y económicosociales de los países de América Latina, y nosotros creemos, Sr. Presidente, que ese es un tipo muy útil de actividad que ayudará a cambiar los planes de estudio de modo que correspondan mejor a las necesidades de los estudiantes de aquellos países. Como miembros de la Delegación de los Estados Unidos, estuvimos naturalmente satisfechos de la mención que se hace en el informe de los aportes de los organismos de los Estados Unidos, especialmente del Servicio de Salud Pública y de la Oficina del Niño, a los programas de salud de este Hemisferio.

Entre las páginas 46 y 60 del texto inglés, por ejemplo, vemos mencionado el papel del Servicio de Salud Pública en relación con el Comité Asesor de los Estados Unidos en el programa de la OMS de estudio de la influenza, y con las actividades de control de las enfermedades venéreas en México y Guatemala. Las organizaciones de los Estados Unidos se sienten muy complacidas de colaborar en esta forma.

Es, por supuesto, de gran significación para nosotros, en el desarrollo de la Organización, la descentralización y el buen funcionamiento de las Oficinas de Zona. Esto se ha acompañado, creemos, de una reducción del personal administra-

tivo de la Sede. Creemos que el desarrollo de las Zonas es el camino que llevará a los Países Miembros a obtener una mayor capacidad para resolver los problemas, a través de la Oficina y una mayor capacidad para emprender la planificación y evaluación de los programas de salud. La importancia de éstas se recalca en el informe, en la página 9.

El Gobierno de los Estados Unidos de América no puede estar de acuerdo con la afirmación que se hace en el informe referente a las dificultades que obstaculizan el empleo de personal de los Estados Unidos por parte de la Oficina. Los puntos de vista de los Estados Unidos en relación a este asunto han sido comunicados al Director.

Creo, señor Presidente, que con estas pocas observaciones puedo concluir diciendo que la Delegación de los Estados Unidos felicita al Director no sólo por el Informe Anual, sino también por el Informe Cuadrienal y por el resumen estadístico que hemos recibido últimamente.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Gracias, Dr. Brady. La Mesa ofrece la palabra, a continuación, al Delegado del Reino Unido, Dr. A. A. Peat.

El Dr. PEAT (Reino Unido) (*traducción del inglés*): La Delegación del Reino Unido desea dejar constancia de sus cordiales felicitaciones al Director y al personal de la Oficina Sanitaria Panamericana por los amplios informes presentados y expresa la esperanza de que los propósitos y objetivos de la Organización Sanitaria Panamericana, tal como están expuestos en los informes, puedan seguir siendo aplicados durante largo tiempo con intensidad creciente de un extremo a otro de América.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Gracias, Dr. Peat. Tiene la palabra el Delegado del Paraguay, Dr. Claudio Prieto.

El Dr. PRIETO (Paraguay): Por encargo del Jefe de la Delegación de mi país, quiero expresar que nuestra Delegación desea sumarse a las felicitaciones que se han hecho llegar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, por su informe.

Deseamos también asociarnos a las manifestaciones del Delegado de El Salvador, en relación con la inquietud que le causa la desproporción existente entre las posibilidades económicas de la Organización y la cantidad y diversidad de los problemas que se plantean respecto de la organización sanitaria.

Para el estudio detallado de estas cuestiones apoyamos la formación de un grupo de trabajo, que propuso el Dr. Segura, ya que del estudio del informe mismo, en relación con lo pasado en los últimos años, debe deducirse la política futura de la Organización, rectificando o ratificando dichos planes.

Insistimos, pues, en la necesidad de la formación de este grupo de trabajo, en la forma en que ya ha indicado el Delegado de Argentina.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Gracias, Dr. Prieto. Tiene la palabra el Delegado de Colombia, Dr. Bernardo Henao Mejía.

El Dr. HENAO MEJÍA (Colombia): La Delegación de Colombia se permite felicitar en forma muy especial al Dr. Soper, por el brillante informe que nos ha presentado.

Si con tal informe se han despertado ciertas inquietudes, cosa muy lógica y natural, ello permitirá, de acuerdo con la proposición del Dr. Segura, relativa a la formación de grupo o comité, que se estudien esas inquietudes o aspiraciones para poder presentar un resumen de ellas y encajarlas debidamente dentro del informe.

Finalmente, quiero únicamente dejar constancia de una inquietud de Colombia en lo que se refiere a la preparación de expertos en higiene mental, que consideramos un asunto sumamente importante para el futuro del desarrollo de los planes de la Oficina Sanitaria Panamericana. Aparte de esto, no me queda sino reiterar mis felicitaciones al Director y manifestar claramente que, con informes de esta clase, es como preservamos la libertad de América contra las doctrinas nocivas que quieren infiltrarse permanentemente entre nosotros. En esta forma, atendiendo a la sanidad de América, mediante las campañas sanitarias, como lo hace la actual Oficina Sanitaria Panamericana, podemos poner un dique a las doctrinas marxistas, que se quieren infiltrar, y salvaguardar la libertad de nuestro Continente.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Muchas gracias, Dr. Henao Mejía. Deseo ofrecer la palabra al Dr. Félix Hurtado, de Cuba. Oiremos después al Delegado de Bolivia, cuando todos hayan tenido la oportunidad de hacer uso una vez de la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): La delegación de Cuba se contrae estrictamente al tema de esta mañana: comentario en torno al informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Quiero declarar, en nombre del Gobierno de Cuba, la satisfacción más absoluta por las labores desarrolladas por la Oficina, bajo la dirección del Dr. Soper. Diríamos, más bien, que el Dr. Soper ha cumplido sus funciones de manera cabal y con el mayor celo dentro de esa actitud y conducta de la Oficina, inspirada por el Dr. Soper.

Nos place de manera particular el auge alcanzado por la División de Educación y Adiestramiento, que el Dr. Soper ha impulsado últimamente de una manera extraordinaria; porque en Cuba tenemos el criterio de que es éste el sector de mayor importancia en el funcionamiento de la Oficina.

La Delegación de Cuba no secundará los criterios de ninguna delegación que tiendan a hacer de la Oficina el megaloministerio de salud pública del Continente. Cuba considera que la Oficina es un centro coordinador de educación, enseñanza y guía; pero que no podrá nunca jamás, por muchos que fueran sus recursos económicos, hacerse cargo del manejo efectivo de los problemas sanitarios de país alguno; que le corresponde sólo, en primer término, educación y adiestramiento y, como consecuencia de esa posición, inmediatamente después, los programas de erradicación; y, en seguida, los programas sanitarios fronterizos, que son, naturalmente, hechos en que la Oficina tiene que ejercer su acción niveladora e interrelacionadora.

No creo que éste sea el momento de hacer mociones específicas, de grupo de trabajo ni de ninguna otra iniciativa, que corresponde únicamente a las comisiones respectivas. Pero de todas maneras, para no dejar en el aire algo que sí es muy

importante, aunque parece que no tuvo mucha consideración, me refiero a lo económico, que es, fundamentalmente, el punto más débil de la organización sanitaria internacional, tanto de la OMS como de la Oficina Sanitaria Panamericana, quiero señalar la quiebra económica del servicio de asistencia técnica, a que hizo referencia la Delegación de Costa Rica. Al respecto, aunque otros señores delegados estimaron que nada podríamos hacer, en su oportunidad comprobaremos que se puede hacer mucho y que se puede ayudar mucho, desde aquí, a orientar la posición del Consejo Económico y Social en este tipo de atribuciones económicas.

Nos reservamos para hacerlo en su oportunidad; y ahora, resumimos nuestra intervención felicitando calurosamente al Dr. Soper y, en su persona, a todo el personal de la Oficina, que de manera tan cabal han cumplido las instrucciones dadas por esta Organización.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Gracias, Dr. Hurtado. El Dr. Alberto Bissot Jr., Delegado de Panamá, tiene la palabra.

El Dr. BISSOT (Panamá): Voy a ser muy breve, ya que los señores delegados que me han precedido en el uso de la palabra han manifestado brillantemente todo lo que se relaciona con la magnífica labor del Dr. Soper, en su calidad de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Sin embargo, esta Delegación también quiere hacer hincapié en el triunfo que ha obtenido la Oficina mediante su programa de adiestramiento, que ha permitido a los distintos países reorganizar, coordinar y, en una palabra, hacer funcionar como se debe los servicios de salud pública existentes.

Me manifiesto muy de acuerdo con las expresiones del Delegado de México, en cuanto a los programas de descentralización y economía, aspiración que hemos venido sosteniendo desde hace varios años. Por lo demás, secundamos en todo la proposición de la Delegación de Argentina en cuanto a planes futuros, y lo expresado por el Dr. Vargás Méndez, de Costa Rica.

Mis felicitaciones al señor Director y al personal de la Oficina, y esperamos que dentro de cuatro años podamos presentar un progreso aún más marcado.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Gracias, Dr. Bissot. El Delegado de Bolivia tiene la palabra.

El Dr. DORIA MEDINA (Bolivia): La Delegación de Bolivia cree interpretar la opinión unánime de los señores delegados al proponer que se otorgue un voto de aplauso al Dr. Soper por su eficiente labor y por el extraordinario informe que nos ha presentado.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Gracias, Dr. Doria Medina. La Mesa ofrece la palabra al Dr. Soper, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El Dr. SOPER (Director, OSP): Señor Presidente, quiero sólo, en nombre del personal y de los ayudantes de la Oficina, y en el mío propio, agradecer las oportunidades que hemos tenido de colaborar con los gobiernos, y la aprobación que ha merecido nuestro informe a la Conferencia.

No me parece que sea éste el momento oportuno de extenderme en consideraciones sobre los comentarios que hemos oído, que, por cierto, tendremos ocasión de

discutir en las Comisiones I y II, cuando se trate el problema en relación al futuro. Muchas gracias, señor Presidente y señores delegados.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Gracias, Dr. Soper. El Delegado de México tiene la palabra.

El Dr. ZOZAYA (México): En verdad, mi intención era expresar, poco más o menos, lo mismo que nos ha dicho el señor Presidente.

Quería manifestar que soy contrario a la idea de que se forme un grupo de trabajo como el que ha sugerido el señor Delegado de Argentina, pues creo que existe una sugestión de la República Dominicana para que este asunto se trate en el programa. Es muy difícil hablar de la dirección de programas si, al mismo tiempo, no se habla de los presupuestos.

Por consiguiente, pido que la proposición del señor Delegado de Argentina sea considerada por el grupo de trabajo que se ocupa de los presupuestos y del programa.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Gracias, Dr. Zozaya. El Delegado de Argentina tiene la palabra.

El Dr. SEGURA (Argentina): En vista de las observaciones formuladas acerca de la oportunidad de considerar en esta sesión plenaria la creación de un grupo de trabajo, mi Delegación pide autorización a los demás países que me han acompañado en esta moción para que, en conjunto, la retiremos de la Mesa, a fin de que las opiniones vertidas por delegados de diferentes países sean estudiadas en una oportunidad que pueda parecer de más utilidad.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Gracias, Dr. Segura. El Delegado de El Salvador tiene la palabra.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): Estoy de acuerdo, señor Presidente, con la decisión tomada por el señor Delegado de Argentina, agradeciéndole que se haya designado al Delegado de El Salvador para integrar ese grupo de trabajo.

Creo que, basados en una mala interpretación de algunos señores delegados, podría pensarse que he expresado críticas a la labor realizada. Todo lo contrario. Ha sido, como dije al principio, una cabal interpretación de la política de orientación señalada a la Organización por sus organismos directivos, pero invitaba a la Conferencia a considerar como un punto muy importante, justificativo de las reuniones de la Conferencia, precisamente, el que se enunciara nuevamente cuáles son o deben ser los programas futuros de la Organización Sanitaria. Me parece que esto no compete a una comisión creo que compete a una plenaria. Pero, por razones de administración del trabajo de la Conferencia, esto debe iniciarse en la Comisión de Asuntos Técnicos. Estoy de acuerdo en ello, pero sigo creyendo que no es un punto de pequeña magnitud, porque se trata de un programa de presupuesto para el año entrante; se trata de dar las normas que han de guiar a la Oficina y a los organismos en general, en el próximo período de labores. Por consiguiente, la Presidencia aclarará las apreciaciones de esta moción, en el sentido de cómo considera que es más apropiado que se tramite, en el seno de la Conferencia o de sus Comisiones.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Gracias, Dr. Allwood Paredes. El Delegado de Nicaragua tiene la palabra.

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua): Estoy en todo de acuerdo con el Dr. Zozaya, de México, en lo relacionado con este problema.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Se levanta la sesión.

Se levanta la sesión a las 13 h. 20 m.

SEXTA SESION PLENARIA

Jueves, 14 octubre de 1954, a las 9 h. 30 m.

Presidente: Dr. OSCAR VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica)

Segundo Informe de la Comisión de Credenciales ¹

El PRESIDENTE: Se abre la sexta sesión plenaria de la Conferencia. Como los señores delegados habrán notado por la lectura del orden del día, tenemos bastante que hacer durante la mañana; y cumplir el programa será la única manera en que podremos evitar las sesiones nocturnas. Como primer punto del orden del día, corresponde ocuparnos del segundo informe de la Comisión de Credenciales, que está pendiente.

En ausencia del Dr. Torreblanca, Relator de la Comisión, ¿algún otro miembro de ella podría presentar el informe?

Tiene la palabra el señor Delegado de Panamá.

El Dr. BISSOT (Panamá): Si el señor Secretario me permite el informe de la Comisión, que está escrito y es muy breve, con mucho placer le daría lectura, en mi calidad de Presidente de la Comisión de Credenciales.

El PRESIDENTE: El Dr. Bissot dará lectura al informe.

El Dr. Bissot lee el segundo informe de la Comisión de Credenciales.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Bissot.

Como han escuchado los señores delegados, la Comisión revisó las credenciales de la Delegación de México, cuyo examen había quedado pendiente según el primer informe, y las aprobó. ¿Hay alguna observación respecto del informe? Si no hay observaciones que formular, daré por aprobado el informe.

Aprobado.

Informe de la Comisión General

El PRESIDENTE: Como segundo punto del orden del día figura el informe de la Comisión General. El Secretario presentará dicho informe a la sesión plenaria.

¹ Véase pág. 455.

*El Secretario da cuenta de los asuntos discutidos y de las medidas adoptadas en la cuarta sesión de la Comisión General.*¹

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Secretario.

Tema II-A: Discusiones Técnicas: Informes de los Estados Miembros sobre Sus Condiciones y Progresos Sanitarios Alcanzados en el Período Transcurrido entre la XIII y XIV Conferencias Sanitarias Panamericanas (continuación)

El PRESIDENTE: El tema siguiente del orden del día es la continuación de la presentación de informes de los Países Miembros. Están pendientes e inscritos: Paraguay, Estados Unidos, Cuba y Nicaragua. La Presidencia invita a los delegados que van a presentar estos informes a hacerlo en forma resumida y a mantenerse, en beneficio del trabajo del día, dentro de los diez minutos asignados a cada uno. En primer lugar, se concede la palabra al Delegado del Paraguay, Dr. Enrique Zacarías Arza.

INFORME DEL SEÑOR DELEGADO DEL PARAGUAY

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay): Tengo el alto honor, en mi calidad de Presidente de la Delegación del Paraguay y Ministro de Salud Pública de mi país, de explicar brevemente, ante la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, los adelantos que en materia de salud pública ha realizado la República del Paraguay en los últimos cuatro años.

Permitaseme, primero, expresar, en nombre de mi Gobierno y del pueblo paraguayo y de las instituciones nacionales de salud pública, el respeto y la admiración que debemos a la obra de adelanto y progreso que realizan las repúblicas hermanas de este Hemisferio, en íntima relación con los organismos sanitarios internacionales como la Oficina Sanitaria Panamericana, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de la Infancia (N. U.), por citar sólo algunos de ellos.

También debo rendir público reconocimiento, en esta magna oportunidad, a las autoridades de salud pública de las naciones amigas que, en múltiples ocasiones, han ofrecido y prestan su colaboración a los programas que lleva a cabo mi Gobierno, demostrando con ello que la solidaridad, en materia de salud pública, entre las naciones de este Hemisferio, es uno de los resultados más elocuentes que podemos ofrecer ante los ojos del mundo.

La República del Paraguay tiene el alto honor de ser país fundador, tanto de la Oficina Sanitaria Panamericana como de la Organización Mundial de la Salud; ha hecho todo cuanto ha estado de su parte porque los organismos sanitarios internacionales puedan cumplir la elevada y benéfica labor encomendada por las naciones que los componen; y declara que lo seguirá haciendo con todo entusiasmo y fe en el porvenir.

La Delegación del Paraguay explicó en Ciudad Trujillo que en el Paraguay

¹ Véase págs. 342-343.

contábamos con una organización sanitaria más formal que funcional; recientemente entonces, volvíamos a reagrupar nuestros valores técnicos, morales y espirituales alrededor del Gobierno, para fortalecer el Ministerio de Salud Pública y hacer de él un organismo capaz de estudiar y resolver en forma más racional los más fundamentales problemas sanitarios del país.

Aún no había sido creada una conciencia sanitaria entre los hombres de gobierno ni tampoco en la comunidad. El dinero que se destinaba a salud pública (que, en última instancia, es un buen índice para medir esta preocupación), no alcanzaba al siete por ciento del presupuesto nacional, mientras que actualmente se eleva al diez por ciento de dicho presupuesto.

A la estrecha colaboración de los organismos internacionales ya citados se deben, en gran parte los adelantos que pasará a reseñar y que constituyen un capítulo importante en la historia de la salud pública del país, pues estas iniciativas tienen tendencia a fortalecer, consolidar y extender los servicios de salud pública nacionales.

En 1948, se organizaron los trabajos de lucha contra el *Aedes aegypti*, mediante un programa cooperativo que, más tarde, en 1951, al disponerse de fondos de la Asistencia Técnica de las Naciones Unidas y del UNICEF, se pudo ampliar a una acción combinada con la lucha antipalúdica, formalizándose, en 1952, en un programa de lucha global contra los insectos vectores.

En 1951 se firmó un convenio de cooperación para un programa de lucha contra la anquilostomiasis, al que se agregó ulteriormente un programa de protección contra la viruela.

En la misma época se establecieron los programas de higiene maternoinfantil, con ayuda de la OMS y del UNICEF, en el área de demostración llamada Asunción-Villarrica y sobre la base de centros de salud completos, con dedicación funcionaria integral. Casi al mismo tiempo, se iniciaron los programas de lucha contra las enfermedades venéreas y de control de la tuberculosis con la cooperación de la OMS y de la AT.

El 1953 se inició, con la participación de la OMS, un programa para el establecimiento de la cátedra de higiene en la Facultad de Medicina, que por muchos conceptos está llamada a desempeñar un papel de gran estrategia en la consolidación de los servicios de salud paraguayos.

En 1954 se iniciaron nuevos programas de cooperación con la OMS y el UNICEF: uno, para un plan de vacunación en masa con BCG, ya iniciado, en un plano nacional; otro, por el cual se amplió el de higiene maternoinfantil, para colaborar con la Facultad de Medicina en la reorganización de la cátedra y la sala de pediatría, con fines de adiestramiento y demostración.

En este mismo año, también, deberán quedar terminados los estudios y recomendaciones para un programa de lucha contra la lepra, con participación de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Durante el año 1953, las actividades desarrolladas en todos los campos fueron planeadas para obtener la realización de una idea coordinadora indispensable, que el Gobierno ha estimado un paso obligado para la integración definitiva de los diversos programas en la estructura normal del Ministerio de Salud Pública.

Para que se comprenda mejor el medio en que debe actuar la sanidad en el Paraguay, permítaseme dar algunos datos sobre mi país.

El Paraguay, con una riqueza exclusivamente pecuaria, agrícola y forestal, es un país mediterráneo, casi tres veces más extenso que el Uruguay pero con una población de sólo las dos terceras partes de la del país hermano. Es cuatro veces más extenso que Guatemala, pero tiene sólo algo más de la mitad de la población de esa república. Esto significa la dispersión de la población, lo que hace que el suministro de asistencia sanitaria sea particularmente oneroso.

Aparte este encarecimiento del costo de la asistencia, también significa una dificultad de financiamiento de la salubridad en mi país el hecho de que su población económicamente productiva—y, por tanto, contribuyente—representa sólo el 42% de su población total, mientras que, en los Estados Unidos, por ejemplo, la proporción de la población económicamente activa, sobre la población total, llega al 53%.

Por eso mi país: 1º, por lo costoso que resulta la asistencia en territorios de población dispersa, y 2º, por la capacidad económica restringida de esa población, acoge con particular beneplácito y reconocimiento la ayuda que las organizaciones internacionales pueden prestar a su sanidad.

ADELANTOS ESPECÍFICOS DE LA SALUD PÚBLICA DEL PARAGUAY

Higiene Maternoinfantil.—La familia, considerada como unidad, recibe atención por un equipo técnico especializado, que cumple sus funciones con dedicación integral. La atención mixta, de asistencia y preventiva, complementada por la labor de enfermeras y auxiliares sanitarias en el domicilio, constituye la fase más notable del trabajo de protección a la madre y al niño. Los centros de salud cuentan con médicos que les dedican su tiempo integral, formados en servicios nacionales o en el extranjero. Todos ellos cuentan con equipos modernos para el cumplimiento satisfactorio de sus fines específicos.

La atención maternoinfantil en comunidades con centros de salud puede ofrecer los siguientes progresos numéricos: embarazadas controladas, 50%; lactantes controlados, 75%; pre-escolares controlados, 30%.

La atención a los escolares constituye también una preocupación fundamental de los centros de salud, efectuándose el examen sistemático de los niños del primero al sexto grado, programas de vacunación, estudio del saneamiento del medio escolar y suministro de una copa de leche diariamente. Actualmente, se benefician del programa de distribución de leche más de 20.000 escolares.

Control de la Anquilostomiasis.—La anquilostomiasis, enfermedad endémica, está presente en cerca del 50% de la población urbana y en más del 60% del medio rural.

Para abordar este problema se ha iniciado, desde hace dos años, con ayuda de la OMS, un programa que abarca al 30% de la población total del país y, fundamentalmente, tiene por objeto estudiar la frecuencia de la enfermedad, sanear las viviendas visitadas, con especial interés en la disposición adecuada de las excretas, medicar contra la enfermedad y educar a las poblaciones y a las familias en los hábitos de vida más adecuados en relación con la infestación.

Hasta la fecha, se han trabajado cuatro de las nueve zonas de la capital y las zonas urbanas y rurales de cinco poblaciones del interior.

Esta campaña antianquilostomósica de tipo global, con tendencia a integrarse en las labores ordinarias de los centros de salud, está preparando guardas sanitarios con conocimientos de los problemas del saneamiento del medio, pudiendo, a corto plazo, transformarse en inspectores polivalentes, previo un curso de adiestramiento, para servir en los centros de salud.

Control de las Enfermedades Venéreas.—Con el comienzo del programa de cooperación establecido con la OMS en 1951, se inicia, por así decirlo, una acción antivérea de carácter sistemático y permanente, a partir de programas intensivos, cuyo comienzo efectivo sólo data de hace dos años y medio. Hasta la fecha, se han ejecutado 16 de estos programas, principalmente en zonas urbanas y rurales, localidades comprendidas en el área Asunción-Villarrica, habiéndose controlado serológicamente unas 30.000 personas, encontrándose una positividad del 12,4% para la sífilis.

De las campañas globales con repercusión en las comunidades señaladas, se pasa a programas permanentes de control venéreo a cargo de los centros de salud.

Siempre en relación con las enfermedades venéreas, se han dado tres cursos de serología de la sífilis, destinados a profesionales de laboratorios privados y oficiales y a la Facultad de Química, con el fin de uniformar las técnicas de trabajo y la interpretación de resultados.

Control de la Tuberculosis.—La lucha antituberculosa coordinada es, en el Paraguay, de fecha reciente, correspondiendo esta coordinación al Departamento de Tuberculosis del Ministerio de Salud Pública. Precisamente, la ocasión propicia para lograr la unidad de acción se presentó con motivo del convenio firmado por el Ministerio de Salud Pública y la OMS, para ejecutar un programa de control de la tuberculosis y otro de demostración rural del mismo problema. De este modo, y con la contribución nacional cada vez más firme y efectiva, se han logrado instalar seis nuevos dispensarios en varias localidades del país; y están a punto de inaugurarse tres más. Todos estos dispensarios están a cargo de un médico especializado en la materia. En estos últimos cuatro años se ha ampliado el Sanatorio Bella Vista, aumentando su capacidad en 130 camas más.

En diciembre de 1953, se pudo contar con un equipo móvil de rayos X proporcionado por la OMS, para examen de tórax en pequeñas poblaciones del interior. Este equipo ha examinado a más de 30.000 personas.

A la acción asistencial ya existente y a los estudios de morbilidad que resultaron del examen de poblaciones que realiza el equipo móvil, ha venido a sumarse, como complemento esencial, la vacunación en masa con BCG. El programa de vacunación con BCG, suscrito en diciembre de 1953 entre el Gobierno, la OMS y el UNICEF, se ha iniciado en su fase activa a mediados de 1954, comenzándose por la ciudad de Asunción, para extenderse este mismo año a las ciudades y pueblos del interior.

Control de Artrópodos.—El Paraguay firmó en 1950 su primer convenio con la Oficina Sanitaria Panamericana para una campaña antipalúdica, el que fué ampliado en 1951. Desde entonces se han realizado numerosas encuestas en

todo el país, quedando de manifiesto que la zona con más alta morbilidad es el segundo departamento de la república, o sea, el Alto Paraguay. Sin embargo, solamente una quinta parte de la zona palúdica del país ha sido convenientemente tratada.

En cuanto a la campaña de control del *Aedes aegypti*, asunto que en la anterior Conferencia Sanitaria constituía todavía una tarea para el Paraguay, puede declararse que toca a su fin. En 97 de las 98 localidades positivas de la encuesta inicial, se encuentra totalmente erradicado, quedando Asunción, que se sabe negativa, pero cuyo control terminará a fin del presente año, momento en que se declarará también la erradicación.

De este modo, pues, cábele a la delegación la confirmación de un hecho ya divulgado: la erradicación del *A. aegypti* de la República del Paraguay.

Agua Potable para la Ciudad de Asunción.—Desde hace mucho tiempo, el problema de la dotación de aguas corrientes constituye en el Paraguay una de las aspiraciones más sentidas de las poblaciones. No sólo ha sido una preocupación de gobernantes y gobernados, sino también de los servicios de salud, que reconocen en aquella una de las obras más urgentes, tanto desde el punto de vista sanitario como desde el punto de vista estético y de bienestar general que trae aparejado. Diversas gestiones realizadas han venido a cristalizar en la actualidad, en que se ha dado un paso fundamental al obtener el Gobierno de la Nación la aprobación de un empréstito de 7 millones y medio de dólares del Banco de Importación y Exportación, para realizar esta obra, que unido a un aporte nacional de 2 millones y medio de dólares en moneda nacional, permitirá en plazo breve iniciar los trabajos pertinentes.

Formación de Personal.—El perfeccionamiento del personal es otra de las realizaciones de valor permanente de los últimos cuatro años. En todas las actividades del Ministerio se han dado cursos de perfeccionamiento técnico para médicos, serólogos, enfermeras y tocólogos, en relación con los grandes problemas sanitarios estudiados por el Ministerio.

Como complemento indispensable, se ha desarrollado y estimulado, con ayuda de los organismos sanitarios internacionales, un programa de becas para los funcionarios con mayor vocación por la carrera sanitaria.

Este estímulo lleva insensiblemente a la creación de la carrera sanitaria de dedicación integral, que ya es una realidad en los centros de salud de base, como en los servicios fundamentales del Ministerio de Salud.

Preocupaciones Futuras.—No desearía poner término a esta exposición sin expresar el interés de mi Gobierno y el mío propio, como Ministro de Salud Pública, por una ampliación de los programas de salud que se desarrollan en la República del Paraguay con la colaboración de los organismos sanitarios internacionales. Tenemos sobrada fe en el porvenir sanitario de nuestra patria, pero estamos también alerta al hecho de que el mejoramiento de la salud pública sólo puede ser logrado mediante una colaboración comprensiva, que una los recursos internos con la ayuda que podamos recibir de los organismos especializados internacionales.

Señor Presidente, señores delegados: Hemos explicado, someramente, los problemas, las pequeñas satisfacciones y las grandes preocupaciones de un pueblo

que vive en el centro de América del Sur, hablando el guaraní, cantando sus guarañas y soñando con el fortalecimiento de los lazos de unión de los pueblos del Continente americano, para el bienestar, el progreso y la felicidad del hombre americano.

El PRESIDENTE: La Presidencia agradece al Dr. Zacarías Arza el excelente informe presentado e invita a los señores delegados a formular comentarios sobre este trabajo.

Si nadie desea usar de la palabra para hacer comentarios acerca del informe, cedo la palabra al Dr. W. Palmer Dearing, quien presentará el informe de los Estados Unidos de América.

INFORME DEL SEÑOR DELEGADO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

El Dr. DEARING (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Es un honor estar hoy aquí y representar al Gobierno de los Estados Unidos en esta XIV Conferencia Sanitaria Panamericana. La oportunidad de participar en estas reuniones en nombre de nuestros respectivos gobiernos es esperada por todos nosotros con gran expectación.

En primer lugar, deseo expresar el reconocimiento de mi país al Gobierno de Chile por su cordial acogida y gentil hospitalidad. Esta refleja las relaciones cordiales que han existido durante tanto tiempo entre Chile y los Estados Unidos, amistad que no es una mera actitud oficial, sino que representa un lazo perdurable entre nuestros dos pueblos. En esta primera visita mía a vuestro hermoso país deseo hacer pública una expresión personal de admiración, agrado y amistad. Sé que de esta manera expreso los sentimientos de toda la Delegación de los Estados Unidos.

Los últimos cuatro años han sido trascendentales en el campo de la salud y, particularmente, en el de las relaciones sanitarias internacionales. Hemos visto acumularse continuamente pruebas de que las naciones pueden compartir problemas comunes y trabajar unidas para lograr soluciones comunes. Seguimos comprobando una colaboración internacional verdadera—en estas reuniones y en los diversos programas de salud emprendidos conjuntamente por dos o más países—colaboración en el espíritu y en los hechos.

Es con este espíritu que yo deseo pasar revista brevemente, ante ustedes, a algunos de los recientes cambios en los Estados Unidos de Norteamérica en materia de salud. De la misma manera que compartimos estas experiencias y describimos nuestras realizaciones, nuestros objetivos y nuestros problemas, me doy cuenta de que tenemos tanto que aprender como a dar. Es cierto que, en algunos campos, gracias a un afortunado conjunto de circunstancias, hemos podido avanzar rápidamente en los Estados Unidos. Por otra parte, reconocemos que nos queda mucho por hacer, y sabemos que podemos esperar de ustedes inapreciable ayuda y consejo.

El año pasado el Servicio de Salud Pública pasó a ser parte de un departamento ministerial independiente, con la Sra. Oveta Culp Hobby como Ministro y el Sr. Nelson Rockefeller, tan bien conocido en América Latina por su interés y sus grandes aportes a la salud pública, como Subsecretario.

El presupuesto del Gobierno Federal para los servicios de salud se ha mantenido en un nivel razonablemente satisfactorio, si se tienen en cuenta las grandes demandas de carácter mundial que pesan sobre nuestros recursos.

Marco Social y Económico.—Antes de discutir los avances específicamente relativos a la salud, debo aludir a la base sobre la cual trabajamos: los factores económicos y sociales que modelan nuestros programas y que delimitan nuestros problemas. Las tendencias que os fueron expuestas en el informe de la Delegación de los Estados Unidos ante la XIII Conferencia hace cuatro años han continuado y, en verdad, se han intensificado. Por ejemplo, la tendencia hacia la urbanización—que ha sido característica de nuestro país durante los últimos cien años—no ha disminuído en modo alguno. Una de las consecuencias de esta tendencia, que ahora está exigiendo seria atención de parte de los trabajadores de la salud en los Estados Unidos, es el crecimiento de las áreas suburbanas. Estos suburbios que rodean los límites de las ciudades han brotado de un día a otro, en los últimos años, trayendo consigo problemas básicos de salud, problemas de vivienda, de saneamiento, de servicios médicos individuales, y de recursos sanitarios.

Es muy importante para la salud pública el hecho de que nuestra población sigue envejeciendo, como resultado del aumento de nuestra vida media y del progreso en la lucha contra las enfermedades que arrancan el mayor tributo de vidas de lactantes, niños y jóvenes.

Nuestra economía ha seguido desarrollándose, y somos testigos de un gran crecimiento industrial. Más que nunca, estamos utilizando en la fábrica, en la granja y en el hogar, una variedad cada vez mayor de nuevas substancias químicas, de nuevos materiales y de nuevos productos sintéticos.

Todas estas tendencias afectan a nuestros planes para la salud y nos colocan frente a una serie de problemas nuevos, de naturaleza compleja y difíciles de resolver.

En los Estados Unidos tenemos, sin embargo, la suerte de que, en general, nuestras condiciones de salud se cuentan entre las más favorables del mundo. La baja mortalidad general, el tributo cada vez menor de las enfermedades infecciosas y transmisibles, la creciente expectativa media de vida para ambos sexos, todo ello es en parte el fruto de la diligente atención prestada a la medicina preventiva y curativa durante un largo período. La Salud Pública en los Estados Unidos, como en todos los países, está constantemente acosada por nuevos problemas, porque el triunfo sobre ciertas enfermedades tan sólo desplaza las causas de morbilidad y de muerte. La inevitable "recompensa" nos obliga a enfocar nuestros servicios de salud pública, nuestros recursos y nuestra investigación, hacia estos problemas.

El Estado de la Salud en los Estados Unidos.—Durante los últimos cuatro años la tasa cruda de mortalidad ha permanecido casi estacionaria, variando sólo entre 9,6 y 9,7 por 1.000 habitantes. Sin embargo, si se tiene en cuenta la población de edad avanzada, representa en realidad un continuo mejoramiento en las cifras de mortalidad.

La tasa de mortalidad infantil tuvo un nuevo descenso en 1953, año en el cual se estimó en 28,0 muertes menores de un año por 1.000 nacidos vivos.

Esto representa una disminución respecto a las 29,2 muertes de 1950. Desde 1936, año en el cual la tasa fué de 57,1, la mortalidad infantil ha ido disminuyendo cada año casi sin interrupción.

La mortalidad materna ha sido reducida de 8,3 por 10.000 nacidos vivos en 1950, a 5,6 en 1953, es decir, aproximadamente una muerte materna por cada 1.800 nacidos vivos. Una indicación del rápido ritmo con que ha disminuído la mortalidad materna en los Estados Unidos es el hecho de que en un año tan reciente como 1936 la tasa era de 56,8, es decir, diez veces mayor que la tasa estimada para 1953.

La duración media de vida en los Estados Unidos en 1951 (última cifra disponible) alcanzó la alta cifra de 68,5 años. Esto significa un aumento de casi cuatro años en la última década. Las mujeres, por término medio, tienen una mayor expectativa de vida, pues sobreviven en seis años a los hombres. Desde 1941 la expectativa de vida de las mujeres aumentó en 5 años y la de los hombres en 2,8 años. Uno de los problemas de salud pública, al cual todavía se concede poca atención, es la diferencia cada vez mayor entre la longevidad de los hombres y la de las mujeres.

Enfermedades Transmisibles: Los Progresos.—Al considerar las enfermedades en particular, encontramos, en general, una prolongación de las experiencias previas; es decir, ciertas enfermedades para las cuales existen métodos bien probados de prevención han declinado, en tanto que otras han aumentado. Por ejemplo, las principales enfermedades transmisibles de la niñez son hoy causas casi insignificantes de muerte. Hace diez años, en 1943, la tasa de mortalidad por escarlatina y angina estreptocócica, difteria, tos ferina y sarampión, en conjunto, fué casi de 18 por 100.000 habitantes menores de 15 años; en 1953, esta tasa conjunta de mortalidad había descendido a una cifra aproximada de 2. Para evaluar esta cifra, debe recordarse que, a comienzos de este siglo, la tasa correspondiente era de 242,6.

Otras enfermedades infecciosas tales como la fiebre tifoidea, el paludismo y la viruela, son hoy problemas secundarios de salud pública en los Estados Unidos.

Se realizan continuos avances contra la tuberculosis, una de las principales causas de muerte en los comienzos del siglo, la séptima en importancia en 1950 y la décima en 1953. Para los últimos cuatro años la tasa de mortalidad por esa enfermedad se redujo casi en un 50%. Ha habido también una disminución del 12% en el número de casos de tuberculosis denunciados, entre 1950 y 1953.

Se reconoce, en general, que puede atribuirse al programa cooperativo de control local-estatal-federal una parte importante de estas significativas conquistas en la lucha contra la tuberculosis. Medidas tales como la búsqueda de casos en masa, el diagnóstico y referencia precoces, y los procedimientos adecuados de control periódico, han jugado un papel eminente en el control de esta importante enfermedad transmisible. Se estima, por ejemplo, que los recursos combinados de las organizaciones oficiales y voluntarias han hecho posible el que anualmente se tome una radiografía del tórax a 15 millones de estadounidenses.

En los programas de control se ha continuado también el trabajo de investigación y de evaluación en tuberculosis. De particular importancia son los pro-

gresos recientes en la evaluación de la terapéutica por nuevas drogas. Los resultados hasta la fecha indican que: (1) la utilización de la estreptomina, del ácido paraaminosalicílico y de la hidrazida de ácido isonicotínico, logra mejoría en la mayoría de los casos de tuberculosis; (2) el uso simultáneo de dos de estas drogas combinadas generalmente produce mejores resultados; (3) la combinación de drogas más indicada depende del tipo del caso; la hidrazida del ácido isonicotínico por sí sola es tan eficaz como cualquiera combinación de drogas en el tratamiento de la enfermedad sin cavidades pulmonares; y (4) el desarrollo de resistencia bacteriana a cualquiera de las drogas de uso actual es un problema mucho menos grave que lo que hasta aquí se suponía.

En otro de los campos que conciernen a la salud pública, a saber, las enfermedades venéreas, tengo la satisfacción de poder informarles también que ha tenido lugar un progreso continuo. La tasa de mortalidad por sífilis y sus secuelas ha estado descendiendo firmemente. Esta tasa bajó de 10,7 por 100.000 habitantes en 1940 a 3,4 en 1953. La incidencia estimada de sífilis en 1953 fué de 91.000 casos, un diez por ciento menos que en el año anterior. Se supone, sin embargo, que la tendencia descendente actual de la morbilidad denunciada es más bien una consecuencia de la disminución en la extensión de los esfuerzos de búsqueda de casos que de la disminución en la incidencia y frecuencia.

Un progreso importante en el control de las enfermedades venéreas ha sido la utilización de la inyección única de penicilina lenta en la terapéutica de la sífilis. Esto nos ha proporcionado un método mucho más rápido para el control y para detener la transmisión de la infección.

Enfermedades Transmisibles: Los Problemas.—Los notables progresos hechos en los últimos años en el control de las enfermedades transmisibles no nos han impedido ver las necesidades que aún existen. Entre estas necesidades se cuentan: la vigilancia con respecto a ciertas enfermedades que han sido aparentemente vencidas; el mejoramiento de las medidas que se emplean hoy corrientemente, y la creación de procedimientos de control para aquellas enfermedades transmisibles para las cuales no disponemos todavía de control eficaz. Enfermedades tales como la difteria, la viruela, la fiebre tifoidea y el paludismo, pueden no ser importantes numéricamente, pero requieren una vigilancia constante y la aplicación continuada de medidas preventivas. Necesitamos aplicar un control más efectivo de las enfermedades transmitidas por los animales al hombre: las zoonosis. Entre aquellas que tienen importancia para la salud pública en los Estados Unidos se encuentran la brucelosis, la tularemia, la psitacosis, la triquinosis, la fiebre Q, y la rabia.

Las enfermedades a virus, tales como la hepatitis infecciosa, la encefalitis, y la poliomiелitis, han aumentado tanto en frecuencia como en importancia para la salud pública. Desde 1950, por ejemplo, los casos de hepatitis han aumentado en más de un cien por ciento, en parte a causa de un mejor diagnóstico y denuncia. La poliomiелitis sigue apareciendo en forma localizada y en epidemias muy extendidas. Estas enfermedades están recibiendo actualmente considerable atención. Con respecto a la poliomiелitis, por ejemplo, las autoridades sanitarias de los Estados Unidos, en cooperación con una organización nacional voluntaria—la Fundación Nacional contra la Parálisis Infantil—están empeñadas en uno de los mayores experimentos de medicina preventiva de todos los tiempos. El propósito

de éste es determinar si esta infección puede ser controlada mediante la inmunización activa. A comienzos de este año, aproximadamente medio millón de escolares recibieron inyecciones de una vacuna recientemente descubierta, de la cual se espera que proporcione inmunidad duradera contra todas las cepas del virus de la poliomielitis. Un cuarto de millón de niños están siendo utilizados como testigos en este experimento, cuyos resultados se espera conocer a fines de este invierno o a comienzos de la primavera.

Sanearamiento del Medio.—Durante muchos años los Estados Unidos orientaron sus investigaciones hacia los aspectos médicos de las enfermedades. Actualmente, sin embargo, nos dirigimos a cerrar la brecha entre la investigación médica en sentido estricto y la investigación en el ancho campo de los efectos del medio sobre la salud. Estamos dándonos cuenta de la importancia creciente de la contaminación química y física del aire, del agua y de los alimentos, y del desarrollo de la vivienda y de las colectividades.

En este cambio, ha sido de gran ayuda durante el año pasado la apertura del nuevo Centro de Investigaciones de Ingeniería Sanitaria Robert A. Taft, en Cincinnati, Ohio, la única institución nacional de su clase en los Estados Unidos. Nuestra investigación se concentra allí en los aspectos de ingeniería de los problemas de salud de las colectividades y de las regiones, y en los medios para medir y controlar los riesgos que el medio encierra para la salud.

Para concretar, nosotros en los Estados Unidos nos enfrentamos con problemas tales como los efectos que tiene la utilización cada vez mayor de sustancias químicas en las instalaciones de alcantarillado y de eliminación de basuras; la falta de conocimientos relativos a la eficacia de los actuales métodos de tratamiento del agua y de las actuales instalaciones destinadas a extraer los virus y las sustancias químicas dañinas del agua potable; la creciente contaminación de nuestros abastecimientos de agua potable; la escasez de agua que resulta de la mayor utilización que se le da; la utilización cada vez mayor de la energía nuclear con sus radiaciones dañinas y el problema creciente de la contaminación del aire.

En el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos reconocemos plenamente que nuestras propias investigaciones en estas materias no pueden abarcar el problema en su totalidad. Tenemos todas las esperanzas, sin embargo, de que nuestro nuevo Centro de Ingeniería y su personal estimularán a nuestras universidades e instituciones tecnológicas para que consagren una atención mayor a los aspectos sanitarios de las transformaciones tecnológicas.

El control de los riesgos industriales para la salud, logrado a través de una investigación continuada y aplicado en muchos de los establecimientos industriales de nuestra nación, protege a la mayoría de los trabajadores de los Estados Unidos contra las enfermedades profesionales. Actualmente, estas enfermedades son la causa de sólo un 2% de los días-hombre perdidos por enfermedades y accidentes. La prevención de los accidentes en las industrias, mediante dispositivos de seguridad y educación, también ha reducido en forma espectacular la tasa de mortalidad debida a accidentes industriales.

Desgraciadamente, no hemos tenido tanto éxito en la prevención de los accidentes en el hogar y en las carreteras. Los accidentes han llegado a ser la cuarta causa de muerte en los Estados Unidos. Durante los últimos cuatro años, la tasa

de mortalidad por accidentes de 60,6 por 100.000 habitantes ha permanecido invariable. La mayor cantidad se produce en el hogar y, generalmente, son evitables. La prevención de los accidentes en el hogar y en las carreteras, ha llegado a ser un objetivo importante de muchas de nuestras instituciones, tanto oficiales como privadas.

Encuesta y Construcción de Hospitales.—Muchos de ustedes conocen bien el programa de encuesta y construcción de hospitales que ha estado realizándose en los Estados Unidos desde 1946. Este programa ofrece a los Estados y a las colectividades locales la asociación con el Gobierno Federal para construir hospitales y otras instalaciones para la salud, de conformidad con las necesidades de los distintos grupos de poblaciones.

Desde 1946, han sido aprobados aproximadamente 2.300 proyectos, dos tercios de los cuales ya están terminados y suministran servicios de salud necesarios. Estos proyectos prevén la creación de más de 109.000 camas de hospital general y de casi 500 centros de salud. Se ha previsto también alrededor de 12.000 camas adicionales para enfermos mentales; 7.900 camas para tuberculosos, y 6.000 camas para enfermos crónicos.

Nos satisface poder decir que las tres cuartas partes de los nuevos hospitales construidos según este programa se encuentran en regiones que anteriormente no disfrutaban de instalaciones aceptables. Más de la mitad se encuentra en comunidades rurales. La mayoría de estos hospitales son pequeños, de 50 camas o menos, y sirven a comunidades que, de otro modo, no podrían tener un hospital.

La nueva legislación aprobada en julio de este año amplía el programa original al autorizar fondos adicionales especiales para instalaciones destinadas a los enfermos crónicos y a los inválidos. Las cantidades que se asignarán, según esta legislación ampliada, se unirán a un aporte proporcional mayor de las autoridades locales y se utilizarán enteramente para la construcción de enfermerías, hospitales para enfermos crónicos, instalaciones de rehabilitación y centros de diagnóstico y tratamiento.

Enfermedades Crónicas.—El control creciente de las enfermedades infecciosas, al cual ya he hecho mención, ha significado que un número mayor de personas llegue a edades más avanzadas, en las cuales la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas son elevadas. Aunque se les encuentra en todas las edades, las enfermedades crónicas atacan más frecuentemente en los últimos años de la vida. Como consecuencia, desde el comienzo de este siglo, ha habido en los Estados Unidos un aumento gradual en aquellas causas de muerte que se asocian más a menudo con las edades medianas y avanzadas.

Estas causas importantes de muerte, (enfermedades del corazón, neoplasmas malignos y lesiones vasculares que afectan el sistema nervioso central) fueron responsables de casi los dos tercios de todas las defunciones en los Estados Unidos el año pasado. La tasa de mortalidad de cada una de las tres causas principales excedió ligeramente a la de 1950, y explica la proporción algo mayor de las muertes totales.

Estamos intensificando constantemente nuestros esfuerzos para descubrir la causa y mejorar el control de estas enfermedades que amenazan y destruyen las vidas y minan las energías de tantos de nuestros ciudadanos. No necesito decir a

ustedes que nos queda un camino muy largo por recorrer, pero me gustaría comentar brevemente algunos de los progresos que hemos hecho en esta dirección.

En primer lugar, el control de las enfermedades crónicas es objeto de atención cada vez mayor por parte de los departamentos de salud estatales y locales. Las cuatro quintas partes de los Estados han establecido unidades especiales dentro de sus departamentos de salud para la realización de programas de control del cáncer, de las enfermedades cardíacas y de otras enfermedades crónicas.

En los laboratorios del Gobierno y de las instituciones privadas, los hombres de ciencia consagran su inteligencia y energía a estos difíciles problemas en los que han logrado algunos resultados. Por ejemplo, el Servicio de Salud Pública está estimulando la aplicación amplia, como procedimiento de salud pública, de una prueba simple de glicemia para descubrir diabéticos no diagnosticados y ponerlos en tratamiento. Hemos emprendido también un estudio sobre los efectos del embarazo en la madre prediabética y moderadamente diabética y en su hijo, con la esperanza de que el control de la glicemia durante el embarazo proteja no sólo a la madre, sino también al concebido contra el desarrollo de la diabetis.

En lo que respecta al cáncer, se han realizado campañas educativas bastante amplias para asegurar el diagnóstico y tratamiento precoces. Las investigaciones clínicas y de laboratorio avanzan rápidamente y han producido mejoras en el tratamiento. La búsqueda de agentes químicos eficaces se lleva a cabo sistemáticamente a pesar de la presión que existe para que se prueben diversas así llamadas "curas para el cáncer," que no están respaldadas por pruebas científicas adecuadas.

Entre los más dramáticos progresos en la quimioterapia del cáncer se encuentran aquellos que se han logrado en el tratamiento de la leucemia aguda con las drogas que se conocen como antagonistas del ácido fólico. Existen también indicios alentadores en el tratamiento y prevención de la invalidez por artritis, epilepsia, hipertensión y otros problemas difíciles.

Centro Clínico.—La técnica de la investigación médica moderna es hoy mucho más compleja que cuando Koch descubrió el bacilo de la tuberculosis en 1882. Los problemas que hay que estudiar ahora requieren equipos que representen a un mayor número de disciplinas científicas, que utilicen material especializado y que trabajen en estrecha asociación con hombres de ciencia de otras instituciones. Para suministrar un enlace entre la investigación de laboratorio y la investigación clínica, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos abrió, en julio del año pasado, su nuevo Centro Clínico en los terrenos de los Institutos Nacionales de Higiene que constituyen la rama de investigación de dicho Servicio. La misión de esta nueva institución consiste en lograr descubrimientos que, en último término, proporcionen al médico en ejercicio y al funcionario de salud pública medios más eficaces para tratar las enfermedades degenerativas crónicas así como las enfermedades infecciosas poco conocidas.

Los objetivos verdaderos y permanentes de la medicina y de la investigación médica son: conservar la vida humana y hacer que esa vida sea más feliz y más saludable. El Centro Clínico es un servicio nacional y, en verdad, internacional, que ayudará a alcanzar estos objetivos.

Al administrar el Centro Clínico, el Servicio de Salud Pública actúa como depositario de la confianza de toda la nación, y de las asociaciones científicas y

médicas en particular. Por esta razón, el Servicio ha establecido procedimientos mediante los cuales el Centro Clínico está ligado con instituciones privadas y públicas de todo el país, y, en realidad, con la investigación médica mundial.

Conclusión.—En este resumen, he intentado dar a ustedes una impresión a vista de pájaro, del estado de la salud de mi país y de algunas de las medidas adoptadas en los Estados Unidos para proporcionar una salud mejor a nuestros semejantes. Tenemos plena conciencia de que nuestra tarea está sólo en sus comienzos.

Al mismo tiempo que avanzamos hacia la solución de muchos de nuestros problemas relativos a enfermedades infecciosas, están apareciendo otros problemas que sólo pueden ser enfrentados por todo el equipo de los que se dedican a la salud. La razón que nos mueve es simple: disminuir la enorme carga que la enfermedad y la muerte prematura infligen a la humanidad, y a este propósito estamos dedicados.

En esta lucha por una salud mejor, los Estados Unidos tienen la satisfacción de hallarse asociados a través de la Organización Sanitaria Panamericana y de la Organización Mundial de la Salud, con las naciones de las Américas y del mundo. Esta acción cooperativa internacional hace más eficaces los esfuerzos de todos nosotros, para el beneficio mutuo de todos.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Dearing.

Hemos oído con especial interés este resumen que nos ha presentado la Delegación de los Estados Unidos; especialmente porque, al presentar cifras tan bajas en problemas que para nosotros son tan graves, casi nos están marcando una pauta o, por lo menos, nos están dando estímulo para trabajar y lograr cifras iguales.

¿Algún señor delegado desea formular observaciones? Tiene la palabra el Dr. Sánchez Vigil, de Nicaragua.

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua): Deseo hacer una pregunta nada más.

El año pasado estuve en los laboratorios del Dr. Salk, en Pittsburgh, viendo la preparación de la vacuna contra la poliomielitis; supe también que en Nueva York, en los laboratorios Lederle, el Dr. Cox estaba preparando otra vacuna contra la misma enfermedad; pero, mientras la del Dr. Salk es vacuna de virus muerto, la del Dr. Cox es de virus vivo. Y en la ciencia americana había discrepancias sobre cuál de ellas sería mejor.

Como no he sabido nada de la vacuna del Dr. Cox, desearía conocer si el Dr. Dearing podría darnos alguna información al respecto y si se ha utilizado o se ha empezado a trabajar con ella.

El Dr. DEARING (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): La vacuna que se usó en este experimento fué la vacuna de Salk, preparada de acuerdo con su método, y que es una vacuna fórmula Q; se hicieron amplias pruebas en la primavera pasada antes de efectuar el experimento en masa, primero en monos, y luego, cuando hubo dado resultados satisfactorios en los monos, fué aplicada a niños, en pequeña escala para garantizar la inocuidad de la vacuna.

Hubo discusiones y controversia teórica acerca de si la vacuna era realmente muerta o no, y de cómo podría averiguarse esto. En realidad, las pruebas a que se sometió la vacuna en los monos antes de permitir la aplicación a niños de cualquier

vacuna o partida de ellas, fueron muy rigurosas; dichas pruebas comprendían la inoculación de un gran número de monos, en tres laboratorios diferentes,—no en un sólo laboratorio, sino en tres laboratorios,—y después el sacrificio de los monos para buscar cualquiera lesión microscópica en sus cadáveres; si en cualquiera de ellos se encontraba la más mínima sospecha, la partida de vacuna era descartada. Y en estas pruebas utilizamos solamente la vacuna de Salk, preparada de acuerdo con sus métodos y fabricada por dos o tres laboratorios biológicos.

El Dr. SWELLENGREBEL (Países Bajos) (*traducción del inglés*): Deseo preguntar al Dr. Dearing si, entre las zoonosis que él mencionó, no debiera darse también cierta importancia a una que él no ha mencionado, o que, por lo menos, no le he oído mencionar, la leptospirosis. Yo tenía la impresión de que la leptospirosis era considerada de cierta importancia en los Estados Unidos.

El Dr. DEARING (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Tenemos algo de leptospirosis en los Estados Unidos, realmente en poca cantidad, pero existe y, por lo tanto, podría ser colocada igualmente en la lista.

EL PRESIDENTE: ¿Alguien más desea hacer algún comentario? Si nadie desea hacer uso de la palabra, la Presidencia la concederá al Delegado de Cuba, para la presentación de su informe. Tiene la palabra el Dr. Alberto Recio y Forns.

INFORME DEL SEÑOR DELEGADO DE CUBA

El Dr. RECIO y FORNS (Cuba): Señor Presidente, señores delegados: en obsequio al ahorro de tiempo, seré muy breve.

Una de las mejoras introducidas últimamente en uno de los organismos adscritos al Ministerio de Salubridad, denominado Servicio Técnico de Salubridad Rural, consiste en haberlo dotado de unidades móviles, cada una de las cuales está constituida por un grupo de vehículos motorizados, provistos de instalaciones de laboratorio, radiología, gabinete dental y consultorio, con alojamiento para el médico, el dentista, la enfermera y auxiliares, a fin de prestar servicios de dispensario, practicar vacunaciones contra la viruela, el tétano, la coqueluche, la difteria y la fiebre tifoidea, realizar la pesquisa de las enfermedades, y el diagnóstico y el tratamiento del parasitismo intestinal, entre los núcleos rurales y los moradores de viviendas alejados de los centros urbanos. Enviamos estas unidades, después que en la zona se ha realizado el mejoramiento de las viviendas y del medio ambiente, a base de drenajes, instalación de letrinas sanitarias, pisos de cemento y pozos tubulares, provistos de bombas de mano o arietes.

Este mejoramiento de la vivienda campesina, cuyos ensayos se realizaron con recursos limitados del Ministerio, es objeto ahora de un amplio programa, que inicia nuestro Gobierno con la creación de otro organismo específico, con fondos procedentes de un impuesto, para construcción de viviendas sanitarias para los indigentes, el mejoramiento de las chozas campesinas y el auxilio a los inválidos.

Este Servicio de Salubridad Rural que se desarrolla ahora en mayor escala y que se completa con la obra educativa de las visitadoras sociales y de los maestros rurales, a juzgar por los beneficios hasta el presente logrados, promete contribuir grandemente a la solución de los únicos problemas sanitarios de importancia actual-

mente en Cuba, que son: el parasitismo intestinal y las infecciones entéricas, que afectan principalmente a los habitantes de los campos y que mantienen relativamente elevadas las cifras de mortalidad infantil en las clases pobres de la población.

Para combatir la tuberculosis, la muy eficiente labor del Consejo Nacional de Tuberculosis, otro de los organismos adscritos, sostenido también con impuestos especiales, amplía incesantemente sus servicios, creando dispensarios *ad hoc* en todos los centros urbanizados de alguna importancia. En ellos se descubren los casos y se requisan los que necesitan tratamiento en el hospital. De estos, dos se han inaugurado en el año actual, uno de los cuales, el Sanatorio de Topes de Collantes, con capacidad para 600 enfermos, se ha erigido en una meseta situada en la región central de la isla, a 900 pies sobre el nivel del mar, donde se disfruta de un clima templado; ha sido equipado con los últimos adelantos de la ciencia y está a cargo de un cuerpo técnico de especialistas seleccionados. Se trata de un verdadero monumento nacional, que con orgullo mostramos a cuantos se interesan por visitarlo.

Está a punto de inaugurarse otro sanatorio que podrá albergar a 600 ú 800 enfermos, situado en un lugar no muy lejano de la capital; también es lujoso y está profusamente equipado. Estos hospitales, conjuntamente con los otros existentes en la capital y en las provincias, esperamos que cubran las necesidades de los tuberculosos asilables en toda la república. A cargo de este patronato está también la campaña para la vacunación con el BCG, para lo cual un Centro de Producción de BCG ha sido establecido en la capital. La vacuna se aplica regularmente a los niños en los dispensarios y en todas las maternidades de la nación; y los registros estadísticos se llevan en la Oficina Central. En la *Revista de la Tuberculosis*, que periódicamente se publica, podrán leerse sus realizaciones.

Contra la lepra, la sífilis, el pian y otras afecciones cutáneas, se ha creado también un patronato que lleva a cabo campañas profilácticas contra estas enfermedades, organizando dispensarios para tratamiento gratuito en todas las capitales de provincia y ciudades importantes, disponiendo excursiones inquisitorias para buscar y tratar a los enfermos, labor que ha sido facilitada con el empleo de las unidades móviles a que hicimos referencia.

La campaña antimalárica fué emprendida desde 1936 por la Comisión de Malaria de Cuba y organizada bajo la dirección de los expertos de la Institución Rockefeller. La lucha antilarvaria, a base entonces de desecación permanente y petrolización, continuada sistemáticamente desde esa fecha, ha circunscrito la endemia a algunas zonas poco accesibles de las provincias orientales, endemia reforzada por la entrada de enfermos de un país vecino, hasta hace poco fuertemente infestado.

Entra en nuestros planes próximos la erradicación total del paludismo, ahora que disponemos de armas poderosas y métodos menos costosos.

Los índices de fiebre tifoidea acusan un notable descenso en los dos últimos años. El promedio de 250 a 300 casos, permanentemente en tratamiento hasta el año 1949, ha ido descendiendo paulatinamente hasta la cifra de 40 a 50 en que actualmente se mantiene; descenso atribuible a la vacunación obligatoria, que en gran escala se realiza, a la sistemática cloración de las aguas de todos los

acueductos y al uso generalizado de los antibióticos que se aplican a los sujetos febriles, los cuales se curan antes de ser notificados.

Debemos señalar que hemos sufrido un brote de poliomielitis, desde junio de 1952 a noviembre de 1953, en cuyo período se registraron 562 casos; y 36 casos de encefalomielitis en 1953, coincidentes con una grave epizootia que atacó al ganado caballar, producida por virus del tipo Este y que fué rápidamente controlada por la Sección de Epizootias del Ministerio de Agricultura.

La rabia, que en el pasado sólo ocasionaba de tarde en tarde algún caso humano, en estos últimos años parece tomar incremento, habiendo ocasionado tres muertes en 1953. Ello se debe, sin duda, a especiales circunstancias que motivaron, en años anteriores, cierto decaimiento en las actividades del sector encargado de la profilaxis de esta enfermedad. Además, el descubrimiento del virus de la mangosta, vivérrido silvestre, que fué introducido en Cuba en 1915 y se ha propagado considerablemente, complica el problema de la prevención de la rabia entre nosotros. Esperamos que con el empleo de la nueva vacuna avianizada en la inmunización de los perros, la destrucción de la mangosta, por medio del sulfato de talio que empleamos, al propio tiempo que se intensifica la captura de los perros sin dueño, lograremos mejorar la situación.

La fiebre amarilla constituye en Cuba un recuerdo del pasado, no habiéndose registrado caso alguno autóctono o importado desde 1908, en virtud de la campaña desarrollada contra el *Aedes aegypti* desde 1901. Ante los avances de la fiebre amarilla selvática, hacia el norte, desde 1951 intensificamos la acción *anti-aegypti*, y a fines de 1952 nos adherimos a la campaña internacional de erradicación de este vector, que con tanto éxito lleva a cabo en el Continente la Oficina Sanitaria Panamericana, mediante un convenio con el Gobierno, lo que permite que en estos momentos en que el peligro de invasión de nuestro territorio por el virus se acentúa, nos consideramos cada día menos expuestos, a medida que la campaña progresa. En esta actividad contamos con la valiosa colaboración de dos expertos brasileños y un uruguayo. Gran confianza nos merecen las realizaciones logradas, con gran dispendio y esfuerzos, en la producción de una vacuna anti-amarílica eficaz en algunos países hermanos, no dudando de que en cualquier emergencia podríamos obtener las dosis precisas para dominar rápidamente cualquier brote de tan temible enfermedad.

No han surgido casos de viruela en Cuba desde el año 1942. Un caso fué importado en 1948 y contaminó a un familiar cercano, pero sin más consecuencias. Ello se debe a que desde principios del siglo se instituyó la vacunación obligatoria y llegó a ser costumbre popular vacunar a los niños durante el primer mes de su vida y revacunarlos cuando acuden a las escuelas primarias. El Instituto Nacional de Higiene produce vacuna glicerizada eficaz y en cantidad superior a las necesidades de la población. Se dispone de local, equipos y personal idóneo, con este objeto. La Oficina Sanitaria Panamericana, mediante un convenio establecido recientemente, se propone aportar instrumental y técnicos para emprender la producción de la vacuna desecada, a fin de poder contribuir con ésta a los programas de erradicación continental de la viruela.

Donde mayores progresos se han realizado en los dos últimos años es en el campo de la asistencia social. Los hospitales del Estado, de provincia y de

municipio, están siendo objeto de grandes reformas. Los dispensarios y casas de socorro se han multiplicado; además del Hospital Universitario, se encuentra en construcción actualmente un gran hospital nacional en la capital y está a punto de concluirse otro en la capital de Oriente. Se han inaugurado un Instituto de Cardiología y un Centro de Rehabilitación de Inválidos, dedicado principalmente al tratamiento complementario de poliomielíticos. El Manicomio Nacional se ha reformado, instituyendo servicios bien dotados para el tratamiento moderno de los enajenados. El Instituto del Cáncer y sus hospitales anexos han sido también objeto de espléndidas mejoras.

Las más notable de todas estas realizaciones en el orden de la asistencia social ha sido la creación de la Organización Nacional de Dispensarios Infantiles (ONDI), iniciativa de la Primera Dama de la República, que ostenta su dirección; tiene como finalidad la protección al niño y a la madre. Esta organización, con firme base económica, propende a la construcción de una red de dispensarios modelos, que, repartidos profusamente en todo el territorio nacional, lleven su auxilio hasta el último rincón de la república. El plan para el año actual es la construcción de 40 dispensarios, 20 de los cuales ya están en funciones o próximos a entrar en ellas.

La repercusión que los beneficios de estos dispensarios tiene en el mejoramiento de la salud de la población es notable, por el descenso de la mortalidad infantil en las poblaciones donde ya funcionan; y es de esperar que sea en el porvenir mucho más considerable, a medida que aumente el número de estos dispensarios.

Nuestro Gobierno ha comprendido la importancia de la preparación técnica de nuestros funcionarios, tanto de médicos y enfermeras como de auxiliares y técnicos especializados. Con este objeto, se está reorganizando nuestra Escuela Sanitaria, para dar cursos completos en materia sanitaria y cursos de capacitación a inspectores, a capataces y aun a obreros. En estos empeños, la Oficina Sanitaria Panamericana nos brinda su decidido concurso y, actualmente, uno de nuestros ingenieros sanitarios está siguiendo en el Brasil, en calidad de becario, un curso completo de su especialidad; otro técnico de laboratorio está recibiendo preparación en virología en la ya famosa Escuela de Salubridad de Chile, donde también perfecciona sus conocimientos un inspector sanitario, ambos con becas de la Oficina. Aparte, estamos prestando la mayor atención a la modernización de nuestra Sección de Bioestadística. Gracias a becas otorgadas también por la Oficina, un funcionario siguió un curso completo sobre la materia en la Escuela Sanitaria de este generoso país, y otro se prepara a venir a instruirse debidamente. Aprovecho esta oportunidad para expresar el reconocimiento de nuestro Gobierno a las autoridades sanitarias del Brasil y de Chile, así como a la Oficina Sanitaria Panamericana, por esta asistencia técnica que está produciendo incalculables beneficios en nuestro país.

Un proyecto de ley, por la cual se crea la carrera sanitaria y hospitalaria, está a punto de ser aprobado por nuestro Gobierno, con el fin de garantizar la inamovilidad de los funcionarios y lograr así el mayor interés y eficacia en sus servicios.

También se ha comprendido la necesidad de modificar las ordenanzas sani-

tarias, para adaptar sus disposiciones al progreso de las ciencias y de las industrias en general. A este propósito, la Junta Nacional de Salubridad y Asistencia Social, que es el organismo al cual corresponde la iniciativa en las disposiciones sanitarias, ha emprendido la redacción de un nuevo Código Sanitario y su reglamentación, algunos de cuyos capítulos, como el de Bromatología, pronto entrarán en vigor. En este empeño también hemos recibido, el año anterior, la asistencia de un competente técnico enviado por la Oficina Sanitaria Panamericana.

A pesar de todos estos esfuerzos y de la salubridad de nuestro suelo, a juzgar por la cifra de mortalidad general que fué en el último censo (1949) sólo de 7,85 por mil habitantes, estamos convencidos de que mucho tenemos que aprender y muchos programas tendremos que cumplir, para lograr un nivel sanitario superior.

Réstanos expresar con cuánto entusiasmo nos sentimos identificados con la Organización Mundial de la Salud y con la Organización Sanitaria Panamericana, en cuya fundación Cuba participó en 1902 y con la que hasta el presente ha venido colaborando; y para terminar, señores, deseamos expresar, en nombre del Gobierno de Cuba, nuestro reconocimiento y cálida felicitación a su meritisimo Director, el Dr. Fred. L. Soper, por el acierto y la eficacia que en su dirección viene desplegando, así como a sus colaboradores.

El PRESIDENTE: La Presidencia agradece al Dr. Recio el informe que ha presentado, y ofrece la palabra para comentarios. Si nadie desea hacerlos, la Mesa concede la palabra al Delegado de Nicaragua, para que presente su informe. Tiene la palabra el Dr. Manuel Antonio Sánchez Vigil.

INFORME DEL SEÑOR DELEGADO DE NICARAGUA

El Dr. SÁNCHEZ VICIL (Nicaragua): Tengo aquí algunos pequeños apuntes acerca del programa realizado durante cuatro años en Nicaragua, que deseo exponer a la consideración de ustedes. Ante todo, permítanme hacer una breve descripción geográfica y demográfica de mi país, para que sean mejor comprendidos los problemas, sobre todo los de sanidad rural, que nos aquejan.

La República de Nicaragua tiene 154.000 kilómetros cuadrados y se halla entre la República de Costa Rica, la de Honduras y la de El Salvador. La mayor parte de su territorio está situado entre 10 y 500 metros de altura, y sólo algunas ciudades del interior tienen un poco más; pero no hay una sola población que se eleve a más de mil metros.

Está dividida la República por una cordillera que, partiendo del centro del río San Juan, límite con Costa Rica, avanza a la región de Choluteca, lindante con la República de Honduras. Estas vertientes de agua producen dos grandes lagos: el de Managua y el de Nicaragua, y llevan todas sus aguas prácticamente a la vertiente del Atlántico. La precipitación en la República de Nicaragua es bastante extrema y diferenciada. En la costa del Atlántico llega hasta cuatro metros de precipitación, ciento sesenta y tantas pulgadas, mientras en la costa del Pacífico apenas alcanza a un metro o metro y medio: 40 o 60 pulgadas de lluvia. Las lluvias ocurren generalmente entre los meses de mayo a octubre; y pocas veces alcanzan al mes de noviembre.

Las temperaturas son bastante altas y el 80% de la población, que vive en las zonas bajas, tiene que soportar una temperatura de 28 a 36 grados centígrados. La temperatura en las zonas altas oscila entre 18 y 24 grados. Las aguas llegan al Atlántico por seis grandes ríos y al Pacífico por dos grandes lagos cuyas riberas ocasionan grandes problemas de malaria.

Expuesta la situación geográfica y demográfica, voy a decir algunas palabras acerca del sistema y la administración de salubridad, que comenzó en 1915 gracias a la Fundación Rockefeller, que en 1924 se hizo prácticamente cargo de la salubridad de la república. En 1925, se creó la Dirección General de Salubridad al frente de la cual hay un nicaragüense. Y se llegó a un compromiso entre la Fundación Rockefeller y el Gobierno de Nicaragua, por un período de cuatro años: el primer año, la citada fundación contribuiría con el 75% de su presupuesto; el segundo año con el 50%; el tercer año con el 25%; y el cuarto año, el Gobierno de Nicaragua se haría cargo de la salubridad nacional.

Fué en 1929 cuando el Gobierno del General Moncada tomó a su cargo la salubridad de Nicaragua, creando, al mismo tiempo, el Ministerio de Asistencia Social y Salubridad. Este Ministerio trabajó en una forma poco más o menos reglamentaria, siguiendo las normas establecidas por la Fundación Rockefeller, hasta 1936; pero en 1937 se consideró el caso de que la mayor parte del dinero, asignado a este trabajo, iba a los hospitales y a la asistencia social dejando la parte preventiva muy mal parada. Por esa razón, en 1937 se hizo una modificación, apartando completamente la Dirección General de Sanidad del Ministerio de Asistencia Social, por traspaso al Ministerio de Gobierno, Policía y Culto. De modo que en la actualidad lo que podemos presentar es un trabajo de medicina preventiva. Desde luego, no tenemos nada que ver con la parte asistencial en Nicaragua.

El Presupuesto de 1950 era de 1.800.000 córdobas; en 1954 fué casi de 8.000.000, si incluimos la parte del capítulo IV, a la que contribuyó el Departamento de Salubridad. Esto nos da casi un dólar diez (1,10) anual *per capita*, para los trabajos de sanidad en general.

El Ministerio ahora se llama Ministerio de Salubridad Pública y consta de ocho divisiones principales, en las cuales distinguimos, por ejemplo: Administración, Epidemiología, Estadística Vital, Laboratorios, Enseñanza, Sanidad Rural y Organización Sanitaria Local, que fué el primer paso en la campaña organizada por la Fundación Rockefeller, y aún se conserva. Tenemos, en seguida, las secciones de Ingeniería Sanitaria, Educación Higiénica Escolar, Medicina Infantil, Campañas Antituberculosas, y Control de Malaria, Fiebre Amarilla, Enfermedad de Chagas, e Insectos.

En la actualidad, en la parte administrativa, se ha llegado a un arreglo con el INCAP, que es el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, con el objeto de que atienda a nuestros problemas de nutrición. Necesariamente, aquí el interés principal reside—y en eso hice hincapié cuando estuve el año pasado en Nueva York, tratando con la Fundación Rockefeller—en la alimentación del pueblo, como base de una campaña efectiva de salubridad.

También, en la actualidad mantenemos estrechas relaciones con los Ministerios de Agricultura, Ganadería y Economía. En conjunto, se han hecho trabajos, por

técnicos sanitarios y de agricultura; y en cuanto a nutrición, estamos colaborando estrechamente con aquéllos, a fin de hacer frente a los diferentes problemas que les competen.

El 5 de diciembre de este año se celebrará una reunión en Managua para tratar lo relacionado con el Instituto de Nutrición y sus problemas. Tendremos, además, una Conferencia de Biología en 1956, y dedicamos gran parte de nuestro tiempo a estas actividades, para resolver dignamente los problemas que en esta clase de conferencias preocupan a los centroamericanos.

La segunda división, Estadística Vital, es la que lleva, generalmente, las campañas sobre ciertas enfermedades, en términos genéricos, y, sobre todo, la parte estadística. Desde luego, la fiebre amarilla y la malaria están controladas por la octava división del Ministerio de Salubridad Pública.

Quiero hacer también una breve mención que tal vez será de interés general, en relación con la fiebre amarilla selvática y la malaria, respecto de las cuales muchas de las repúblicas aquí representadas han manifestado tener especial interés. La fiebre amarilla selvática nos fué anunciada por el doctor Vargas Méndez, de Costa Rica. A insinuación de él, a invitación de su Gobierno, partimos dos o tres técnicos de Nicaragua para estudiar el problema en Costa Rica, antes de que llegara hasta nosotros. Esto nos valió muchísimo. De modo que cuando Costa Rica estaba sufriendo su preocupación en río Cuarto y Sarapiquí, el propio Dr. Vargas Méndez, el Coronel Elton, mi compañero, el Dr. Robleto Pérez, y yo, pudimos ver en el propio lugar lo que pasaba en Costa Rica. Y luego con todas las facilidades que el Dr. Vargas Méndez nos otorgó para orientarnos mejor en dicha campaña, regresamos a nuestro país con muchos más conocimientos y experiencias para nuestro trabajo.

Empezamos la vacunación por el sur, desde el río San Juan hasta terminar, últimamente, en el norte, en la frontera con Honduras. Quiero hacer especial mención de que en Nicaragua apenas se utilizó el virus de la cepa neurotrópica de Dakar, y en realidad toda la campaña se hizo con el virus 17-D. No tuvimos ningún accidente y, en la actualidad, tenemos más de 900.000 personas vacunadas, en una población de 1.200.000 personas. Esto nos hace pensar que, por lo menos en siete años más, la fiebre amarilla no será problema en Nicaragua.

Como sistema más práctico, para llegar al lugar de los trabajos, fuimos a caballo, en canoas y a pie. Las campañas con helicópteros y otros medios son costosas y no presentan probabilidades asistenciales para obtener hielo y refrigeración bien calibrada; y oportunamente recibimos siempre vacunas de Colombia, país al cual mucho debemos, por los buenos resultados y lo bien preparado de sus virus. Tenemos el gusto de informar, por ejemplo, que conforme a las estadísticas del Dr. Ergaldes, más de las tres cuartas partes de la producción de vacunas de Colombia fueron despachadas a Nicaragua durante el año y pico que duró la epidemia. Nuestro país debe a Colombia, al Instituto Finlay y al Dr. Ergaldes, una colaboración inapreciable. También del Brasil, del Instituto Butantán, recibimos de 20 mil a 40 mil dosis de la misma vacuna: virus 17-D, que empleamos con toda facilidad en Nicaragua.

Volviendo a este mismo sistema y a esta misma asistencia, cuando nosotros tuvimos el virus de la fiebre amarilla invitamos a El Salvador y a Honduras a

unirse a nuestra lucha contra la fiebre amarilla, a fin de que, cuando llegara a ellos, tuvieran más facilidades para combatirla.

Llegamos a comprobar, por ejemplo, que utilizando elementos prácticos y no médicos podíamos alcanzar un número más grande de vacunaciones. El médico, por su misma calidad, tratándose de un trabajo selvático y rural, no hace el mismo esfuerzo ni tiene la misma capacidad de resistencia en la lucha contra el fango, el lodo y la lluvia, que los inspectores sanitarios preparados y capacitados para ello.

En total, hubo 14 casos de defunción confirmados por la viscerotomía y el diagnóstico histopatológico. Naturalmente las cifras indicadas por diarios y otras publicaciones son mayores, pues, desde luego, cuando hay una epidemia, toda enfermedad o muerte se atribuye a ella.

En cuanto a la viruela, tenemos el gusto de informar que habiendo manejado y aprendido la preparación del virus del Laboratorio de Investigación de la ciudad de Nueva York y manteniendo siempre un virus de más de 30.000 diluciones, para que prenda en el conejo, hemos logrado—después de la epidemia que tuvimos, en 1929 a 1930, de alastrim y de viruela benigna—no volver a tener un solo caso de viruela hasta la fecha. De manera que la viruela está prácticamente erradicada en la República de Nicaragua. Mantenemos una producción de tres a cuatro litros anuales de vacuna que se administra a los escolares en las clínicas infantiles, servicios médicos y otros; de manera que mantenemos una saturación perfecta en esta forma.

En ese mismo año, también, viendo las dificultades asistenciales, empezamos una campaña para inyectar vacuna trivalente para la tifoidea y paratifoidea A y B. Dicha campaña se ha sostenido sin interrupciones y, en la actualidad, usamos entre 200 y 400 litros de vacuna en pequeños poblados y lugares donde el abastecimiento de agua potable no es muy bueno.

Estamos intensificando también los trabajos antirrábicos. En los últimos años, digamos, en los últimos quince, sólo hemos tenido dos casos de rabia humana. La rabia canina es de consideración, y siempre ha sido un problema que tenemos presente, sobre todo en razón de que en nuestro país existen vampiros, capaces de transmitir la rabia a los animales. No hemos encontrado, sin embargo, ningún caso de rabia animal transmitida por vampiros. No obstante, el problema es siempre un poco molesto, pues tenemos que preparar alrededor de 800 tratamientos anuales y distribuirlos en la república. Hemos llegado a la conclusión de que las cauterizaciones con ácido nítrico y con formol, bien hechas, son una ayuda inestimable a este respecto, de manera que siempre continuamos aplicando estas medidas.

Ahora estamos también trabajando con difteria-pertussis-tétano, mejor dicho, con inoculaciones de esta vacuna, la cual adquirimos de las casas norteamericanas Lederle y Chemical Dow, siempre en cantidades suficientes para hacer desaparecer todos estos problemas. La reacción de Schick practicada en Nicaragua, en varias zonas urbanas, ha dado de un 86% a un 92% de negatividad, en los niños de edad preescolar. En las zonas rurales, la Schick es mucho más baja, es decir, la protección es mucho menor.

De esta manera, también, estamos buscando como incrementar algunos siste-

mas de inmunización. Desde luego, pensamos que las inmunizaciones constituyen el camino futuro para desenvolvemos internacionalmente. Hemos suprimido ya el certificado de salubridad médico, por inútil, pues las vías aéreas de comunicación son tan rápidas, que el período de incubación de las enfermedades no alcanza a cubrir el período de traspaso. Por eso, sólo extendemos la tarjeta amarilla internacional de inmunizaciones, la única que en la práctica distribuimos.

La tercera división del Instituto Nacional de Higiene que dirijo, al mismo tiempo que la asesoría técnica de todo el Ministerio, comprende, como la parte más importante, la rama de laboratorios. Hemos seguido, en este aspecto, una política de descentralización. Así, en la actualidad, aun cuando la república es pequeña, tenemos 32 laboratorios departamentales, cinco de los cuales son bastante completos y están situados en cinco zonas regionales del país. Además, existe el laboratorio central en el que se hacen también algunos trabajos de investigación.

La República está perfectamente satisfecha en sus necesidades en este aspecto, con 18 centros de salud. Dos más están en construcción, y otros dos en proyecto, para ser construídos el año venidero. En consecuencia, podemos calcular que existe un Centro de Salud por cada 50.000 habitantes. Este es el cálculo que, aproximadamente, podremos mantener en los próximos diez años.

El Instituto Nacional de Higiene tiene también escuelas de enseñanza, escuelas de laboratorio, escuelas especiales de sanidad ambulantes, que trabajan algo en laboratorio y más en instrucción de higiene, y escuelas de instrucción de higiene. Esta organización es dirigida por el Director del Instituto, y trabaja en colaboración con médicos de salubridad y con algunos otros médicos especialistas que han venido de fuera. La duración de los cursos varía de cuatro a seis meses.

Aparte de esta enseñanza, existe la ayuda suministrada a la universidad, de manera que, en cierto modo, actuamos en colaboración con ella y mantenemos una serie de conferencias durante todo el año. Se trata de cuatro a seis conferencias sobre las últimas novedades en microbiología y otros problemas de esta índole.

La cuarta división, la Sanidad Rural y Organización Sanitaria, que fué iniciada, en sus comienzos, por la Fundación Rockefeller, ha estado hasta la actualidad, y en el último tiempo, relativamente inactiva. Sin embargo, últimamente hemos llegado a un acuerdo con la Oficina Sanitaria Panamericana para establecer un área de demostración de unos 30.000 habitantes, en un lugar de cerca de 1.500 pies de elevación, y con ciertas facilidades económicas para poder continuar la labor. Se trata de buscar un área en que haya pequeños terratenientes que puedan continuar el desarrollo y mantenimiento de la salubridad. Una vez que poseamos esta demostración y los mejores sistemas y manera de llevar a cabo el trabajo rural, se intensificará particularmente la sanidad rural de las localidades pequeñas.

La sexta división, la División de Educación Higiénica y Sanidad Escolar, y la Clínica Maternoinfantil, son de las divisiones más importantes en la actualidad.

Se me olvidaba decir que todos los jefes de esta división y varios de los subjefes son individuos graduados, con títulos de universidades extranjeras.

La educación higiénica y escolar ha tomado especial interés en la actualidad. Prácticamente el 25% del presupuesto se ha destinado a ello, y está dando, sobre todo en la Clínica Maternoinfantil, muy buen resultado. La distribución de leche se obtiene del UNICEF y, en la actualidad, con una central propia, que, según convenio por un plazo de cinco años, mediante cierta forma de pago, pasará a poder de una compañía particular y nosotros tendremos abastecimiento de leche, en Nicaragua, hasta por cinco años más.

En el control de las enfermedades metaxénicas y en el control de insectos, tenemos también una persona especializada, el Dr. Robleto Pérez, que está a mi lado, encargado del control de esta sección. En ella se trabaja en malaria y es uno de nuestros intereses principales llegar a la erradicación de esta enfermedad. Este problema nos ha costado muy caro, y nos debilita demasiado; pero, gracias especialmente a la llegada del DDT y a la campaña intensiva de dedetización y control de la malaria, sus índices han bajado muchísimo.

Las cifras que vienen anotadas en ese resumen estadístico, aunque son del Departamento de Salubridad, proceden necesariamente de los municipios, son muy poco exactas y en realidad nadie cree en ellas. Los índices mejores de malaria han sido obtenidos en encuestas malariométricas, en las cuales hemos llegado a las zonas más maláricas, como Rivas, León, Granada, con 0,5 a 1% de infección en la actualidad.

El PRESIDENTE: Señor Delegado de Nicaragua, la Presidencia agradecería que resumiera, porque se ha pasado bastante del tiempo concedido.

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua): Voy a terminar.

Hemos llegado a tener la gran felicidad, ahora, con el uso del DDT, de poder mecanizar el tratamiento en la república. Desde luego, en los grandes trabajos, sobre algodón, alforfón y arroz, y otras cosas, nos hubieran faltado brazos si no hubiera sido porque la campaña antipalúdica ha surtido tan buenos efectos.

Se ha trabajado algo en enfermedad de Chagas, en filariasis, y, por último, también estamos trabajando en algunas otras enfermedades transmisibles.

Dicho lo cual, no me queda más que rendir a ustedes expresivas gracias y pedir a la Mesa que me disculpe por haberme extendido del tiempo señalado.

El PRESIDENTE: La Presidencia agradece al Dr. Sánchez Vigil su interesante informe, y ofrece la palabra para cualquier comentario. Tiene la palabra el Dr. Andrés Rodríguez, de Colombia.

El Dr. RODRÍGUEZ (Colombia): Deseo felicitar al Dr. Sánchez Vigil, de Nicaragua, por su amplio informe, y, al mismo tiempo, agradecerle las bondadosas frases que ha tenido para una de las demostraciones de solidaridad y hermandad continental.

Al mismo tiempo, deseo dar las gracias a la Misión Rockefeller, bajo cuyos auspicios se inauguró el Instituto Finlay de la Fiebre Amarilla.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Delegado de Colombia. ¿Algún señor delegado quiere hacer uso de la palabra?

Disponibilidad de la Vacuna contra la Poliomiélitis

El PRESIDENTE: Antes de hacer un comentario general sobre la presentación de trabajos, desearía hacer una pregunta al Dr. Dearing, de los Estados Unidos, sobre un tema que creo será de interés para todos, y es éste: ¿Cuándo considera que sería posible a nuestros países tener la vacuna contra la poliomiélitis?

El Dr. DEARING (Estados Unidos) (*traducción de inglés*): Como dije en mi informe resumido, señor Presidente, la vacuna se encuentra todavía en estudio, y los resultados de este experimento en medio millón de niños de unas 200 localidades no será analizado hasta el comienzo de la primavera próxima. Si tiene éxito, como parece haber sido eficaz en cuanto a reducir la incidencia de poliomiélitis en aquellas niños que la recibieron, los fabricantes solicitarán la licencia de venta correspondiente a los Institutos Nacionales de Higiene, organismo del Servicio de Salud Pública que es responsable de la concesión de licencias de venta para todos los productos biológicos. Antes de poder ser objeto de una licencia, debe mostrarse, primero, la inocuidad y, segundo, la potencia, es decir, la eficacia de ellos. Esta última etapa no será muy larga en razón de los estudios realizados y de la participación que han tenido los Institutos Nacionales de Higiene en la experimentación, el desarrollo y las pruebas de la vacuna. De modo que es posible que la vacuna esté disponible para la venta para la próxima estación de poliomiélitis. No podemos asegurarlo, pero ese sería el punto de vista optimista, y puedo decir, además, que indudablemente los fabricantes, aunque hasta ahora han entregado tan sólo vacunas para experimentación y para las pruebas, tienen ciertamente una parte de aquellas mismas partidas almacenadas y dispuestas para la venta, si se demuestra su eficacia. Es, por esto, que puedo decir con seguridad que existe una posibilidad de que se disponga de cierta cantidad de vacuna el próximo año.

El PRESIDENTE: En ese sentido, es de interés para todos, y podemos llevar a nuestros países el mensaje de que es posible que, para la próxima estación de poliomiélitis, el año entrante, podamos contar con vacunas para proteger a nuestra población.

Cierre del Debate de las Discusiones Técnicas sobre los Informes de los Estados Miembros

El PRESIDENTE: Como comentario general de las discusiones técnicas de la presentación de informes de los Estados Miembros, la Presidencia, interpretando los comentarios recogidos en el seno de esta Conferencia, se permitirá sugerir, para que a su vez sea puesta en forma de resolución, una recomendación, más bien dicho: que, al informe estadístico cuadrienal que se ha presentado, y que tan oportunamente llegó a la Oficina, se agregue un informe narrativo que lo preceda, a sea, una exposición que sustituya la necesidad de presentación de informes de los países en las sesiones plenarias.

Son dos, tal vez, las razones que para esto tiene la Presidencia. Una es que en esos informes hay programas y datos de suma importancia, que nos pueden ayudar grandemente en el desarrollo de nuestros programas futuros y cuya pre-

sentación en tiempo limitado, a la ligera, nos priva de esa información preciosa para nosotros. La otra, de administrador sanitario, es que el tiempo de ausencia de sus respectivos puestos, de sus respectivas funciones en los países, debe siempre reducirse a un mínimo, y cualquiera economía de tiempo en la duración de la Conferencia es importante para nosotros. Esto no es sino un comentario general sobre una posibilidad de presentación escrita previa, que, tal vez, algunas delegaciones podrían suscribir en forma de recomendación a la Oficina Sanitaria Panamericana.

Todos estarán de acuerdo con la Presidencia en que ha sido de gran interés y muy fructífero el tiempo dispuesto para escuchar los informes presentados; y agradecer a los Países Miembros su colaboración en este sentido.

Expresión de Solidaridad con Motivo del Huracán Sufrido por Haití

El PRESIDENTE: Tengo el pesar de comunicar a ustedes, interpretando el sentimiento de todos, la noticia de que un huracán ha devastado la parte sur de Haití, con destrucción de viviendas y hospitales. Estoy seguro de que todos los delegados presentes se unen a la Presidencia para expresar a la Delegación de Haití nuestro sentimiento por la desgracia nacional que les azota. El señor Delegado de Haití ha pedido la palabra.

El Dr. PIERRE-NOËL (Haití) (*traducción del francés*): La Delegación de Haití ha oído con emoción el testimonio de simpatía que la Presidencia, en nombre de la Conferencia, ha tenido la amabilidad de presentar a ésta delegación y a su país, con ocasión del desastre de que Haití acaba de ser víctima.

La Delegación de Haití da sinceramente las gracias a la Presidencia y a las delegaciones presentes y promete transmitir a su Gobierno este emocionante testimonio de simpatía.

El PRESIDENTE: Hemos terminado el orden del día asignado a esta sexta sesión plenaria.

Se levanta la sesión a las 11 h. 5 m.

SEPTIMA SESION PLENARIA

Lunes, 18 de octubre de 1954, a las 10 horas

Presidente: Dr. SERGIO ALTAMIRANO P. (Chile)

Después

Dr. W. PALMER DEARING (Estados Unidos)

Lectura de Cables Procedentes de Bolivia, Ecuador y Venezuela

El PRESIDENTE: Se va a dar lectura a algunos cables que se han recibido.

El SECRETARIO: Se han recibido los siguientes cables:

Aprecio alto grado contenido su cablegrama 72. Agradeciendo sinceramente distinción me brinda Conferencia Sanitaria Panamericana esa reciba cordial saludo. Dr. Julio Manuel Aramayo Minsalubridad (Bolivia, 15 de octubre de 1954).

Al agradecer cordialmente información haberme designado vicepresidente honor Decimocuarta Conferencia Sanitaria ruégole expresar mi reconocimiento a Conferencia por señalada distinción con mejores votos formulo éxito labores atento. Minsanidad Dr. Adolfo Jurado González (Ecuador, 15 de octubre de 1954).

Acojo con alto aprecio honrosa designación para vicepresidente de honor esa importante Asamblea y formulo mis mejores votos pleno éxito sus deliberaciones muy atentamente Pedro A. Gutiérrez Alfaro Minsanidad (Venezuela, 15 de octubre de 1954).

El PRESIDENTE: Se entra en el orden del día. El primer punto que se va a tratar, por decisión de la Comisión General, no será el que figura con el número 1, sino el número 2.

Primer Informe de la Comisión II ¹

El PRESIDENTE: Tiene la palabra, en sustitución del Relator de la Comisión II, Dr. Zozaya, el Dr. Hurtado.

El Dr. Hurtado (Cuba): Por indisposición del Dr. Zozaya, Relator de esta Comisión, procederé a dar lectura al primer informe de la Comisión II (Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos), aprobado en la quinta sesión de la Comisión II, celebrada el 15 de octubre de 1954.

En la primera sesión de la Comisión II, celebrada el día 9 de octubre de 1954, se formó el Grupo de Trabajo No. 1, encargado del estudio de la Revisión de la Constitución, el que presentará su informe oportunamente. En las sesiones segunda y tercera, celebradas los días 13 y 14 de octubre, se examinaron los siguientes temas: 16, 17, 18, 20, 21, 30, 31, 33, 37 y 39, asignados a la Comisión por la Comisión General.

En el curso de estas dos últimas sesiones se aprobaron los proyectos de resolución siguientes:

Tema 16: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1953

El Dr. Hurtado (Cuba) da lectura al primer proyecto de resolución, sobre este tema, que figura en el primer informe de la Comisión II.

El PRESIDENTE: Seguiremos discutiendo separadamente cada uno de los puntos.

Se ofrece la palabra sobre el primer punto del informe de la Comisión II. Si la Conferencia lo estima conveniente, se dará por aprobado el proyecto de resolución presentado por el señor Relator.

Aprobado.²

¹ Véase pág. 543.

² Véase Resolución III del Acta Final, pág. 652.

Tema 20: Informe del Subcomité Permanente de Edificios y Obras

El Dr. Hurtado (Cuba) procede a dar lectura al segundo proyecto de resolución del mismo informe.

El PRESIDENTE: En discusión el segundo proyecto de resolución. Se ofrece la palabra. Cerrado el debate.

Aprobado.¹

Tema 21: Revisión del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

El Dr. Hurtado (Cuba) da lectura al tercer proyecto de resolución que aparece en el mencionado documento.

El PRESIDENTE: En discusión el tercer proyecto de resolución. Se ofrece la palabra. Cerrado el debate.

Aprobado.²

Tema 31: Fondo de Trabajo

El Dr. Hurtado (Cuba) continúa con la lectura del cuarto proyecto de resolución del documento.

El PRESIDENTE: Se ofrece la palabra sobre el cuarto proyecto de resolución.

Aprobado.³

Tema 33: Reembolso de los Gastos de Viaje de los Representantes a las Reuniones de los Comités Regionales

El Dr. Hurtado (Cuba) lee el quinto proyecto de resolución del referido informe.

El PRESIDENTE: En discusión el quinto proyecto de resolución de la Comisión II. Se ofrece la palabra. Cerrado el debate.

Aprobado.⁴

Tema 39: Gasto a Cargo del Fondo Rotatorio de Emergencia, en Relación con las Inundaciones Sufridas por un País Miembro

El Dr. Hurtado (Cuba) procede a dar lectura del sexto proyecto de resolución que figura en el informe.

El PRESIDENTE: En discusión el sexto proyecto de resolución. Ofrezco la palabra. Cerrado el debate.

Aprobado.⁵

¹ Véase Resolución IV del Acta Final, pág. 653.

² Véase Resolución V del Acta Final, pág. 653.

³ Véase Resolución VI del Acta Final, pág. 654.

⁴ Véase Resolución VII del Acta Final, pág. 654.

⁵ Véase Resolución VIII del Acta Final, pág. 654.

Tema 17: Participación Financiera de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido, a nombre de sus Territorios en la Región de las Américas, en el Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana

El Dr. Hurtado (Cuba) da lectura al séptimo proyecto de resolución que contiene el citado informe.

EL PRESIDENTE: En discusión el séptimo proyecto de resolución. Se ofrece la palabra. Cerrado el debate.

Aprobado.¹

Tema 30: Estipendios Pagados a los Becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana

El Dr. Hurtado (Cuba) sigue con la lectura del octavo proyecto de resolución que figura en el informe.

EL PRESIDENTE: Se ofrece la palabra.

EL DR. HORWITZ (Chile): Pido la palabra, señor Presidente.

EL PRESIDENTE: Tiene la palabra el Dr. Horwitz.

EL DR. HORWITZ (Chile): Tengo la impresión de que este proyecto de resolución, tal como viene presentado, está incompleto.

Me parece, y tal vez el Dr. Hurtado lo pueda confirmar, que en la Comisión II se hizo una adición respecto a la necesidad de contar con un reglamento de becas, que se difundiera ampliamente en el Continente. No sé si estoy en un error.

EL PRESIDENTE: Se ofrece la palabra. El Dr. Hurtado podría, quizás, resolver esta consulta.

EL DR. HURTADO (Cuba): Ciertamente, mi impresión concuerda con la del Delegado de Chile, Dr. Horwitz, y estimo que lo esencial del asunto era la promulgación de un reglamento que aclarara y diera una pauta más precisa que el actual, estimulando otra vez al Director a continuar procurando la manera de mejorar en lo posible los estipendios de los becarios. Esa era la esencia del acuerdo y, en efecto, no lo recoge exactamente el texto de esta resolución.

EL PRESIDENTE: Se ofrece la palabra. Tiene la palabra el señor Delegado del Paraguay.

EL DR. ZACARÍAS ARZA (Paraguay): La opinión de la Delegación del Paraguay es idéntica a la que expone el señor Delegado de Chile. Se ha hablado sobre este tema en la Comisión II y se ha considerado la necesidad de un reglamento de otorgamiento de becas.

EL PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de Cuba.

EL DR. HURTADO (Cuba): Si ésta fuera—como parece—la opinión de la plenaria de la Conferencia, podría devolverse este proyecto de resolución para redactarlo de nuevo, a fin de que, de una manera concreta, recoja este parecer la Comisión II, en cuyo caso habrá de decirse, con el estilo que proceda: "Tomar

¹ Véase Resolución IX del Acta Final, pág. 655.

nota de que el acuerdo es que el Director continuará haciendo estudios sobre el estipendio pagado a los becarios y preparará un reglamento de becas para la Organización Sanitaria Panamericana." Digo esto porque hay un reglamento de la OMS que, naturalmente, se maneja y se acata, pero parece ser que el deseo nuestro es que tengamos un reglamento específico de la OSP aun cuando éste coincida en su contenido con las reglas generales que dispone la Organización Mundial de la Salud.

El PRESIDENTE: Se ofrece la palabra. Tiene la palabra el señor Delegado de Costa Rica.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): La Delegación de Costa Rica considera que, ya que se va a modificar esta resolución, tal vez sería pertinente tomar en cuenta un punto de vista que fué sostenido en la Comisión por la Delegación de Costa Rica: que la situación financiera de los becarios no dependa totalmente de los organismos que adjudican las becas; que una buena parte esté a cargo de los Gobiernos, a fin de facilitar a los becarios la ausencia del país con goce completo de sueldo para la atención de sus gastos personales y de familia. No sé si al redactar un nuevo reglamento, que necesariamente tiene que estar de acuerdo con el Reglamento de la Organización Mundial de la Salud, se podrá recomendar—ya que en otra forma sería entrar en el fuero interno de los Gobiernos—que hasta donde sea posible se mantenga a los becarios los sueldos completos, en su ausencia. Esto fué objetado en la Comisión, diciendo que un becario soltero no necesitaba ayuda, que solamente la precisaban los casados. El becario soltero puede tener a su madre a su cuidado; tiene también obligaciones personales. No se pueden hacer excepciones. También fué objetado porque se dijo que era necesario nombrar, en el lugar del becario que salía, a un funcionario que sirviera su cargo. Esto se puede obviar. El Gobierno de Costa Rica tiene en su presupuesto de salud pública una partida suficiente, bajo el título "Auxilio a Becarios", para estos casos. Además, acaba de aprobar el Congreso una ley que concede al becario el sueldo completo durante su ausencia, cualquiera que sea su categoría en el Ministerio y cualquiera que sea el estipendio que le pague la organización internacional.

El Dr. HURTADO (Cuba): Solamente, señor Presidente, para informar al pleno de que el asunto introducido por el Dr. Vargas Méndez, a menos que el pleno quisiera reproducir totalmente el debate sobre la cuestión, fué examinado en la Comisión, precisamente a propósito de una moción introducida por el señor Delegado de la República Dominicana. Fué fuertemente combatido este criterio, con diferentes argumentos: libertad de los Gobiernos de hacer lo que les corresponda y plazca en esta materia, y también; imposibilidad de algunos Gobiernos de cumplir exactamente eso por sus condiciones de economía y normas administrativas, etc. etc. En una palabra, la Comisión decidió específicamente, respecto de este plan, que no era prudente recomendar esa disposición de manera específica en el reglamento, es decir, que el reglamento no puede imponer una condición a los Países Miembros, para otorgar la beca. Hubo argumentos, inclusive, destinados a considerar algo limitativa la oferta de la beca. De modo que ese extremo fué muy discutido y, en definitiva, fué rechazado por una abrumadora mayoría.

En cambio, el señalamiento hecho por la Delegación de Chile, respaldado por el Paraguay, sí fué fundamentalmente discutido en la Comisión, en sentido favorable. Es decir, la Comisión decidió, prácticamente, en su debate: primero, estimular al Director, que ya de por sí lo viene haciendo de manera espontánea, a tratar de revisar, de tiempo en tiempo, la economía del becario y beneficiarla en lo más posible, con carácter general; segundo, estudiar una clasificación de becas y no de becarios, con lo cual ya se introduce, específicamente, diferencia económica por las categorías que representan esas becas; y, tercero, que estuviera escrita la norma para adjudicar las becas, como cosa beneficiosa para los Países Miembros, sobre todo para los funcionarios de la administración sanitaria encargados de adjudicarlas, de proponerlas y de tramitarlas, al poder atenerse a un texto escrito. Y aunque se replicó por las autoridades y por la Secretaría que existe la norma escrita de la Organización Mundial de la Salud, algunos representantes dijeron que no les había llegado esa norma escrita y otros dijeron que, a pesar de existir la norma escrita de la Organización Mundial de la Salud, nada impedía que hubiera una norma escrita específica de la Organización Sanitaria Panamericana, que tuviera la forma general de la perteneciente a la Organización Mundial de la Salud, pero con las características especiales que tiene nuestra Organización continental. Ese es el espíritu cabal de esta moción.

Por ello, recomiendo al pleno que devuelva esta resolución para que se redacte un texto que recoja exactamente estas ideas: estímulo al Director para que procure beneficiar, en lo posible, económicamente, a los becarios, e instrucciones al Director para clasificar las becas, y que ello se concrete en un documento, pauta, reglamento interno de las becas de la Organización Sanitaria Panamericana. Desde luego, la Conferencia podría ir más allá y considerar las cuestiones planteadas de nuevo por Costa Rica; pero esto sería volver a plantear el debate en todos sus aspectos esenciales.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): Muy lejos de la Delegación de Costa Rica está el propósito de reanudar un debate; pero me voy a permitir insistir en nuestro punto de vista. Las obligaciones, al conceder una beca, no son exclusivamente del organismo que la otorga, pues el Gobierno respectivo asume responsabilidades y obligaciones. Si ya en los reglamentos existentes se pide al Gobierno respectivo que garantice que el becario, a su regreso, preste servicios en organismos de salud pública, no veo que sea intervenir en el fuero interno de un gobierno si se recomienda, igualmente, que se mantenga el sueldo del becario durante su ausencia.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de El Salvador.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): No creo inconveniente traer a debate las observaciones que ha formulado el Delegado de Costa Rica. En efecto, en los últimos tiempos, algunas organizaciones internacionales están procurando la promulgación, en los países a los cuales se beneficia con el otorgamiento de becas, de una disposición legal que obligue a los Gobiernos a pagar la remuneración al funcionario o empleado que reciba una beca, mientras dure el tiempo por el cual se le haya concedido.

Por otra parte, creo que un pronunciamiento de la Conferencia en ese sentido

contribuiría enormemente a establecer normas que han sido tan benéficas en casi todos los países en que se han empleado, como la de dar becas a aquellas personas que han demostrado ya deseo, vocación o interés por el trabajo de salud pública; deseo o interés que se han manifestado únicamente estando ya empleado. La mayor parte de los fracasos de los becarios los han observado aquellos países que envían becarios tomados, por así decirlo, del medio exterior, porque alguna de esas personas, sin tener ninguna información, ningún conocimiento previo de lo que es el trabajo de salud pública, ni de las condiciones y los problemas que se les presentan, reciben la beca sólo por el halago de un viaje al exterior y, a su regreso, no muestran el menor interés por el trabajo. Más todavía, cuando se enfrentan a la realidad del trabajo de salud pública, rehusan trabajar en las labores para las cuales fueron a adiestrarse.

Por consiguiente, en nada se menoscaba la soberanía de ningún país al recomendar y disponer, si es posible, en el reglamento, que si uno de los designados es empleado, debe continuar recibiendo la remuneración que estaba devengando, mientras dure la beca. Esto, eventualmente, repercutirá en que habrá un mayor número de voluntarios para recibir una beca y, tal vez, un menor gasto para la Oficina en cuanto a los estipendios que paga. Este es un asunto fundamental; mucho más fundamental, a mi juicio, que la misma elaboración del reglamento de becas.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de la Argentina.

El Dr. SEGURA (Argentina): Este tema, que fué presentado por nuestra delegación al Comité Ejecutivo en el mes de abril, viene siendo objeto, cada vez que se le toca, de mayores comentarios que se intensifican cada vez más. Ello demuestra cuanto había de interés, en potencia, en este asunto de las becas en todos los países americanos.

En el mes de abril, llegamos a la conclusión de encargar al Director que hiciera un estudio sobre el asunto de las becas; y ese estudio ha sido presentado al Comité que se reunió antes de esta Conferencia Sanitaria. En el Comité, en el grupo de trabajo y en la Comisión II, el tema fué debatido, ampliamente debatido, con la participación del Jefe de la División de Educación y Adiestramiento de la OSP. Quiere decir que la Organización, o la Oficina mejor dicho, tiene en sus manos en este momento una enorme cantidad de datos, una enorme cantidad de opiniones; y, para abreviar y para hacer más fácil el trabajo, hemos dejado en manos de la Oficina continuar el estudio de las becas y, sobre todo, como acto fundamental, que fué pedido por nosotros en el mes de abril de este año, la preparación de un reglamento. Porque consideramos que es vital para los Ministerios, para la Oficina, para los becarios, saber la posición de cada uno de ellos frente a lo que aspiran. En ese sentido, creo que hemos dicho que la Oficina debe preparar un reglamento de becas suficientemente amplio, con no demasiada precisión, para que pueda servir a las distintas circunstancias en que se hallen los diferentes Ministerios de nuestras repúblicas.

Por lo tanto, no vería en esta resolución un resultado muy pormenorizado, porque creo que la Oficina tiene en sus actas todos los elementos de juicio para saber bien lo que hemos dicho. Por consiguiente, debemos dejar en manos de la

Oficina, puesto que tiene que hacer una presentación, que aquí tampoco consta, en el próximo Comité, o sea, el que ha de reunirse en abril próximo, el reglamento que debe darnos por escrito, con cierta anticipación para que los gobiernos puedan estudiarlo.

Respecto al pago de sueldos de los becarios y a la situación de éstos, para ilustración de los demás Miembros de la Organización, debemos decir que en nuestro país siempre se han hecho dos cosas: mantener el cargo del becario que sale del país, sea como experto, sea como becario, y abonar a éste su sueldo, mensualmente, mientras dura su ausencia. Esto ha dado una solución, por muchas circunstancias, a los que han salido; y ello no constituye un inconveniente, pues un buen aspirante a una beca no tendrá dificultades económicas que invaliden la pretensión de salir o de cumplir el encargo del gobierno.

Por eso, creo que podemos hacer saber a los gobiernos que no hacen eso por razones de economía en sus presupuestos, que es una buena medida y que, una vez incorporada, no trae mayores trastornos en los presupuestos nacionales. Cuesta sólo el primer momento, el de la incorporación; pero, repito, una vez incorporada, no hay dificultades mayores.

Creemos que debe devolverse esta resolución a la Comisión para que aclare su redacción, sin especificar demasiados pormenores, que ya los tendrá bien en cuenta el Director de la Oficina, por las circunstancias en que se ha desarrollado este tema.

El PRESIDENTE: Se han planteado dos cuestiones: una, que este proyecto de resolución vuelva a la Comisión y ésta recoja algunas sugerencias, especialmente en lo referente a reglamento y a la situación de los becarios; otra, la opinión del Delegado de la Argentina, en el sentido de mantener esta resolución y darle una redacción adecuada. Parece que los puntos son coincidentes.

Si le parece a la Conferencia, devolveremos este asunto a la Comisión para que ella proponga mañana un nuevo proyecto de resolución que condense las opiniones vertidas aquí por los distintos delegados. Si no hay oposición se seguirá el camino enunciado, para que el proyecto vuelva a la Comisión.

Aprobado.

Tema 18: Estado de la Recaudación de las Cuotas

El Dr. Hurtado (Cuba) pasa a dar lectura al noveno proyecto de resolución que figura en el primer informe de la Comisión II.

El PRESIDENTE: Se ha escuchado la lectura del proyecto de resolución. En discusión. Ofrezco la palabra. Cerrado el debate.

Aprobado.¹

Tema 39: Fondo Rotatorio de Emergencia (Reembolso de Fondos)

El Dr. Hurtado (Cuba) da lectura al décimo proyecto de resolución del mencionado documento.

¹ Véase Resolución X del Acta Final, pág. 655.

El PRESIDENTE: Se ha escuchado el décimo proyecto de resolución. En discusión. Ofrezco la palabra. Tiene la palabra el señor Delegado del Ecuador.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): En el párrafo 2 de este proyecto de resolución se dice que el país que ha recibido la ayuda de emergencia deberá reembolsarla "a la brevedad posible". Yo creo que hay dos tipos de ayuda de emergencia: una que espontáneamente ofrece la Oficina Sanitaria Panamericana, por una circunstancia cualquiera; y otra ayuda que se concede a solicitud de un país en un caso determinado.

En el caso de una ayuda espontánea de la Oficina, considero que puede o no reembolsarse y que, cuando un país la solicita, en ese caso debe reembolsarla. Pero no sé si el criterio será que en todos los casos debe reembolsarse esa ayuda, o sólo cuando dicha ayuda haya sido solicitada. No sé si valdría la pena hacer una aclaración; pero, por lo menos, propongo la consideración de esa situación.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Dr. Coutts, de la Delegación de Chile.

El Dr. COUTTS (Chile): Creo que este fondo de emergencia que significa la ayuda a un país que bajo circunstancias catastróficas la requiere de las manos hermanas, no debe ser devuelto por ese país. Debe darse a todos los Países Miembros la oportunidad de contribuir al reembolso a la Oficina Sanitaria Panamericana de la cantidad invertida en proporción a las cuotas que aportan anualmente. Es un derecho y un deber de todos los países americanos contribuir en un momento determinado a la ayuda de un país hermano.

Me permito proponer que, si la Oficina concede fondos ante una emergencia, éstos sean prorrateados para así darnos la satisfacción y sentirnos más hermanos y más americanos.

El PRESIDENTE: Se ofrece la palabra. Tiene la palabra el señor Delegado de El Salvador.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): Represento a un país que, en cierta ocasión, sufrió una catástrofe y recibió ayuda de la Oficina Sanitaria Panamericana en un momento de mayor necesidad y angustia para él.

Me parece que si la Oficina adoptara la política de exigir que el gobierno reembolse el auxilio que recibió, se colocaría en una posición poco elegante y, mejor dicho, bastante reñida con las normas usuales de lo que es ayuda y de lo que es generosidad. Muchos países pueden experimentar trastornos graves en su vida social y económica, a consecuencia de sucesos inesperados; y las heridas que les hayan causado tales sucesos pueden tardar en restañarse.

Sería ésta la única organización que dispusiera en sus reglamentos y normas que lo que se dió como ayuda voluntaria y de emergencia fuera pagado. Por consiguiente, creo que debe hacerse una clara distinción, como propone el señor Delegado del Ecuador, entre la ayuda que se da en momentos de emergencia como una manifestación de la solidaridad de las repúblicas americanas hacia un hermano en desgracia, y aquella otra ayuda que se da cuando los gobiernos lo solicitan.

Muchas organizaciones internacionales intervinieron en ayuda de nuestro país y de otros que han sufrido aquellos cataclismos y a ninguna se le habría ocurrido

exigir que nuestro Gobierno les pagara la ayuda que recibió. Muchas veces, esta ayuda no tiene precio, no tiene significación, equivalencia en dinero. Sería realmente penoso que nuestra Oficina adoptara, indistintamente, una decisión de esta naturaleza, que la pondría en entredicho en lo que a generosidad y a principios de caridad se refiere, frente a otras organizaciones internacionales que nunca han pensado hacer eso.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de la Argentina.

El Dr. SEGURA (Argentina): Este tema, seguramente serviría para muchas manifestaciones del sentimiento de los hombres, que pueden llegar muy lejos. Pero estamos aquí frente a una Organización que tiene una entrada fija de dinero, destinada a una serie de actividades previstas con mucha antelación y que, para determinados casos, tiene una pequeña cantidad de dinero, un fondo de emergencia de 50.000 dólares, que, frente a ciertas circunstancias que pueden presentarse en los países, no dará para muchas cosas. Si nuestros gobiernos tienen ya en esta Organización una cuota fija procedente de nuestros presupuestos nacionales, si en una circunstancia determinada, nuestra Organización viniera a pedir a los gobiernos el prorrateo de una suma que la Oficina habría de dar, ello traería seguramente una serie de perturbaciones en las administraciones de nuestros países, por las dificultades que hay siempre en mantener las cifras de los gastos anuales en cada administración.

Por de pronto, ante la propuesta hecha, creo que por el señor Delegado de Chile, que acogemos, lógicamente, con todo el espíritu de humanidad que entraña, creo que no estaríamos facultados, por lo menos mi delegación no lo estaría, para contraer ningún compromiso en ese sentido, sin previa consulta con nuestro Gobierno, en primer lugar. En segundo lugar, para la circunstancia que ha mencionado el señor Delegado de El Salvador, creo que los gobiernos, por sí mismos, espectadores de las circunstancias que han podido ocurrir en cualquier país, han podido ir en socorro de sus hermanos en la forma que lo han hecho habitualmente, con envíos en forma particular. En ese sentido, nuestro país ha mostrado una amplitud de criterio frente a las circunstancias y lleva una larga trayectoria de cumplimientos.

Por eso, creo que lo que pueda ser circunstancial a los países queda librado a las posibilidades del momento y al caso de posibilidad de ayuda de los demás países; y quizás hasta una pequeña porción de una cuota que habría que prorratear dentro de la Oficina Sanitaria Panamericana. También se han de evitar las complicaciones económicas o de manejo de fondos que eso pueda traer a los países. Además, creo que pocas delegaciones estarán en condiciones de comprometer, sin consulta previa, la opinión de sus respectivos países, en tales circunstancias.

El sentido de esta resolución fué establecer un cierto compromiso por parte de los países que reciben ayuda de emergencia de la Oficina, para que, cuando les sea posible, restituyan el adelanto que se les haya hecho, porque nuestra Organización debe mantener sus fondos para las campañas permanentes y, si hubiera demasiada laxitud en ello, podría irse como en declive, a pedir las cosas con no tanta necesidad como las circunstancias lo requirieran.

Por otro lado, ya en el punto 2, el deber de reembolsar tampoco es de una absoluta exigencia, puesto que admite que circunstancias extraordinarias lo impidan. Quizás nuestra delegación pediría que en la redacción de este punto 2 se haga constar que los fondos utilizados sean devueltos y así, el país que recibe la ayuda de emergencia habría de reembolsar, pero borrando "circunstancias extraordinarias", para evitar demasiadas dificultades, y poniendo "en lo posible", para mostrarnos un poco más suaves en la redacción.

Por lo tanto, creemos que este proyecto debe mantenerse con estas modificaciones de redacción, que humanizan su texto.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de Costa Rica.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): Han expresado varios delegados sus puntos de vista sobre el reintegro de los fondos invertidos en ayuda de emergencia, puntos de vista con los cuales la Delegación de Costa Rica está de acuerdo. Sin embargo, creo que podríamos ilustrar el punto si preguntáramos a la Secretaría, al señor Director o al señor Subdirector, qué ha pasado en casos anteriores con esta ayuda de emergencia y cómo ha sido tramitado este auxilio por la Oficina.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Director de la Oficina.

El Dr. SOPER (Director, OSP): Creo que aquí hay dos puntos a considerar. Nuestra experiencia ha demostrado que la Oficina puede representar un papel muy importante en la compra y suministro inmediato de ciertos materiales de emergencia: cloro para el agua, vacunas, penicilina; cosas que se necesitan inmediatamente, antes de que lleguen recursos de la Cruz Roja o de los otros organismos que no tienen la misma facilidad de hacer compras y envíos inmediatamente. Además, tenemos necesidad, según nuestro Reglamento Financiero, de recibir los fondos a fin de hacer las compras para los gobiernos. A veces un gobierno se halla en situación que, para él, es de emergencia solamente respecto a la transmisión de los fondos, y en un caso de emergencia de este tipo, sería posible al gobierno pedir la compra, para que ésta fuera hecha sin anticipo de fondos.

En el pasado nos hemos encontrado con algunos casos en que la emergencia para el país era una verdadera catástrofe; entonces hemos contribuido, siendo los primeros en llegar con las cosas que fueran de emergencia, en escala relativamente pequeña; y los gastos de las otras organizaciones fueron mucho mayores. Nuestra contribución máxima consistió en la presteza con que llegamos con lo que conseguimos. En otros casos, hemos hecho compras por cuenta de los gobiernos, cuando los gobiernos estaban en condiciones económicamente para hacer frente a los gastos; pero era muy conveniente que nosotros estuviéramos autorizados para hacer las compras.

En resumen, creo que hay dos aspectos de este problema: el aspecto de la emergencia que representa una verdadera catástrofe para el país, pues su situación económica es muy grave y en que nuestra contribución puede ser de las cosas de emergencia misma durante los primeros días de tal situación; y, por otra parte, los casos en que por circunstancias especiales los gobiernos necesiten hacer compras inmediatas y no puedan depositar los fondos antes de hacer las compras. Hemos visto en los periódicos de hoy, aquí en Santiago, que el Presidente Eisen-

hower, por ejemplo, está utilizando fondos federales de los Estados Unidos para ayudar a ciertos Estados que han sufrido, en estos últimos días, del huracán "Hazel", que también ha producido daños en Haití. De manera que hay casos de necesidad y casos en que se hacen las compras, se puede decir, por conveniencia de los gobiernos respectivos.

El PRESIDENTE: Se ofrece la palabra. Creo que hay dos posiciones, pero que, en cierta forma, se ha aclarado un poco más el sentido de la resolución.

Quedaría resuelta la primera cuestión, en cuanto habría que aclarar el sentido de la emergencia: una emergencia que podríamos llamar catastrófica, con toda su implicación económica y la necesidad de una ayuda urgente y, aun, de proporcionar los fondos; una emergencia de tiempo, de circunstancia, en que la Oficina tendría que tomar esa responsabilidad, naturalmente, con un reembolso inmediato a la brevedad posible; y el otro caso, que seguramente el punto 3 podría resolver.

Pero hay una divergencia entre lo que se propone en el proyecto de resolución y la proposición del Delegado de Chile, en el caso en que los fondos aportados en casos de emergencia catastrófica sean pagados por traspaso de sus propios fondos o el gasto se haga a prorrata por el resto de los Países Miembros. Si se insistiera en esta proposición, deberíamos devolver este proyecto de resolución a la Comisión, para que lo estudie nuevamente.

La proposición de la Argentina también mantiene el tono general de la resolución, modificando su redacción y haciéndola menos imperativa y más dúctil.

Por consiguiente, lo único que está totalmente fuera de esta resolución es la proposición del Delegado de Chile, de que los gastos en que la Oficina incurriera en casos de emergencias catastróficas fueran prorratados por los Gobiernos signatarios. Tiene la palabra el Delegado de Chile.

El Dr. COURTS (Chile): No insisto en la proposición que había hecho pero sí vería con sumo agrado que se hiciera la redacción de la resolución en un sentido más humano; no haciendo imperativa la devolución de los fondos, lo que no nos aleja a todos de la posibilidad de contribuir, ante una situación catastrófica.

Rogaría a la Presidencia de la Comisión que redactara estas dos proposiciones en una forma más humana.

El PRESIDENTE: Yo haría una proposición en el sentido de que el Delegado de la Argentina volviera a exponer la modificación de la resolución, que podría ser aprobada inmediatamente, si fuera satisfactoria, sin tener que volver a la Comisión.

El Dr. SEGURA (Argentina): "El país que ha recibido la ayuda de emergencia deberá reembolsar en lo posible los fondos utilizados, a menos que las circunstancias lo impidan."

El PRESIDENTE: Esta redacción interpreta el sentimiento de algunas delegaciones que objetaban al tono imperativo de la resolución.

Si le parece a la Conferencia, la podremos dar por aprobada.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): De conformidad con el sentido de la observación que me permitió hacer inicialmente a la redacción de esta indicación, me parece que la proposición hecha por el Delegado de la Argentina satisface en parte

el anhelo por mí demostrado en esa proposición. Sólo que yo pienso que podría hacerse una discriminación como había dicho. Podría hacerse una discriminación entre la ayuda proporcionada por emergencia espontánea y la ayuda solicitada por un gobierno. De manera que se podría decir, por ejemplo: deberá reembolsar en la parte por él solicitada.

Podría haber, incluso, una especie de desconcierto en el manejo de los fondos, porque algunas cosas no son de emergencia y, entonces, pueden ser libremente reembolsadas o no; porque eso de "en lo posible" da demasiada libertad, también, en cuanto al reembolso de los fondos o su no restitución. De manera que si se pudiera decir: deberá reembolsar los fondos utilizados, en la porción por él solicitada, a menos que las circunstancias lo impidan, quedarían a salvo las situaciones catastróficas que no permitan a un gobierno reembolsar lo que ha solicitado; pero ya queda establecido, para los casos en que un gobierno solicite esos fondos, que tiene la obligación de reembolsarlos.

El Dr. SOPER (Director OSP): Quiero dar una información que, quizás, interese a los señores delegados: la actual disposición reglamentaria con que hemos trabajado hasta ahora.

Voy a leer en inglés, toda vez que tengo ese documento. Este documento procede de la Tercera Reunión del Consejo Directivo, que tuvo lugar en Lima, en 1949 (Resolución II) (*traducción del inglés*):

El Consejo Directivo *resuelve*: (1) Crear el fondo de emergencia tomando de los fondos en efectivo no comprometidos, existentes al terminar el año fiscal de la Oficina Sanitaria Panamericana, el 31 de diciembre de 1949, cincuenta mil dólares (\$50,000) que se separen y coloquen en el fondo de emergencia de la Oficina Sanitaria Panamericana. Dicha cantidad se depositará en dólares en un banco en Washington, D.C. (E.U.A.) y los fondos se administrarán por el Director o su representante debidamente autorizado. La reposición de este fondo se hará mediante reintegros, en ciertos casos de los países que reciban materiales de auxilio, o bien mediante cargos aprobados por el Comité Ejecutivo contra fondos de la Oficina. El Comité Ejecutivo y el Consejo Directivo recibirán los informes relacionados con el uso de dichos fondos.

El Dr. SEGURA (Argentina): Creo que la forma en que se está orientando la aplicación de este fondo de emergencia va creando dificultades; en lugar de contribuir a solucionar situaciones van a ir atando un poquito a la Oficina para poder actuar, porque si la Oficina va en socorro de un país por sí misma y se anticipa a los acontecimientos sabrá de antemano que lo hace sin posibilidades de obtener la devolución de esos fondos, puesto que a ella no se los han pedido, y ello puede traer, en el manejo interno de la Oficina, ciertas acciones que, luego, no puedan ser debidamente explicadas a los Miembros de la Organización.

Tenemos el ejemplo de lo que acaba de ocurrir con México. Cuando estudiamos este asunto en el Comité Ejecutivo y en la Comisión General, tuvimos conocimiento de ciertos pormenores que indican que, a veces, en la premura de una emergencia, pueden tomarse medidas que significan una desviación de los fondos destinados a realizar obras eficientes, a cosas en las cuales no están bien empleados. El señor Delegado de México, por ejemplo, nos dijo que, con ocasión de una situación de emergencia producida en su país, la Oficina envió 4.000 frazadas, creyendo que iban a ser necesarias; y no fueron empleadas, y el propio Gobierno

de México no sabe qué destino darles. Se trata, en este caso, de fondos que la Oficina ha utilizado sin una verdadera utilidad. La Oficina ha corrido en pos de la emergencia; se anticipa, y hace un envío. Algunas veces puede hacerlo bien; otras veces, mal.

En cambio, si la Oficina se fija como norma la de que el gobierno favorecido, si puede hacerlo, debe reembolsar lo que reciba de ella, tendrá más libertad de acción y será más rápida en su manera de proceder. A la inversa, si se anticipa, sabe que el dinero que destine en estos casos no será recuperado; y se verá así un poquito más retenida, un poquito más obligada a estudiar el paso que va a dar, pues sabe que desembolsará fondos que no podrá recuperar posteriormente. Por eso, creo que es dar a la Oficina una obligación, una responsabilidad que la va a hacer temerosa de tomar actitudes, pues tiene que dar cuenta de lo que haga. Muchas veces, podrá hacerlo bien; otras, debido a la premura, podrá no hacerlo bien.

Por estas consideraciones, me parece que discriminar tanto respecto del fondo de emergencia y en torno a una u otra cosa no es conveniente. Creo que lo más prudente es mantener un espíritu más abierto, una posibilidad más amplia, pues con ello no obligamos a un gobierno a hacerlo. El gobierno tendrá un sentido de su responsabilidad moral frente a la ayuda recibida, para ponerse a la altura de la Oficina y, si le es posible y está en situación de hacerlo, devolver la ayuda recibida de ella.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): Lamento que en el curso del debate sobre este asunto se haya llegado incluso a señalar nombres de Países Miembros, lo cual, como ha visto la Asamblea, fué eludido en la resolución anterior, por la cual se aprobó la resolución del Comité Ejecutivo que empleó determinada cantidad.

En consecuencia, sin referirnos a país alguno y sin mencionar el nombre propio de ninguno de los Estados Miembros, sería conveniente, me parece, cerrar el debate y aceptar la modificación de la moción presentada, la cual, por otra parte, es bien fácil de enmendar. Todo se reduce, en efecto, por un lado, a eliminar la frase "a la brevedad posible," en la cual se resume todo lo de coercitivo y de demanda de tiempo, etc., que tiene la disposición. En segundo lugar, se eliminaría también un adjetivo que hiperboliza la frase: "extraordinario." Con esa sencilla enmienda, la resolución podría mantenerse dejando a la interpretación, como sucede en la legislación vigente, de la Dirección de la Oficina manejar la aplicación del fondo de emergencia. Tanto más cuanto que hemos oído opiniones de los señores Delegados de Chile, Argentina, Costa Rica y Ecuador, y no hemos oído ningún comentario de la delegación que originó esta específica moción, que tal vez pudo haber aclarado cuál fué la intención que tuvo al recomendar esta especificación del fondo de emergencia.

Como no hemos oído ningún comentario más que nos aclare la situación, quiero rogar al señor Presidente que consulte a la Conferencia acerca de si estaría complacida con la enmienda sustitutiva que propone la Delegación de la Argentina, de la cual he tomado nota y cuyo segundo apartado diría: "(2) Que el país que ha recibido la ayuda de emergencia, deberá reembolsar, en lo posible, los fondos utilizados, a menos que otras circunstancias lo impidan." Y nada más.

Las circunstancias las aclarará el Director en su expediente de averiguación. Las posibilidades las determinará el país de acuerdo con la Oficina, y todo quedará conforme a la pauta vigente respecto del manejo del fondo de emergencia.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Dr. Horwitz, de la Delegación de Chile.

El Dr. HORWITZ (Chile): Siento, señor Presidente, que este debate haya vuelto a producirse. Hasta donde alcanza mi información, fué la Delegación de Chile, en la Comisión II, la que propuso el texto de este apartado 2, que no coincide exactamente con el que aparece en este proyecto de resolución. En el proyecto de la Delegación de Chile no aparecía la expresión "a la brevedad posible", sino que se dice poco más o menos lo siguiente: "El país que ha recibido la ayuda de emergencia, procurará reembolsar los fondos solicitados, a menos que determinadas circunstancias lo impidan, en cuyo caso el Director será informado." Este fué el primitivo texto que se planteó en la Comisión II, y nosotros entendimos que así había sido aprobado. Al parecer, fué un error de nuestra parte; pero en el curso del debate, la opinión reinante en la Asamblea, fué que esta expresión no debiera aparecer.

En síntesis, sin ahondar en la discusión respecto de la redacción de este párrafo, de todos modos quisiera repetir la primitiva proposición de la Delegación de Chile: "Que los países que hayan recibido la ayuda de emergencia, procurarán reembolsar los fondos solicitados, a menos que determinadas circunstancias lo impidan, en cuyo caso el Director será informado."

El PRESIDENTE: ¿Habría inconveniente en aceptar la proposición de modificación propuesta por Chile que, en el fondo, coincide con lo que aquí se ha discutido?

El Dr. HURTADO (Cuba): Podría aceptarse el texto dictado por el señor Delegado de Chile.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra la Delegación de los Estados Unidos.

El Dr. BRADY (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Señor Presidente, puesto que nuestra delegación ha propuesto en un principio una resolución de este tipo, creo que es conveniente que demos algunas explicaciones del porqué hemos propuesto una resolución semejante.

Creo que para todos nosotros es difícil definir la palabra "emergencia". Estoy seguro de que hay toda una gama de definiciones de lo que deberíamos considerar como tal. Creemos que, en el pasado, el dinero utilizado por la Oficina de este Fondo Rotatorio de Emergencia ha estado bien empleado, pero no por ello existe menos el peligro de que, en el futuro, ocurra algún caso que, en opinión de algunos, sea una "emergencia" y en opinión de otros no lo sea; por esto sería conveniente que la Conferencia dejara constancia y diera al Director alguna orientación en cuanto a lo que él debería considerar como "emergencia".

Recuerdo un caso ocurrido en una organización internacional, en la cual aparecieron 30.000 dólares asignados para un "emergencia", aunque, cosa extraordinaria, la "emergencia" todavía no había ocurrido. Habían sido asignados con anticipación a una "emergencia".

Hoy se ha empleado la palabra "catástrofe", y quizá ésta podría haber sido la palabra precisa que se utilizase en diversas resoluciones.

Señor Presidente, nuestra Delegación aceptaría ciertamente la inserción de las palabras "en cuanto sea posible" y la supresión de la palabra "extraordinarias", que al parecer representa la opinión general, después de lo que he oído esta mañana, y sería agradable a la mayoría de las delegaciones. Señor Presidente, apoyamos la proposición de enmiendas que ha sido sugerida.

El PRESIDENTE: El señor Secretario podría dar lectura al texto, que recoge las distintas opiniones y que podría ser unánimemente aceptado.

El SECRETARIO: Como se han propuesto varios textos, voy a leer el último propuesto, a fin de que si hay alguna modificación de redacción se haga antes de su aprobación por la Conferencia, en la inteligencia de que el único párrafo que ha sido objeto de modificaciones es el segundo que dice así: "2. Que el país que ha recibido la ayuda de emergencia procurará reembolsar los fondos solicitados, a menos que determinadas circunstancias lo impidan, en cuyo caso el Director deberá ser informado."

El PRESIDENTE: Tiene la palabra la Delegación de la República Dominicana.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana): Si mal no recuerdo, en las discusiones en la Comisión, se suprimió la parte final, relativa a que el Director fuera informado de la imposibilidad de pagar, en que se hallase un gobierno, ya que era delicado exigir a un gobierno que informara en los casos en los cuales no podía reembolsar las sumas recibidas. Si fué ése el sentir de los señores delegados, apoyaríamos, mejor, la proposición del señor Delegado de la Argentina, porque no contiene esa imposición a los gobiernos de declarar expresamente al Director que no pueden pagar.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de El Salvador, Dr. Allwood Paredes.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): Creo haber interpretado la proposición original del señor Delegado del Ecuador, a la cual suscribí, en el sentido de que esta obligación, que sigue siendo perentoria, imperativa, en la palabra "deberá" pueda mantenerse, siempre que se cambie en el segundo párrafo el verbo, donde dice que "el país que ha recibido la ayuda" se cambie por "el país que haya solicitado la ayuda de emergencia" deberá reembolsar. No importa lo que sigue. Pero que esto sea sólo para "cuando se haya solicitado".

El PRESIDENTE: En vista de la serie de innovaciones que se trata de introducir en el texto, y de que existe unanimidad en el sentido que se le quiere dar, lo más prudente sería pasarlo a redacción a la Comisión, para que ésta, junto con las demás proposiciones que nos traerá mañana, nos proponga una redacción definitiva.

Por consiguiente, si la Conferencia no se opone, propongo que en la redacción se recoja el sentido que esta Conferencia desea, y que la Comisión traiga redactado el texto para la sesión de mañana.

Si no hay oposición, se dará por aprobada esta sugestión.

Aprobado.

Pasa a ocupar la Presidencia el Dr. W. Palmer Dearing (Estados Unidos).

Tema 37: Organización de una Oficina de Trabajo en la Ciudad de México durante la Octava Asamblea Mundial de la Salud (tema propuesto por el Gobierno de Cuba)

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Tiene la palabra el señor Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): La Comisión II no aceptó la moción presentada por el Gobierno de Cuba, sobre organización de una oficina de trabajo en la ciudad de México, durante la Octava Asamblea Mundial de la Salud.

Antes de que los señores delegados se pronuncien, ratificando o no esta resolución de la Comisión, con la venia del señor Presidente, deseo hacer conocer de modo especial al pleno de la Conferencia en qué consistió esta solicitud del Gobierno de Cuba, que decía:

Por cuanto: La Octava Asamblea Mundial de la Salud tendrá lugar en la ciudad de México, Estados Unidos Mexicanos, en mayo de 1955, en cuyo mejor desenvolvimiento y éxito deben estar interesados igualmente todos los Estados Miembros pertenecientes a la Región de las Américas, por la trascendencia que para nuestros pueblos tiene ese evento.

Por cuanto: Es de presumir que todos los Estados Miembros, integrantes de la Región de las Américas, enviarán delegaciones lo más numerosas posibles, lo cual significa una asistencia crecida de delegados del Continente americano, que habrán de participar activamente en los trabajos de la Asamblea; siendo por lo tanto recomendable que la Oficina Sanitaria Panamericana disponga lo pertinente para la mejor atención y comodidad de los señores delegados, facilitándoles su trabajo del modo más eficaz.

Por cuanto: Para llenar estas finalidades se requiere una oficina especialmente servida por personal de la Región, poniendo a disposición de la misma el personal de Conferencias de la Oficina Sanitaria Panamericana y un número suficiente de secretarías taquí-mecanógrafas que sirvan con su tradicional eficiencia a las respectivas delegaciones de la Región, siendo tanto más recomendable el sistema que proponemos cuanto que nuestra experiencia de las Asambleas en la Sede Central de Ginebra nos ha hecho notar su falta, no bastando la cortesía del Director Regional y una secretaria de la Oficina, que han tenido, naturalmente, que multiplicarse en sus esfuerzos, sin poder dar un servicio integral.

Por tanto: La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana *resuelve*: Primero: Añadir al proyecto de presupuesto presentado por el Comité Ejecutivo de la Organización un capítulo especial en el que se establezca un crédito por una sola vez, que deberá decir: Para gastos ocasionados por la Oficina de Trabajo de los señores delegados de la Región de las Américas a la Octava Asamblea Mundial de la Salud, que tendrá lugar en la ciudad de México en mayo de 1955, \$5.000.00. Segundo: Con cargo al crédito anterior se sufragarán los gastos y per diem del personal que integra esta Oficina, que en cuanto al "junior staff" (mecanógrafas y taquígrafas) no deberá ser menor de seis. El personal que por la naturaleza de su cargo tenga señalado en los presupuestos créditos para estas atenciones no será incluido en este crédito especial.

En resumen, Cuba pretendió que en México estuviera organizada una oficina de trabajo para los señores delegados. Los señores presentes que han estado en Ginebra y conocen el mecanismo de la Organización Mundial de la Salud sabrán perfectamente que, después que la Asamblea se constituye y se divide en sus grandes comisiones y a veces en subcomisiones y grupos de trabajos, es muy fre-

cuenta que los señores delegados constantemente estén produciendo documentos, revisiones, etc., lo cual significa un trabajo mecánico que el delegado tiene que hacer por su cuenta, sin que en realidad en Ginebra se haya dispuesto de una oficina *ad hoc*, aunque hemos tenido, repito, y quiero hacerlo constar, la colaboración muy solícita de nuestro Director, que se ha multiplicado, él, con su secretaria; pero si ustedes tienen en cuenta que en México, teóricamente, es necesario aceptar que las 21 repúblicas van a estar presentes y que las delegaciones van a estar integradas reglamentariamente, quizá por sus tres delegados, con suplentes, etc., aunque fueran solamente los tres delegados, ya tendríamos por este concepto solamente a 63 señores moviéndose en torno de una oficina de trabajo: un delegado presentando una moción, un delegado pidiendo que la copien, un delegado pidiendo que le traigan una nota, un delegado pidiendo que le hagan las versiones, como es de reglamento en la Organización Mundial, para pasarlas a los idiomas de reglamento, por lo menos al inglés y al francés, etc., etc.

No voy a insistir en este pleno, porque no quiero tomarle tiempo, pero no tengo duda alguna de que los que han ido a Ginebra saben la importancia que tendría esta oficina. Sin embargo, el Comité se pronunció en contra de esta oficina y, además, yo llamo la atención al pleno sobre el hecho de que se pronunció en contra de una manera inusitada y global, sin ir siquiera al análisis del asunto; porque me habría parecido muy bien que se dijera que 5.000 dólares es una enormidad, y que bastarían 4.000, 3.000, 2.000, 1.000, 500, nada . . . Pero lo que me ha sorprendido extraordinariamente es que, en una votación secreta, el pleno de la Comisión II haya dicho categóricamente que no se organice esta oficina de trabajo, es decir que vayan los delegados como van a Ginebra, contra viento y marea, a resolver todos sus problemas por su cuenta, con la cooperación, hasta donde pueden, del Director y de su secretaria para todo el grupo de delegaciones. Esta es la situación. No obstante esto, desde luego esa moción fué defendida, naturalmente, por Cuba, fué apoyada por México, que definitivamente, con toda cortesía, nos ha ofrecido que preparará la oficina de todas maneras y que hará un gran esfuerzo por organizarla. Nosotros, entonces y ahora, seguimos creyendo que nada se opondría a la organización de esta oficina, y que el costo tampoco sería ruinoso para la OSP. Entiendo que los argumentos que algunos expusieron, de ¿cómo vamos a tener nosotros una oficina y no la tendrán las Regiones de Asia del Sudeste, o del Lejano Oriente o del Mediterráneo, etc.? Me parece que este argumento no tendría valor alguno, porque nosotros constituimos una Región *sui generis*. Además, somos de hecho, la Región huésped, porque estimo, y para eso estoy autorizado por la Delegación de México y, de modo particular, por el Dr. Zozaya, que, no obstante ser México la sede, como lo es oficialmente, espiritual y moralmente es América la sede de la próxima Asamblea Mundial de la Salud, y tenemos que compartir con los mexicanos todas las facilidades, toda la brillantez, todo el orden y el mejor éxito de esta Asamblea, que, por primera vez, será en América y que tardará, naturalmente, muchísimos años en volver a un país americano. No obstante, señores, este pleno decidirá. Mi intención fué que ustedes conocieran cuál es el contenido de la moción de Cuba.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): La Mesa agradece al Delegado de

Cuba su explicación o, mejor dicho, su discusión de la recomendación de la Comisión II, de que la moción de Cuba no sea aceptada.

Si no hay más discusión, se aprobará el informe en el sentido de no aceptar lo moción.

El punto siguiente . . . Tiene la palabra el señor Delegado del Ecuador.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): Quisiera conocer la opinión del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana respecto de la proposición que presentó la Delegación de Cuba.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): Deseo plantear una cuestión de orden, señor Presidente. El señor Presidente cerró el debate y aceptó el informe. ¿Pide el señor Montalván que se reanude el debate?

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): No he pedido la reanudación, porque, mientras el señor Presidente estaba consultando, yo levantaba la mano para pedir la palabra. No me vió, terminó de hablar y me concedió la palabra, en seguida. Pregunto, pues, si acaso para recibir un informe es necesario pedir la reanudación del debate, pues, lo pediría. Pero, éste es el caso: no ha sido otra mi intención que la de ilustrar nuestra opinión, simplemente, oyendo la del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): La Mesa reconoce plenamente el derecho de los delegados a obtener informaciones completas y pide disculpas por no haber visto oportunamente el gesto del Dr. Montalván. En consecuencia, si no hay objeciones, consideraría que el asunto está aún en discusión y pediría al Director que presente sus comentarios sobre él. ¿Hay alguna objeción? El Dr. Soper tiene la palabra.

El Dr. SOPER (Director, OSP) (*traducción del inglés*): Hablaré sobre este punto, si se me permite, en inglés, ya que es el idioma en que se expresa la Presidencia.

El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana hizo una declaración acerca de este punto en el grupo de trabajo y, aunque fué la primera declaración que se hizo ante el grupo, lo fué a petición de una de las delegaciones, que no lo pidió oficialmente. La declaración hecha por el Director en el grupo de trabajo no fué considerada satisfactoria por el Delegado de Cuba, y condujo a ciertas observaciones con respecto a la actitud del Director.

Quisiera decir que la opinión dada por el Director en la reunión del grupo de trabajo había sido debidamente reflexionada y que no ve razón para cambiarla.

El Director llamó la atención sobre el hecho de que la Asamblea es una reunión de la Organización Mundial de la Salud; no es una reunión de la Organización Sanitaria Panamericana; y llamó la atención sobre el hecho de que, si se ha de instalar una oficina especial en beneficio de las delegaciones americanas en esa reunión, debería ser financiada con fondos regionales de la Organización Mundial de la Salud y no con cargo al presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana.

La situación en Ginebra es tal que el Director se ha sentido satisfecho de colaborar, en todas las formas posibles, con las delegaciones de las repúblicas americanas, tanto en las reuniones del Consejo Ejecutivo como en las de la

Asamblea; y a veces ha recibido críticas de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, porque se ha tenido en ciertos momentos la sensación de que los países americanos estaban trabajando como si constituyeran un grupo y llegaban a identificarse como tal, en lugar de actuar como miembros de la Organización Mundial de la Salud.

Las dificultades que puedan presentarse en México D.F., sean cuales fuesen, deben considerarse menores para nuestras delegaciones americanas que para las de otras partes del mundo, ya que la mayoría de aquéllas habla el mismo idioma del país sede. Y me parece que, si se autoriza a la Oficina para hacer algo especial en la Asamblea de México, debería ser probablemente algo en beneficio o para facilitar las actividades de las delegaciones procedentes de otras partes del mundo, más bien que las de las delegaciones de los países americanos.

La moción presentada ofrece aún otra desventaja desde el punto de vista de los procedimientos aplicados por la Organización. Hemos visto en algunas reuniones anteriores del Consejo Directivo, y a veces en Conferencias, presentar mociones que implicaban gastos específicos de fondos que no habían seguido el curso ordinario de estudio presupuestario por parte del Comité Ejecutivo, basado en las recomendaciones de nuestras Oficinas de Zona y de la Secretaría, y hemos pensado que es mejor, a la larga, evitar, cada vez que sea posible, las medidas que exijan gasto de fondos en la forma que ahora se propone.

Pienso que, al discutir este problema aquí, debo repetir la segunda declaración que hice en el grupo de trabajo relativa a que si las delegaciones de los Estados Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana van a obtener o esperan tener una ayuda de secretaría apropiada por parte de la Oficina Sanitaria Panamericana, entonces la moción hecha por la Delegación de Cuba señala el camino adecuado de tratar la cuestión. No va a ser posible a nuestra Oficina de Zona en México, D. F. ofrecer el tipo de ayuda solicitada. Creemos que, si se ha de dar alguna ayuda, si la Oficina Sanitaria Panamericana ha de hacerse responsable de suministrar servicios de secretaría a los delegados, debería considerarse como un proyecto específico y debería ofrecerse tal servicio en los cuatro idiomas de trabajo de la Organización.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): La Mesa agradece al Director la explicación que ha dado en beneficio de aquellos delegados que no pudieron oír el debate del grupo de trabajo y de la Comisión II.

Se ofrece la palabra.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): Quiero agradecer al señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana la respuesta que ha dado a mi solicitud.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Gracias, Dr. Montalván.

Una vez más, antes de cerrar el debate, ¿hay alguien más que desee hacer uso de la palabra? Entonces, sin ulterior discusión, si no hay objeciones, se acepta el informe de la Comisión II, que rechaza la moción o recomendación.

Aprobado.

Pasa a ocupar nuevamente la Presidencia el Dr. Sergio Altamirano P. (Chile).

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): Solamente para decir al señor Secretario que no ha habido unanimidad en el acuerdo, puesto que tuvo mi voto en contra, que debe constar en acta.

El PRESIDENTE: Se hará constar la observación del Dr. Hurtado. Pasaremos, en seguida, al segundo punto del orden del día de hoy.

Informe del Secretario de la Reunión Conjunta de las Comisiones I y II ¹

El SECRETARIO: Tengo el honor de presentarle el informe del Secretario de la Reunión Conjunta de las Comisiones I y II.

La Comisión I (Asuntos Técnicos) y la Comisión II (Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos) celebraron dos sesiones conjuntas los días 14 y 15 de octubre 1954, para examinar los temas 12, 19 y 22, de conformidad con el acuerdo tomado por la Comisión General en su primera sesión, de 8 de octubre. Como resultado de las deliberaciones conjuntas, se aprobaron los siguientes proyectos de resoluciones.

Tema 12: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para 1955

El Secretario da lectura al primer proyecto de resolución que figura en el informe de las sesiones conjuntas de la Comisión I y de la Comisión II.

El PRESIDENTE: En discusión el primer proyecto de resolución. Se ofrece la palabra. Cerrado el debate.

Aprobado.²

Pasamos al segundo proyecto de resolución.

Asignaciones Presupuestarias

El Secretario da lectura del segundo proyecto de resolución que figura en el mismo informe.

El PRESIDENTE: En discusión este proyecto de resolución. Se ofrece la palabra. Cerrado el debate.

Aprobado.³

Tema 19: Empleo de los Fondos no Utilizados en 1953

El Secretario da lectura al tercer proyecto de resolución.

El PRESIDENTE: Ofrezco la palabra sobre este proyecto de resolución.

Aprobado.⁴

¹ Véase pág. 623.

² Véase Resolución XI del Acta Final, pág. 656.

³ Véase Resolución XII del Acta Final, pág. 656.

⁴ Véase Resolución XIII del Acta Final, pág. 657.

El SECRETARIO: La Comisión Conjunta decidió proponer a la Comisión General que el Tema 22, relativo al Programa de Economías y Descentralización de la Oficina Sanitaria Panamericana,¹ pase a la consideración de una sesión de la Conferencia.

La Comisión Conjunta dió por cumplido el mandato que había recibido de la Comisión General.

El PRESIDENTE: Ofrezco la palabra.

Queda aprobado el informe.

Si le parece al pleno, suspenderemos esta sesión por cinco minutos, a fin de que los señores delegados pasen a tomar café, si así lo desean. En seguida, nos constituiremos nuevamente para elegir el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y los dos Miembros del Comité que faltan.

Así queda acordado.

Se suspende la sesión a las 11 h. 52 m. y se reanuda a las 12 h. 10 m.

El PRESIDENTE: Continúa la sesión. El señor Secretario va a dar lectura a las disposiciones reglamentarias de nuestra Organización en lo que se refiere a la elección de Miembros para llenar las vacantes del Comité Ejecutivo.

Tiene la palabra el señor Secretario.

El SECRETARIO: Señor Presidente. . . .

El Dr. HURTADO (Cuba): Para una cuestión previa, pido la palabra.

El PRESIDENTE: Para una cuestión previa, tiene la palabra el señor Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): Sencillamente para proponer a esta sesión plenaria la alteración del orden del día en cuanto al asunto electoral, a fin de que comencemos primeramente por la elección del Director y, seguidamente, la de las vacantes por cubrir.

El PRESIDENTE: Se ha escuchado la proposición de la Delegación de Cuba. Tiene la palabra la Delegación de la República Dominicana.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana): La Delegación de la República Dominicana apoya a la Delegación de Cuba.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción a la proposición del señor Delegado de Cuba? .

Aprobada.

Tema 27: Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y Nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas

El PRESIDENTE: Entonces, se procede a la elección del señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, previa la lectura de las disposiciones del Reglamento, en lo que a esto se refiere. Tiene la palabra el señor Secretario.

¹ Véase Documento de trabajo CE23/5, pág. 629.

El Secretario da lectura a los Artículos 41, 42, 43, 44 y 45 del Reglamento Interno de la Conferencia.¹

El PRESIDENTE: Se ha escuchado la lectura del Reglamento por el señor Secretario. Pasaremos a la elección de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y Director Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. Tiene la palabra el señor Delegado de Panamá.

El Dr. BISSOT (Panamá): Para los cargos de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y de Director Regional de la OMS para las Américas, esta delegación propone al Dr. Fred. L. Soper.

No queremos relatar el brillante historial sanitario del Dr. Soper desde sus primeros trabajos en América; pero sólo queremos recordar a los señores delegados la magnífica labor que ha desarrollado al frente de la Organización Sanitaria Panamericana.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): No obstante la lectura de los preceptos reglamentarios que regulan la elección de Director de la OSP y Director de la Oficina Regional de la OMS para las Américas, y, naturalmente, en todo conforme con la propuesta que ha hecho la Delegación de Panamá, voy a hacer una proposición, a la cual el Reglamento en nada se opone, porque sé que pudieran recordarme el precepto reglamentario; cumplimos estrictamente con el Reglamento y podemos hacerlo a la letra. Pero nada impide a este pleno, si lo tiene a bien, que aclamemos unánimemente la figura del Dr. Soper como nuestro candidato a Director de la OSP y Director Regional de la OMS para las Américas. De acuerdo con estas consideraciones, yo propongo que se aclame al Dr. Soper y que se cumplan los preceptos reglamentarios oportunamente.

El PRESIDENTE: Se ha escuchado la opinión del Dr. Hurtado y su proposición. El señor Delegado de Costa Rica tiene la palabra.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): La Delegación de Costa Rica había pedido la palabra para apoyar la proposición de Panamá. No tengo otro comentario que hacer.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de la República Dominicana.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana): Sólo para pedir que la forma de elección que ha sido propuesta por la Delegación de Cuba se manifieste con un aplauso, si es que todos están de acuerdo en que sea nuevamente elegido el Dr. Soper.

Aplausos.

El PRESIDENTE: La Mesa ha recogido con gran satisfacción la proposición hecha por los distintos delegados en el sentido de reelegir al Dr. Soper, como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El Dr. SEGURA (Argentina): Yo pediría al pleno de la Conferencia que me dijera si este nombramiento tiene un límite de tiempo.

¹ Véase pág. 13.

El PRESIDENTE: El Señor Secretario podría informar acerca del aspecto reglamentario de ese asunto.

El Secretario da lectura del Artículo 4-E de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, del Artículo 52 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, así como del Artículo 53 del Reglamento Interno de la Conferencia, relativos a este asunto.

El Dr. SEGURA (Argentina): En la situación actual no se menciona el tiempo de duración. No sé si convendría que quedara especificado el término del mandato.

El PRESIDENTE: Se ofrece la palabra sobre la proposición del Dr. Segura, de la Argentina. Tiene la palabra el señor Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): Por el momento, hay una disposición de la Conferencia Sanitaria Panamericana que limita el término del mandato del Director a cuatro años. Hasta el presente ninguna Conferencia, ni la XIII de Ciudad Trujillo, ni ésta, ha enmendado el acuerdo de Caracas. Está absolutamente vigente la idea de que es ése el término de duración del Director. Los que sean partidarios de algo más preciso tienen la puerta abierta desde el momento en que está también vigente el estatuto, y, desde ese mismo momento, no cabe duda que el período de duración es de cuatro años.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de El Salvador.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): Señor Presidente, desearía que el señor Secretario nos informara y aclarara, para los representantes del Comité Regional, si hay alguna prescripción reglamentaria en la Organización Mundial de la Salud que limite el ejercicio de cualquiera de sus funcionarios en cuanto a edad se refiere. Intervengo en esta manera, porque tengo entendido que el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud se vió precisado a considerar este asunto, en relación con otro Director Regional de la Organización Mundial de la Salud.

El PRESIDENTE: El señor Secretario dará respuesta a la pregunta planteada por el Dr. Allwood Paredes.

El SECRETARIO: Según recuerdo, en la Constitución de la OMS no está previsto este caso. Creo, eso sí, que a lo menos está considerado en el Reglamento del Personal de la Organización Mundial de la Salud, que podría solicitar, porque no lo tengo a la mano.

Señor Presidente, dicho Reglamento lo tengo en inglés solamente y lo leeré en ese idioma, porque no tengo una traducción auténtica.

El PRESIDENTE: Se ofrece la palabra al señor Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): Señores delegados, creo que el punto introducido por la Delegación de El Salvador es interesante, a título ilustrativo, hasta cierto punto. Nosotros acabamos de designar unánimemente, y con la expresión libre de la voluntad soberana de este pleno, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana al Dr. Soper. Eso, en primer lugar. Al propio tiempo, elevamos la propuesta del Dr. Soper como Director Regional, puesto que el organismo a quien compete la confirmación de este nombramiento es el Consejo Ejecutivo de la Organiza-

ción Mundial de la Salud. En la OMS, los directores son designados por el Consejo Ejecutivo, a propuesta de los Comités Regionales. En nuestro caso particular, en el "agreement", concierto, pacto o convenio, firmado por la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud, se estableció que el Director Regional sería el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en el momento de la firma del pacto, continuándose, más tarde, con el régimen normal de la Organización Mundial.

Llamo la atención de los señores delegados sobre este punto, que sería fatalmente, el punto de fricción entre la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud, si, desgraciadamente, alguna vez se pretendiera pasar por encima de esta determinación de que recayera en la misma persona la dirección de la Oficina Sanitaria Panamericana y la dirección de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. En cuanto a las especificaciones generales a que aquí se ha hecho referencia, son ciertas en el Reglamento Interno de la Organización Mundial, pero yo puedo anticipar, ya que he intervenido directamente en la nominación de Directores Regionales de la Organización Mundial, en el año próximo pasado, que este concepto no está siendo aplicado estrictamente por el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial, donde pueden ver ustedes, al presente, tres Directores que exceden de la edad a que hace referencia este particular reglamento. No obstante eso, entiendo que no procede por nuestra parte hacer mención alguna al respecto y que debemos limitarnos exclusivamente a elevar nuestra propuesta al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial, señalando la figura del Dr. Soper como nuestro Director propuesto, sin referencias de ninguna clase, dejando esto al criterio del Consejo Ejecutivo, que en su oportunidad lo considerará.

Puedo anticipar a ustedes que el Consejo Ejecutivo confirmará plenamente al Dr. Soper como Director Regional, porque, de otra manera, las situaciones serían harto difíciles y desagradables. Ello, aparte que todavía el Dr. Soper no está comprendido específicamente en la determinación, porque está por debajo de la edad señalada en el momento actual. De manera que, aún si se quisiera aplicar estrictamente la disposición reglamentaria, no alcanza todavía, en este preciso momento, al Dr. Soper.

Por lo tanto, señor Presidente, y en resumen, recomiendo ante el pleno limitarnos exclusivamente a ejecutar nuestra decisión y a afirmar la elección, jurídicamente hablando, del Dr. Soper como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, e inmediatamente elevar su propuesta como Director Regional, sin ninguna otra consideración, sin ninguna otra referencia particular.

El SECRETARIO: La disposición pertinente dice (*traducción del inglés*):

Artículo 920. *Jubilación por razón de edad.* Los miembros del personal se jubilarán a la edad de sesenta años. En circunstancias excepcionales, el Director puede, en interés de la Oficina, prorrogar la edad de jubilación, a condición que no se concederá más de un año de prórroga en cualquier momento y que en ningún caso se concederán prórrogas más allá de los sesenta y cinco años de edad del interesado.

El PRESIDENTE: Creo que el punto planteado a la consideración de la Conferencia, que es la elección del Dr. Soper, ha sido ya resuelto. Los otros problemas pueden ser estudiados en otra oportunidad.

Me corresponde, en consecuencia, como Presidente de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, proclamar solemnemente elegido Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, a contar del 1º de febrero de 1955, al Dr. Fred. L. Soper.

Rogaría al señor Secretario que hiciera transmitir al Dr. Soper nuestra decisión y le rogara que, de ser posible, hiciera uso nuevamente de su asiento en la Presidencia de esta Conferencia.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana): Ibamos a solicitar al señor Presidente que se designara una comisión de delegados para acompañar al Dr. Soper hasta la sala.

El PRESIDENTE: ¿Propone algún nombre el señor delegado?

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana): Al Dr. Bissot, de Panamá, al Dr. Hurtado, de Cuba, al Dr. Segura, de la Argentina, al Dr. Horwitz, de Chile, y a un delegado de los Estados Unidos de América.

El PRESIDENTE: Si así le parece a la Conferencia, los delegados designados irán a visitar al Dr. Soper y a invitarlo a que nuevamente participe en nuestras deliberaciones. Tiene la palabra el Dr. Fajardo, de Guatemala.

El Dr. FAJARDO (Guatemala): La Delegación de Guatemala se permite agregar el nombre de un miembro de la Delegación de Chile.

El PRESIDENTE: Se ha hecho ya mención del Dr. Horwitz, quien también integra la comisión.

Si le parece a la Conferencia, suspenderemos la sesión por algunos minutos, mientras llega el Dr. Soper, para pasar en seguida al otro punto, relativo también a una elección.

Acordado.

Después de unos minutos, se incorpora a la sala el Dr. Soper acompañado de los delegados que fueron a informarle de su reelección.

El PRESIDENTE: Dr. Soper, tengo el alto honor de proclamarle y de recibirlo oficialmente a nombre de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, como su nuevo Director, a contar del 1º de Febrero de 1955, y como candidato a Director de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.¹ Lo felicito cordialmente.

Aplausos

El Dr. SOPER (Director, OSP) (*traducción del inglés*): Señor Presidente, delegados a la XIV Conferencia, miembros del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, amigos: Acaban ustedes de oír la declaración de nuestro Presidente de la Conferencia relativa a la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período que comienza el 1º de febrero de 1955.

Siento declarar que me temo mucho que el nuevo Director se va a parecer demasiado al Director saliente.

En mi calidad de Director de la Oficina en el pasado, he tenido la sensación

¹ Véase Resolución XIV del Acta Final, pág. 658.

de que los defectos de la Organización son en gran medida responsabilidad del Director y de que, en cambio, el éxito de la Organización depende enteramente del personal: del personal técnico y del personal administrativo de la Organización.

Espero que, en el porvenir, me sigan ustedes echando la culpa por las cosas que no les agraden y espero que, como yo, querrán atribuir al personal el mérito de aquellas cosas que nosotros podamos hacer.

Estamos tratando de lograr un trabajo de equipo en la Organización. Estamos procurando tener una verdadera organización interamericana internacional; y, en la medida en que esta Conferencia ha aprobado lo que se ha hecho en el pasado, entiendo que ustedes aprueban esta política. No será siempre la política que dará los mejores resultados administrativos; pero creo que, a la larga, es la que ustedes desean y la que desarrollará con mayor eficacia el espíritu de colaboración interamericana en el campo de la salud. Y cuando digo interamericana, me refiero a todo el Continente.

En mi propio nombre y en nombre del personal que ha estado trabajando por este programa, deseo agradecer este voto de confianza que ustedes me han otorgado.

Tema 28: Elección de dos Países Miembros para Llenar las Vacantes del Comité Ejecutivo por Haber Terminado sus Mandatos Ecuador y México

El PRESIDENTE: El Dr. Vargas Méndez tiene la palabra.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): Sr. Presidente, señores delegados: No sé si mi intervención es oportuna, ya que es posterior a que la Mesa presente la elección de Países Miembros al Comité Ejecutivo.

El PRESIDENTE: El señor delegado intervendrá posteriormente. Vamos a pasar al segundo punto, que es la elección de dos Países Miembros para llenar las vacantes en el Comité Ejecutivo, por haber terminado sus mandatos el Ecuador y México. ¿El señor Secretario tendría algo que agregar? Tiene la palabra el señor Secretario.

El Secretario da lectura del documento presentado por el Director sobre este tema.¹

El PRESIDENTE: Pasamos a la elección de los dos Miembros que faltan para integrar el Comité Ejecutivo. Tiene la palabra el señor Delegado de Costa Rica.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): Al estudiar el documento pertinente, observamos que hay cuatro países que nunca han pertenecido al Comité Ejecutivo. Costa Rica, un país altamente democrático, que está en favor de la rotación en las funciones públicas, apoyaría el nombramiento de cualquiera de esos países que no han pertenecido al Comité Ejecutivo; y se permite iniciar las proposiciones proponiendo al Paraguay para uno de estos puestos.

El Paraguay, en los últimos años, está realizando un sincero esfuerzo en favor de sus programas de salud pública, y consideramos que su entrada en el

¹ Documento de trabajo CSP14/10, no publicado.

Comité Ejecutivo serviría de estímulo para esos programas, además de cumplir el precepto de dar oportunidad a un país que nunca ha figurado en dicho Comité.

El PRESIDENTE: Había una inscripción previa sobre este tema. Le correspondería la palabra al Delegado de Argentina, y a continuación a los Delegados de Venezuela, Bolivia y Chile.

El Dr. SECURA (Argentina): La Delegación de Argentina propondría, para los dos puestos vacantes, los nombres de Colombia y Chile.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de Venezuela.

El Dr. ORELLANA (Venezuela): La Delegación de Venezuela propone, para integrar el Comité Ejecutivo, a Colombia y Paraguay.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de Bolivia.

El Dr. DORIA MEDINA (Bolivia): Vamos, dentro de estas prácticas democráticas, a dar un paso de especial y trascendente importancia. Conviene la Delegación de Bolivia en que a todos y cada uno de los diferentes países asiste el derecho a integrar el Comité Ejecutivo; y conviene, aún más, en que ese derecho asiste a cualquier país que aún no ha tenido participación en el Comité Ejecutivo.

Mi país atraviesa, en estos momentos, una situación excepcionalmente especial; lo bueno o lo malo que se haga en él necesariamente repercutirá, en una u otra forma, en los demás Miembros y en los demás países hermanos.

Acabamos de incorporar, en un paso audaz, a las dos terceras partes de nuestra población que habían estado relegadas. Este paso nos coloca en una situación excepcional. Confrontamos problemas de salud sumamente especiales y excepcionales que debemos abordar en forma también especial y excepcional. Hemos ingresado en el cauce de un torrencioso río, y estamos bregando a brazo partido por atravesarlo. En ello requerimos y necesitamos el apoyo de todos los hermanos. ¡Que en este momento se haga realidad el verdadero panamericanismo! ¡Que no sólo sean palabras líricas que queden escritas, y que se tornen y se traduzcan en verdaderas realidades!

Por esta razón, la Delegación de Bolivia, aunque piensa que el derecho asiste a todos y cree que es de utilidad a todos los Miembros componentes de la Organización que no han integrado el Comité, piensa, no obstante, que si bien es útil para ellos, es de indispensable y de urgente necesidad que se tienda en ese sentido la mano fraternal a los países hermanos. Estima que será apoyada en cuanto se refiere a integrar el Comité Ejecutivo, de ahí que presente por sí mismo, y agradezca al delegado que ha tenido la gentileza de propiciar el nombre de Bolivia. Creo, y cree la Delegación de Bolivia, que no habrá un solo país hermano aquí presente que no le preste su apoyo y colaboración. Nosotros necesitamos el apoyo, el estímulo, en nuestro actual momento; para que, como he dicho, lo bueno que podamos hacer sea obra de todos y cada uno de los hermanos que colaboran en ese sentido.

Mi delegación da las gracias y apoya al delegado que ha presentado el nombre de Bolivia, y por sí también lo presenta.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de Chile.

El Dr. VALENZUELA (Chile): La Delegación de Chile agradece la honrosa

proposición hecha por la Delegación de Argentina y, consciente de que es preferible que los Miembros que no han sido antes designados ocupen estos cargos, declina tan honrosa designación.

También estaríamos nosotros en condiciones de apoyar aquí la proposición que ha presentado el señor Delegado de Costa Rica, en el sentido de que la Delegación de Chile apoyará la designación del Paraguay para uno de los cargos.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado del Ecuador.

El Dr. GRUNAUER (Ecuador): Por haber terminado su mandato el Ecuador, como Miembro del Comité Ejecutivo, quiere dejar constancia de su agradecimiento al personal de la Oficina Sanitaria Panamericana por las facilidades prestadas para el desempeño y éxito de nuestro cometido. De igual manera doy las gracias a los demás Países Miembros, con quienes hemos colaborado en estos tres años, y proponemos los nombres de las Repúblicas de Colombia y del Paraguay para que ocupen los puestos vacantes, como integrantes de dicho Comité. Al proponer los nombres de Colombia y de Paraguay estamos seguros de que su colaboración será grande y útil en la resolución de los problemas que serán sometidos a su consideración, de igual manera que lo pudieran hacer los otros países también propuestos.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de El Salvador.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): En obsequio a los deseos que aquí se han expresado de que en el Comité Ejecutivo participen países que hasta la fecha no han participado, la Delegación de El Salvador desea que se considere también el nombre de Nicaragua para el Comité Ejecutivo. Lo hace, porque está consciente de los adelantos y esfuerzos que el Gobierno de Nicaragua ha hecho por el fomento de la salud, y su sincera y vigorosa participación en las actividades internacionales, como testimonia su reciente ingreso en la organización centroamericana dedicada a la nutrición: el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

El PRESIDENTE: Dr. Segura, con el asentimiento de la Conferencia, tendré que cederle la palabra por segunda vez. Primero, tiene la palabra el señor Delegado de Guatemala.

El Dr. FAJARDO (Guatemala): La Delegación de Guatemala apoya la designación del Paraguay y de Nicaragua, considerando la buena distribución geográfica en el Comité Ejecutivo.

El PRESIDENTE: Se ofrece la palabra. Tiene la palabra el señor Delegado de Colombia.

El Dr. RODRÍGUEZ (Colombia): La Delegación de Colombia agradece la postulación de su nombre a las delegaciones que se han permitido hacerlo, para integrar el Comité Ejecutivo de la Oficina Sanitaria Panamericana.

La delegación de mi país considera que esa aspiración está plenamente justificada por ser Colombia uno de los pocos países que no ha pertenecido a ese Comité, y también por el gran interés que el Gobierno demuestra hoy día por los problemas sanitarios y su decidida cooperación a la eficaz solución de ellos. Además, la gestión actual del Ministerio de Salud podríamos decir que se caracteriza

por su afán de acoger en todo momento los últimos adelantos de la técnica sanitaria universal.

La Delegación de Colombia ve con simpatía la postulación de la República del Paraguay y se permite también anticipar su voto favorable a ella.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de la Argentina.

El Dr. SEGURA (Argentina): La Delegación de Argentina, ante el generoso gesto de desprendimiento de nuestra hermana República de Chile, que los países no representados deben agradecer, tiene la enorme satisfacción de acoger la candidatura de la República del Paraguay.

El PRESIDENTE: Si le parece a la Conferencia, entraremos en la designación de dos Miembros para formar la junta escrutadora. Proponemos los nombres de Venezuela y la Argentina.

Aprobado.

El PRESIDENTE: Los países que han sido postulados son: Paraguay, Colombia, Bolivia y Nicaragua. En cada boleta se pueden poner dos nombres. Si le parece a la Conferencia, procederemos a la elección de los Miembros. El señor Secretario va a leer de nuevo algunas instrucciones para la votación.

El Secretario da lectura del Artículo 44 del Reglamento Interno.¹

El PRESIDENTE: El señor Secretario va a dar la información respectiva de los asistentes a esta Conferencia que pueden participar en la elección.

El Secretario da lectura de los Artículos 15, 16, 17 y 18 del Reglamento Interno.

El PRESIDENTE: Se ruega a los miembros escrutadores que tomen asiento en la Mesa.

Se procede a la distribución de boletas y a recoger reglamentariamente los votos en una urna.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de la Argentina.

El Dr. SEGURA (Argentina): Señor Presidente, me temo que la votación no sea constitucional. No sé bien si la Secretaría especificó qué Miembros presentes pueden ser votantes y qué Miembros presentes no pueden votar. Puede ser evidente el que Miembros presentes puedan votar o no votar en esta elección, donde, por tratarse de Miembros de la Organización, en un asunto enteramente constitucional está limitado el derecho de votar a ciertos Miembros. Quiero saber cuál es el número legal de votos que debe haber en esta elección.

El SECRETARIO: Los artículos que he leído y que los señores delegados han oído, son el 15, 16, 17 y 18.

El Secretario da lectura nuevamente de los mencionados artículos.

El PRESIDENTE: Se ha planteado un problema de alguna entidad, por la intervención del señor Delegado de Argentina. Se ha escuchado al señor Secretario informar acerca de lo que la Constitución vigente y el Reglamento de la Conferencia señalan.

¹ Véase pág. 13.

Quisiera preguntar al señor Delegado de la Argentina si esta lectura ha satisfecho sus preocupaciones al respecto, sobre la legalidad de esta votación.

El Dr. SEGURA (Argentina): Esta delegación cree que para la integración de un grupo como el Comité Ejecutivo, en el cual se delegan las funciones, en última instancia, de la Conferencia y del Consejo Directivo, los Miembros que deben pertenecer a esta Organización deben ser, en esencia, Miembros que tengan una relación con la Organización de los Estados Americanos, de la cual éste es un organismo especializado. Creo que determinar qué Miembros de los que constituyen el grupo de 21 repúblicas americanas han de constituir estos grupos dirigentes y directivos debe ser una función exclusiva de los Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana. Si los Miembros que tienen la representación de los territorios no pueden ocupar cargos en este Comité Ejecutivo, tampoco deben estar en condiciones de seleccionarlos con su decisión. Es de los casos de excepción en los cuales los territorios no deben participar, a nuestro entender, en esta votación. Por lo tanto, someto a la opinión del pleno de la Conferencia para que juzgue si esta posición es o no equivocada, frente al concepto de la mayoría.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de Costa Rica.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): La Delegación de Costa Rica ha escuchado atentamente la interpretación que la Delegación de Argentina hace al procedimiento ya establecido y considera que sería necesario pronunciarse sobre si la recomendación de la Organización de los Estados Americanos, al referirse a no participación en asuntos constitucionales, se refiere, como lo interpreta la Delegación de Costa Rica, a modificaciones constitucionales.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado del Ecuador.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): La Delegación del Ecuador ha escuchado con mucha atención las observaciones hechas por el señor Delegado de la República Argentina, y ha prestado igualmente toda su atención a la lectura que el señor Secretario ha hecho de los artículos pertinentes; y piensa que, de una manera inequívoca, el nombramiento de los Miembros del Comité Ejecutivo es una cuestión constitucional de la Organización Sanitaria Panamericana, y una cuestión de organización interna de la OSP, toda vez que tal grupo, tal entidad, no figura en ninguna parte en lo que se refiere a la Organización Mundial de la Salud o al Comité Regional.

El Comité Ejecutivo es un organismo exclusivamente de la Organización Sanitaria Panamericana y, por tanto, a nuestro juicio está clara y taxativamente comprendido en las excepciones establecidas por el Artículo 15. Por consiguiente, creemos que en esta actuación no compete el voto sino a las repúblicas americanas.

El PRESIDENTE: El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana tiene la palabra.

El Dr. SOPER (Director, OSP) (*traducción del inglés*): Creo que aquí nos encontramos con un problema que puede relacionarse con la actividad del Consejo Directivo como tal.

En 1951, el Consejo Directivo adoptó la Resolución VII (Autorización al

Comité Ejecutivo del Consejo Directivo, para actuar como grupo de trabajo en nombre del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas), que dice lo siguiente:

El Consejo Directivo, considerando: Que el Consejo Directivo actúa como Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud y que en tal capacidad revisa el presupuesto de la Oficina Regional para las Américas; que el Comité Ejecutivo estudia el presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana con anterioridad a su consideración por el Consejo Directivo; y que se considera conveniente que el Comité Ejecutivo, al revisar el presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana, tenga a la vista un cuadro completo de las actividades proyectadas por la Oficina para cualquier periodo dado, *resuelve*: Autorizar al Comité Ejecutivo del Consejo Directivo para que actúe también como grupo de trabajo en nombre del Comité Regional para las Américas en la revisión de todos los asuntos relacionados con administración, presupuesto y finanzas.

He leído esta resolución, señor Presidente, sólo a título de información, ya que en ella se autoriza al Comité Ejecutivo para que actúe en nombre del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, así como en nombre del Consejo Directivo; y considerando además que el Comité Ejecutivo, en su reunión de septiembre, considera y discute el presupuesto de la Organización Mundial de la Salud, de la misma manera en que, en su reunión de primavera, considera y discute el presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de la Argentina.

El Dr. SEGURA (Argentina): Por no tener documentación a la mano, rogaría a la Mesa que diera lectura a los incisos 1, 2 y 3, votados en octubre de 1951, en que se dieron ciertos derechos de votar a los territorios, con las excepciones que existen en ese articulado.

El PRESIDENTE: El señor Secretario va a dar lectura a los Documentos Básicos.

El SECRETARIO: El Documento N° 5 se refiere a la participación en la Organización Sanitaria Panamericana de ciertos Miembros de la Organización Mundial de la Salud, cuyos Gobiernos no tienen su sede en el Hemisferio Occidental.

El señor Delegado de la Argentina ha pedido la lectura de los incisos. Le rogaría que repitiera los números.

El Dr. SEGURA (Argentina): Tengo en la memoria que aquellos tres artículos fueron sancionados *ad referendum* de la Argentina; y que la Argentina notificó su no aceptación; pero fueron sancionados por el Consejo Directivo en octubre de 1951.

El SECRETARIO: La resolución XV del Consejo Directivo en su V Reunión dice así:

El Consejo Directivo *resuelve*:

(1) Que todas las reuniones del Consejo Directivo constituyan, a la vez, sesiones del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, excepto cuando el Consejo Directivo delibere sobre asuntos constitucionales, sobre las relaciones jurídicas entre la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud o la Organización de los Estados Americanos, u otros asuntos relativos con la Organi-

zación Sanitaria Panamericana en su carácter de Organismo Especializado Interamericano.

(2) Que los párrafos (a) y (b) de la Resolución II de la II Reunión del Consejo Directivo se modifiquen en el sentido de conceder el voto sobre asuntos del Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana a los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud cuyos Gobiernos no tienen su sede en el Hemisferio Occidental, y que "(a) por razón de la constitución consideran a determinados territorios o grupos de territorios en el Hemisferio Occidental, como parte de su territorio nacional; o (b) son responsables de la dirección de las relaciones internacionales de territorios o grupos de territorios en el Hemisferio Occidental." El voto que así se conceda será en representación de tales territorios y estará condicionado a una contribución equitativa que ellos hagan al presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana. El privilegio de votar sobre el presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana que así se concede, puede ser ejercitado bien sea por los representantes de tales territorios o por los representantes de los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud de quienes se hizo referencia anteriormente.

(3) Enmendar el Reglamento Interno del Consejo Directivo, de acuerdo con la recomendación del Comité Ejecutivo, para disponer *inter alia* que si el representante de un Estado no Miembro de la Organización Sanitaria Panamericana es elegido para la mesa directiva en una reunión, dicho representante no actúe en el ejercicio de su cargo durante las sesiones en que se discuta cualquiera de los asuntos estipulados en el párrafo (1).

El PRESIDENTE: Se ofrece la palabra. Tiene la palabra el señor Delegado de la Argentina.

El Dr. SEGURA (Argentina): Implícitamente, cuando se hizo el ofrecimiento al Consejo Directivo de esas modificaciones, se tuvo presente que quería darse a los territorios derecho a voto en los asuntos eminentemente técnicos que podían presentarse en la Organización: problemas de salubridad, presupuesto de la Organización; pero elegir las personas que han de regir a esta Organización, escapa al asunto técnico sanitario y escapa al factor presupuestario.

Creo que dentro de las excepciones que quiso hacer la delegación que presentó esta moción estaba precisamente la de diferenciar bien los puntos relativos al gobierno de la Organización de los asuntos eminentemente sanitarios.

Cree el que habla que justamente ésta es una de las excepciones, una de las pocas circunstancias en las cuales los territorios no deben actuar en la decisión del gobierno de la Organización. Nuestra delegación cree que esto es fundamental y que corresponde al espíritu y a la letra de lo que se dictaminó en el momento en que fué aceptado por la Organización.

El PRESIDENTE: El señor Delegado de Guatemala ha solicitado la palabra.

El Dr. FAJARDO (Guatemala): Después de escuchar las opiniones emitidas por los delegados Dres. Montalván y Segura, la Delegación de Guatemala manifiesta estar completamente de acuerdo con las consideraciones presentadas por las Delegaciones de la Argentina y del Ecuador.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de Francia.

El Sr. CARRAUD (Francia) (*traducción del francés*): También desearía yo estar de acuerdo con el Dr. Segura, hasta cierto punto, cuando recuerda en espe-

cial el espíritu que inspiró las disposiciones adoptadas por el Consejo Directivo en octubre de 1951.

Se trataba entonces de hacer una diferenciación entre los problemas constitucionales y los problemas técnicos, distinción que, en cuanto concierne a Francia, también nosotros estamos muy deseosos de hacer. Pero contrariamente a su opinión, no pensamos que cuando la Conferencia o el Consejo Directivo tienen que designar los miembros del Comité Ejecutivo lleven a cabo, en esta materia, un acto de decisión constitucional.

Lo que es constitucional es constituir el Comité Ejecutivo, pero designar sus miembros no es constitucional, sino orgánico. Cuando en un país se celebran elecciones con arreglo a las leyes constitucionales, no se actúa en materia constitucional, sino que se aplica la Constitución. Ahora bien, el Consejo, como el Comité Ejecutivo, es un órgano delegado, con ciertos poderes, por la Conferencia y el Consejo Directivo. Tiene en particular poderes en materia presupuestaria, cuando no están reunidos el Consejo Directivo ni la Conferencia; por tanto, tiene que estatuir en materias puramente técnicas. Y puesto que se ha decidido en el párrafo 1 de esta Resolución XV (creo que esto nadie lo discute) que todas las reuniones del Consejo Directivo serán al propio tiempo reuniones del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, lo cual ha sido luego precisado también por la Conferencia; se debe admitir, por consiguiente, que el Comité Ejecutivo tiene poderes delegados del organismo regional de la OMS, en particular para las cuestiones presupuestarias.

La distinción entre el papel del Comité Ejecutivo en materias específicamente interamericanas y su papel como órgano delegado del Comité Regional de la OMS, ha sido ampliamente reconocida. Además, se ha tenido en cuenta prácticamente, puesto que los representantes de los territorios no autónomos no están autorizados a formar parte del Comité Ejecutivo. Parece, pues, completamente normal que, por el contrario, están capacitados para participar en la votación encaminada a designar los Miembros que hayan de formar parte de ese Comité Ejecutivo.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de Bolivia.

El Dr. BROWN (Bolivia): La Delegación de Bolivia piensa que los representantes de los territorios en América tienen derecho a voto, porque incluso están autorizados para ser elegidos en calidad de miembros del personal directivo. Si no fuera así, si no tuvieran este derecho a voto, menos podrían tener derecho a constituir parte de mesas directivas o de ser elegidos en una reunión.

Por otra parte, pienso que mientras el reglamento de debates esté en pie, retirar el derecho a voto a los territorios implicaría necesariamente una revisión de la Constitución que detalla este mandato.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de los Países Bajos.

El Dr. SWELLENGREBEL (Países Bajos) (*traducción del inglés*): Estoy enteramente de acuerdo con lo dicho por el Delegado de Francia. Más aún, no comprendo por qué se va a tomar esta nueva decisión, es decir la decisión de privar a los representantes de los territorios de votar por los Miembros del Comité Ejecutivo o, mejor dicho, de los Miembros del grupo de trabajo de la Organización

Mundial de la Salud, cuando este derecho les ha sido otorgado en diversas reuniones anteriores tanto de la Conferencia como del Consejo Directivo.

Por tanto, declaro que, a mi juicio, tenemos perfecto derecho a votar en esta cuestión. Sin embargo, como en otros delegados existen dudas en cuanto a este derecho, que yo considero indiscutible, mi delegación se abstendrá de votar; pero lo hace voluntariamente y sólo porque no deseamos contrariar la voluntad de varios delegados de diversas repúblicas americanas. Pero, al abstenernos no queremos en absoluto dar a entender que no tenemos derecho a votar, porque, lo declaro nuevamente, tenemos ese derecho. Mi delegación, sólo por cortesía, se abstendrá.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Reino Unido.

El Dr. HARKNESS (Reino Unido) (*traducción del inglés*): Deseo subscribir las opiniones expresadas por los Delegados de Bolivia, de Francia y de los Países Bajos.

Considero que en esta Organización, que actúa como Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, los territorios del Reino Unido tienen derecho a estar representados y a votar en todas las cuestiones relacionadas con el trabajo de la Organización, a formar parte de todas las comisiones que tratan asuntos del Comité Regional y a participar en lo referente a las cuestiones técnicas y residuales en un pie de igualdad con los demás Miembros de la Organización.

Mi delegación cree que nuestro derecho a participar de esa manera emana de decisiones y reglas de la Organización Mundial de la Salud. No estamos en disposición de admitir el abandono de ese derecho en grado alguno.

Sin embargo, como se trata, tal como lo ha sugerido mi colega de los Países Bajos, de un inconveniente que a nuestros colegas del Comité Regional les plantea algunas dudas en cuanto a si se trata de una cuestión constitucional o si es de mero procedimiento, mi delegación, sin renunciar a sus derechos en modo alguno, está dispuesta, en esta ocasión y hasta que se aclare definitivamente la situación de esta organización que actúa y vive como Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, a no emitir su voto en este momento particular.

El PRESIDENTE: La Mesa se ve abocada a un problema, después de la discusión de los señores delegados. Nosotros creemos que este problema tendrá que ser resuelto en forma definitiva cuando la Conferencia aborde el estudio particular de las reformas constitucionales. Si en esta reunión se insistiera en el derecho de los países que no tienen gobierno propio para votar o no, tendríamos que llegar a una votación para determinar en este caso particular si correspondía o no hacer la votación en la forma que se ha solicitado; pero dado que los señores delegados de los países dependientes han anunciado su abstención, creo que sería oportuno proceder a una nueva elección y que el problema mismo de su participación en las futuras votaciones sea debatido en el momento en que esta Conferencia decida su actitud con respecto a las reformas constitucionales propuestas.

Esta es una proposición de la Mesa, que se somete a la consideración de la Conferencia.

Aprobada

Pasaremos, pues, a hacer una nueva elección. El señor Delegado de Bolivia tiene la palabra.

El Dr. BROWN (Bolivia): Agradecería al señor Secretario que fuera tan amable que nos leyera o nos informara sobre la forma en que se procedió en anteriores elecciones, en estas mismas condiciones.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): La Delegación de Cuba estima que este debate, surgido después de la votación, está fuera de lugar, porque tengo entendido que la votación se ha realizado y se ha tomado el voto a todas las delegaciones. Los votos están en la urna; no están escrutados, no se ha hecho el escrutinio, pero la votación se realizó. Por consiguiente, determinar si un sujeto tiene o no derecho a votar después que está emitido el voto, cuyo resultado se ignora, está totalmente fuera de lugar. ¿Como anular una votación que está hecha? A mí me sorprende que este debate haya podido desarrollarse en plena votación, cuando los votos están en la urna. De modo que es una cuestión, un incidente anterior al escrutinio, que no tiene precedente ni vía orgánica de realización. En plena votación, los debates están cerrados y no puede introducirse debate alguno. En el curso de la votación se pueden hacer las reservas que ustedes quieran, pero no se pueden introducir debates en plena votación. Una votación está en marcha desde el momento en que los votos han sido recogidos y depositados en la urna. Ahora esperamos el resultado de los escrutinios. Los delegados de los territorios dependientes espontáneamente, y supongo que por un concepto amabilísimo de cortesía, no han planteado una cuestión de orden, lo que pudieron haber hecho; y, además, han anticipado también algo muy cortés, con lo que, probablemente, las boletas que estén en blanco serán de ellos, pues han hablado de no votar, etcétera, etcétera. Pero es un problema que está supeditado a un hecho que está en vigor.

Señor Presidente: estamos en votación, se ha cumplimentado la mecánica de la votación; los señores delegados han escrito las boletas y las han depositado. Estamos en la primera parte. La segunda, obligada, es el escrutinio; y entre la votación y el escrutinio no se puede deliberar, y toda esta deliberación es puramente al margen de la votación, y una cortesía y benevolencia que yo aplaudo, pero que no tiene cabida orgánica en nuestro procedimiento.

El PRESIDENTE: Considero que desde el punto de vista estrictamente reglamentario el Dr. Hurtado podría tener toda la razón; pero yo, desde la Mesa Directiva, he visto cómo las objeciones del señor Delegado de la Argentina se hicieron en el momento en que se estaba efectuando la votación. Además considero que, en todo caso, es la Conferencia la soberana para determinar, en un momento dado, una modificación de procedimiento que de hecho se ha efectuado. Por el número de las delegaciones que han participado, por las tesis que se han sustentado, hacían ver, en cierta forma, la aceptación por una parte de la Conferencia, de reanudar el debate con respecto de la votación; debate que no era tanto de procedimiento, sino una objeción planteada en el curso de la votación al observarse la actitud de los Miembros participantes en ella.

Pido excusas si en algún momento he objetado al procedimiento estricta-

mente reglamentario; pero considero, en pro de la armonía y del entendimiento de nuestra Conferencia, que, en ciertos momentos, un planteamiento de mucho fondo, de mucha entidad, podría, a base de determinaciones estrictamente reglamentarias, perturbar una mejor convivencia futura. La Mesa se ha sentido autorizada, en cierta forma, para no invalidar de hecho la votación y proponer simplemente a esta Conferencia, que es soberana en todos sus aspectos y en todas sus atribuciones, que nos situemos en el problema que se nos plantea y decidamos la proposición del Dr. Hurtado. Hay dos puntos: primero, reglamentariamente la votación está realizada; segundo, se plantea por parte de la Delegación de Argentina una objeción a la legalidad que podría tener esta votación. En seguida, a base de ello, se ha abierto debate. Habría que pronunciarse sobre si aceptamos la votación tal como se ha realizado. Reglamentariamente, deberíamos hacerlo. Pero, por otra parte, se propone a la Conferencia que volvamos a hacer una nueva votación. Esto queda en manos de la Conferencia: si procedemos a hacer una nueva votación o si respetamos la que está en la urna. Recogiendo las distintas opiniones, es mi obligación respetarla. Propongo a la Asamblea que decida si procede reglamentariamente rehacer la votación o no, o si acepta la que está realizada.

Tiene la palabra el señor Delegado de Costa Rica.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): La Delegación de Costa Rica está completamente de acuerdo con la Delegación de Cuba. Nosotros, en nuestras prácticas democráticas, jamás pensaríamos en introducir una discusión sobre un voto emitido por procedimientos legales. Nada de lo hecho aquí en este momento, para recoger los votos de las delegaciones, para determinar los nombres de los que pueden votar, puede ser objetado desde un punto de vista estrictamente legal. Por consiguiente, la Delegación de Costa Rica considera que esta votación es perfectamente legal; que nosotros no estamos aquí discutiendo principios constitucionales de modificación a lo ya establecido por los apartes que leyó el señor Secretario y que autorizan a los territorios sin gobierno propio a tomar parte en esta elección. Apoyo, pues, la proposición del Dr. Hurtado, para que, basándonos en principios estrictamente democráticos, que son los principios con los que nosotros hemos crecido en Costa Rica, se acepte y respete lo que está dentro de esa urna.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado del Ecuador.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): Tomo la palabra para expresar justamente mi disconformidad con la valiosa opinión emitida por el señor Delegado de Cuba, siempre tan llena de sentido jurídico, hasta cierto punto, que nos ha traído al seno de esta Conferencia pero que en este momento encuentro un poco disconforme con mi manera de pensar. Creo que no hay ninguna prohibición reglamentaria ni de procedimiento cuando se establece una duda o una discusión acerca de una votación. En todos los procedimientos democráticos, en todas partes, creo que es una cuestión perfectamente procedente anular una votación cuando se observa algún motivo de ilegalidad. Por lo menos, según el criterio de alguna persona, en el curso de la votación, el señor Delegado de la Argentina propuso esta cuestión de duda acerca de si, de conformidad con nuestros reglamentos y leyes, procedería la votación de miembros que representan a los territorios sin gobierno propio,

porque observó que se habían recogido los votos de estos delegados. Y entonces, como creyó que esto no estaba dentro de la legalidad, propuso que esa votación realizada no se considerara, e inclusive, que se discutiera este punto que podría promover la nulidad. En muchas ocasiones, en votaciones de diverso orden, se anula una votación, muchas veces porque faltan cuestiones de detalle, detalles de fórmula legal, detalles de procedimiento, y se puede anular una votación, una vez realizada. Esto ocurre en diversas legislaciones, en todas partes, para diversos grados de votación. De manera que, a mi juicio, es procedente considerar este asunto.

Ahora, con respecto a si el debate se produjo o no, se produjo y se han emitido opiniones al respecto, de modo que el debate ha sido un hecho tan real como fué real la votación que se hizo inicialmente. De tal manera que creo que el debate establecido ha procedido y que tienen todo valor las objeciones u observaciones presentadas por el señor Delegado de la República Argentina.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de la Argentina.

El Dr. SEGURA (Argentina): En estas Conferencias, el valor de las ideas no debe estar basado en la fuerza con que quieren sostenerse. Las ideas valen por sí mismas. Por lo tanto, la manera de expresarlas no les da ni más ni menos jerarquía. Al hacerse esta votación, surgió en nuestra consideración el estimar que la creación del Comité Ejecutivo era uno de los actos más importantes, más soberanos de la acción de los gobiernos en la Constitución de esta Organización. Por lo tanto, tenía la convicción de que regir los actos ejecutivos de la Organización es inherente a los Gobiernos Miembros y, por lo tanto, debería ser uno de los actos en los cuales los Gobiernos deberían tener la exclusividad de la designación. Por eso, planteo esta duda: porque la creo lógica. Está siempre bien lejos de la Delegación Argentina, y de cualquier representación de la Argentina, menoscabar en nada la grandeza de las naciones que representan a esos territorios. Es de larga tradición la unidad de la Argentina con esos países. La Argentina sostiene los principios jurídicos exclusivamente. En ese sentido, creo que cuando el señor Presidente de la Conferencia suspendió la elección, había con ello una alteración en el curso de los acontecimientos.

Quizá faltó a la Secretaría, al iniciarse esta elección, haber especificado bien claramente quién consideraba la Mesa que debía participar en esta elección, en cuyo caso, si hubiéramos tenido una advertencia, una diferenciación, habría sido ese el momento de haber hecho la observación que vino después. Por lo tanto, nuestra delegación se atiene a lo que resuelva la mayoría, con la significación de que creemos que defendemos solamente una posición jurídica, y que no tiene otra trascendencia esta acción que propiciamos.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de Francia.

El Sr. CARRAUD (Francia) (*traducción del francés*): La Delegación de Francia desea hacer notar que, con ocasión de precedentes elecciones para el Comité Ejecutivo, cuando el Reglamento era exactamente el mismo de ahora, las tres delegaciones a que se refiere el Dr. Segura participaron en la votación. Subraya de nuevo que el Comité Ejecutivo es un órgano tanto del Comité Regional de la OMS como de la Organización Sanitaria Panamericana. La Delegación de Francia no

podría aceptar que la votación se repitiera so pretexto de ilegalidad en el procedimiento.

Por el contrario, puede hallarse un medio de orillar la dificultad: decir que la votación debe repetirse porque cada una de las delegaciones no ha tenido posibilidad de emitir su opinión. El debate no había terminado cuando se ha procedido a votar. Por otra parte, creo que en la práctica esto no cambiaría gran cosa, dadas las indicaciones suministradas por las diversas delegaciones acerca de su intención en cuanto a la votación.

Quizá podría repetirse la votación, no porque la primera se haya efectuado en una atmósfera de ilegalidad, sino porque se ha llevado a cabo cuando las diversas delegaciones no habían tenido posibilidad de exponer sus respectivos criterios de una manera completa.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de los Estados Unidos.

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Voy a limitar mis observaciones a la cuestión de procedimiento que se ha planteado.

Acerca de este punto, deseo expresar que nuestra delegación coincide con las observaciones hechas por el Delegado de Cuba.

Al iniciarse esta reunión, la Conferencia adoptó su Reglamento en forma provisional. En ese momento, se acordó que la cuestión del Reglamento se volvería a examinar después de que se tomara una decisión en lo relativo a la revisión de la Constitución. En las reuniones del Consejo Directivo, y creo que en la última reunión de la Conferencia, estuvo en vigor este mismo Reglamento bajo el cual nosotros actuamos ahora. Según ese Reglamento los representantes de los territorios están autorizados a votar. Si hubiera existido algún intento o se hubiera tenido la intención de discutir el Reglamento, la protesta, la objeción debió plantearse en el momento en que adoptamos el Reglamento y en todo caso, por cierto, antes de realizarse la votación. Apoyamos, por lo tanto, el punto de vista de la Delegación de Cuba de que, habiéndose efectuado una votación, debemos proceder al escrutinio.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): La Delegación de Cuba insiste en declarar: primero, que no está introduciendo ninguna moción, sino que está llamando a un punto de orden. Declara que el orden está roto desde el momento en que se interrumpió la votación, que consta de dos partes: recogida de los votos y escrutinio.

No estoy haciendo una impugnación a la Presidencia, y aplaudo su espíritu tan liberal, tan abierto, con una base tan ancha, tan inclinada a que todo el mundo pueda dar su opinión; pero ése no es el caso. No puede aceptarse ese criterio, porque eso conduciría a un régimen anárquico.

Por pleno que sea el poder de la Conferencia, tiene un límite y es la obligación de sujetarse a su ley general.

No quiere decir la plenitud de poder de la Conferencia que aquí cada cinco minutos se dicte una constitución, se dicte un procedimiento, se lesione una norma. La Conferencia tiene una constitución. Eso no sería poderío ni plenitud de derecho de la Conferencia. Tan es así que si aquí no se cumplen los preceptos estatuidos,

al tenor de los cuales somos independientes y libres, podría nacer un recurso impugnando ese acto, en donde corresponda. Los organismos internacionales por libres e independientes que parezcamos ser, tenemos un régimen coordinado, de cumplimiento obligado; si no, habría anarquía.

Y, en este caso, yo me repliego a esa circunstancia. Señor Presidente, esta votación comenzó y esta votación debe cerrarse con un escrutinio y conocerse su resultado. Todo lo que no sea ese trámite es una flagrante interrupción e incumplimiento de nuestra propia norma. Y hay un precepto de derecho que nadie puede ir contra sus propias determinaciones; y esas determinaciones son básicas y previas a la interpretación momentánea que hemos oído.

Por consiguiente, dada la hora en que nos encontramos, insisto en preguntar a la Presidencia si acepta o no acepta mi cuestión de orden. Por otra parte, las cuestiones de orden tampoco se discuten: las cuestiones de orden se resuelven por la Presidencia, o si no, por el pleno; pero se resuelven.

El PRESIDENTE: Creemos nosotros que la solución sería, desde el punto de vista estrictamente reglamentario, proceder a hacer el escrutinio; y si las delegaciones que han objetado en alguna forma esta elección mantienen sus puntos de vista, pueden hacer llegar su reclamación a la Comisión de Asuntos Jurídicos, la cual, en última instancia, estudiando el problema, resolverá y propondrá a esta asamblea el resultado de sus deliberaciones.

Por consiguiente, para dar término a este debate daremos, por última vez, la palabra al señor Delegado de la Argentina.

El Dr. SEGURA (Argentina): La Delegación de Argentina rogaría a la Presidencia que nombrara otro miembro escrutador de esta elección.

El PRESIDENTE: La Delegación de Argentina ha renunciado a su delegación de escrutinio. Nombraremos, entonces, al señor Delegado de Chile. El Dr. Horwitz va a informar sobre el resultado del escrutinio.

El Dr. HORWITZ (Chile): Votos emitidos: 22; votos nulos, 0; votos en blanco, 0; mayoría, 12. Resultado: Paraguay, 18 votos; Bolivia, 8 votos; Colombia, 11 votos; Nicaragua, 6 votos.

El PRESIDENTE: Por consiguiente, según este escrutinio, ha resultado elegido solamente el Paraguay.

La Mesa proclama, como nuevo Miembro del Comité Ejecutivo, al Paraguay.¹

Aplausos.

El PRESIDENTE: Corresponde, en seguida, proceder a nueva votación limitada a los dos primeros países, o sea, Bolivia y Colombia. Se solicita de los señores delegados de Venezuela y Chile que sigan cumpliendo su misión de escrutadores. Los señores delegados deben votar solamente por un nombre.

Se procede a votación.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Dr. Horwitz, de Chile, quien dará el resultado del escrutinio.

¹ Véase Resolución XV del Acta Final, pág. 658.

El Dr. HORWITZ (Chile): Votos emitidos: 22; en blanco, 2; nulos, 0; mayoría, 12; Bolivia, 7 votos; Colombia, 13 votos.

La Mesa declara elegido, para el segundo puesto, a Colombia.¹

Aplausos.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado del Paraguay.

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay): En nombre de mi país agradezco a los señores delegados esta confianza que han depositado en nosotros. Tenemos un ejemplo vivo, y en estos días lo hemos encontrado aquí, en personas que, renunciando a sus comodidades, renunciando quizás a seres queridos, emplean su energía en hacer algo por los demás. Voy a permitirme, con riesgo de cometer algunos olvidos, rendir homenaje, siempre en nombre de mi país, al Dr. Soper, al Dr. Swellengrebel, al Dr. Hurtado, de Cuba, al Dr. Vargas Méndez, de Costa Rica, al Dr. Cappeletti, del Uruguay, al Dr. Segura, de la Argentina y al Dr. Horwitz, de Chile. ¡Hombres que sueñan con una vida mejor para los pueblos de América! ¡Hombres que en cada intervención, nos están dando lecciones de esperanza!

Pensando en este ejemplo que yo he vivido, me permito prometer aquí con sinceridad, que en todo lo que de nosotros dependa haremos porque la Organización Sanitaria Panamericana cumpla con su misión para bien de los pueblos de América. Muchas gracias.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de Colombia.

El Dr. HENAO MEJÍA (Colombia): La Delegación de Colombia registra, con íntima satisfacción y agradecimiento a esta magnífica asamblea, la honorosa designación que acaba de hacerle.

Comprendemos, igualmente, la gran responsabilidad que implica este honor que se acaba de dispensar a Colombia; y, en su nombre, hacemos formal promesa de intensificar nuestros esfuerzos para que Colombia pueda cumplir cabalmente sus deberes.

El PRESIDENTE: El señor Delegado del Uruguay tiene la palabra.

El Dr. CAPPELETTI (Uruguay): En nombre de la Delegación del Uruguay propongo un voto de aplauso para los miembros salientes del Comité: Ecuador y México, por la brillante labor desarrollada durante su mandato.

Aplausos.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado del Ecuador.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): En nombre de la Delegación del Ecuador, me es muy satisfactorio agradecer el gentil voto de aplauso que esta Conferencia se ha servido darnos por la actuación que nos ha tocado durante el período en que el Ecuador formó parte del Comité Ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana. En realidad, durante esta época, no hemos hecho otra cosa que tratar de esforzarnos por corresponder a la elevada confianza que significó para nosotros el encargo de los gobiernos de América, de los sanitarios de América, de

¹ Véase Resolución XV del Acta Final, pág. 658.

dirigir y cooperar en la administración de los asuntos de la Oficina Sanitaria Panamericana. Muchas gracias.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Secretario, para darnos algunas informaciones.

El SECRETARIO: Suplico a los dos países electos, Paraguay y Colombia, que tengan designados a sus representantes en el Comité Ejecutivo oportunamente, para la sesión que se efectuará el 22 de octubre, probablemente a las 9 de la mañana.

El PRESIDENTE: Se levanta la sesión.

Se levanta la sesión a las 14 h. 12 m.

OCTAVA SESION PLENARIA

Martes, 19 de octubre de 1954, a las 9 h. 50 m.

Presidente: Dr. OSCAR VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica)

Después

Dr. W. PALMER DEARING (Estados Unidos)

El PRESIDENTE: Se abre la sesión. Tiene la palabra el señor Secretario.

El SECRETARIO: Debo informar que la Comisión General no se pudo reunir hoy en la mañana a las 9, pero se reunirá a mediodía con objeto de establecer el programa de sesiones. Uno de los puntos que ha de tratar es la posibilidad de celebrar alguna sesión nocturna, en caso de que el programa no pueda realizarse como está acordado y no fuese posible terminarlo el día 22, como también está proyectado.

El PRESIDENTE: En vista de que el primer punto del orden del día exige algunos documentos que están en distribución, la Presidencia se permite comenzar la sesión con el segundo punto. Y, en ausencia del Relator, invita al señor Hinderer, de la Oficina Sanitaria Panamericana, a presentar el segundo informe. Tiene la palabra el señor Hinderer.

Segundo Informe de la Comisión II

El Sr. HINDERER (Jefe, División de Administración, OSP) (*traducción del inglés*): En la cuarta y sexta sesiones de la Comisión II (Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos) se aprobaron los siguientes proyectos de resolución: forma de presentación en el futuro del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana; relaciones entre la Organización Sanitaria Panamericana y las organizaciones no gubernamentales; Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, y resumen del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para el año 1956; modificación del Programa y Presupuesto de la Organización Mun-

dial de la Salud para 1955, y funciones del Comité Ejecutivo en la preparación de las Reuniones Sanitarias Panamericanas. Creo que estos documentos serán distribuidos dentro de pocos minutos.

En la sexta sesión de la Comisión se sometió a consideración el tema relativo al lugar y fecha de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, aplazándose su discusión a petición del Delegado de los Estados Unidos de América. Será considerado de nuevo esta tarde.

El proyecto de resolución sobre estipendios pagados a los becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana, devuelto por el pleno de la Conferencia a la Comisión, fué redactado de nuevo y aprobado por ésta.

El proyecto de resolución sobre el Fondo Rotatorio de Emergencia que también había sido devuelto por el pleno de la Conferencia a la Comisión para su consideración, fué retirado por la Delegación de los Estados Unidos después de un detenido examen del texto propuesto y de haberlo comparado con el texto original de la resolución actualmente en vigor sobre esta cuestión. El proyecto había sido propuesto por Estados Unidos y, por lo tanto, dicho documento queda eliminado.

La Comisión se ocupó seguidamente del Proyecto de Revisión de la Constitución, examinándolo artículo por artículo; estudió hasta el Artículo 37 de los 55 que figuran en dicho proyecto.

La próxima sesión de la Comisión II tendrá lugar esta tarde, a las tres, en el Salón Sur del segundo piso.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Hinderer. ¿Desean hacer alguna observación los señores delegados? Si no hay ninguna observación, vamos a pasar ya al punto uno del orden del día: primer informe de la Comisión I (Asuntos Técnicos). Tiene la palabra el Dr. Horwitz, de Chile.

Primer Informe de la Comisión I ¹

El Dr. HORWITZ (Relator de la Comisión I, Chile): Conforme al programa de la Conferencia aprobado, la Comisión I dividió su actividad en cuatro grupos de trabajo, que se encargaron de los temas que se enuncian a continuación: (a) Métodos para mejorar la exactitud y fidelidad de los datos estadísticos primarios indispensables para programas de salubridad. (b) Control de las diarreas infantiles a la luz de los últimos progresos científicos. (c) Aplicación de métodos de educación higiénica en las zonas rurales de la América Latina. (d) Erradicación de la malaria.

He de señalar cual ha sido el denominador común en el trabajo de estos cuatro grupos, que a mi juicio se está transformando en un hecho señero en el desarrollo de esta Conferencia: la calidad de las intervenciones durante los debates, el interés de los participantes y la importancia del análisis sereno de las resoluciones que hoy se someten a la consideración de este plenario. Y digo que es un hecho señero porque, a nuestro juicio, se va a transformar en la norma para las conferencias sanitarias del porvenir.

¹ Véase pág. 456.

Me voy a permitir analizar o relatar las conclusiones de cada uno de los tres primeros grupos de trabajo a los cuales me he referido.

*Tema 11-B (i) Discusiones Técnicas: Métodos para Mejorar la Exactitud y Fidelidad de los Datos Estadísticos Primarios Indispensables para los Programas de Salubridad (Grupo de Trabajo "A")*¹

El Dr. HORWITZ (Relator, Chile): Este grupo celebró seis sesiones y tuvo como Director de Debates al Dr. Darío Curiel, de Venezuela, y como Relator al Dr. Hugo Behm, de Chile. Actuaron la Dra. Ruth Puffer, de la Oficina Sanitaria Panamericana, como Secretaria, y el Dr. Enrique Pereda, de Chile, como Experto.

El grupo adoptó como base de discusión el trabajo presentado por el Dr. Enrique Pereda,² un documento cuya singular importancia deseamos destacar y del cual se hace amplio uso en este informe.

El conjunto de resoluciones está fundado en un hecho básico: la estadística es una herramienta fundamental en la determinación del desarrollo, la evaluación y el perfeccionamiento de los programas de salud y, por otra parte, la salud está estrechamente ligada al desarrollo económico, cultural y social, debido a lo cual son necesarias estadísticas económicas y sociales que den una visión íntegra de los problemas de la comunidad y que contribuyan a planear una acción unitaria destinada a elevar el nivel de vida de la población. El grupo, de conformidad con este trabajo esencial y con los fundamentos enunciados, resolvió subdividir sus discusiones en nueve aspectos fundamentales, para cada uno de los cuales se permite proponer resoluciones definidas. El primero de ellos es el de las estadísticas necesarias para los programas de salud, y, a este respecto, recomienda a los Estados Miembros que, en cuanto lo permitan las posibilidades de su desarrollo económico, social y cultural, extiendan y mejoren la compilación, la elaboración, el análisis y la oportuna publicación de las estadísticas de población, vitales, de morbilidad, de recursos, de salubridad, y de los servicios que ellos prestan, y las estadísticas económicas y sociales relacionadas con la salud. El segundo aspecto de la discusión es el que se relaciona con estadísticas de población, y a este respecto se recomienda a los Estados Miembros que sus organismos de salubridad cooperen en la obtención de estadísticas demográficas oportunas y verdaderas, participen en la planificación de los censos de población para obtener que incluyan el máximo de datos posibles que sean esenciales para los programas de salud y utilicen las encuestas sanitarias cuando sea necesario, para proporcionar información adicional sobre población.

El PRESIDENTE: Quisiera preguntar a la Conferencia si, para ganar tiempo y evitar volver al principio del documento, podríamos ir aprobando el informe, mediante la aprobación de estos puntos básicos. El Dr. Horwitz ha terminado de leer el segundo de esos puntos; podríamos, entonces, discutirlo. Tiene la palabra el Dr. Horwitz.

El Dr. HORWITZ (Relator, Chile): Cada grupo de trabajo ha sintetizado el total de sus discusiones en una resolución conjunta que yo pensaba exponer al

¹ Véase pág. 462.

² Véase Documento CSP14/26, pág. 526.

término del informe respecto de cada grupo en particular. Son, como quien dice, parte de un todo relacionado con el problema de las estadísticas, de manera que si al señor Presidente le parece, podríamos terminar el análisis somero del informe y proponer entonces una resolución de carácter conjunto.

El PRESIDENTE: Continúe Dr. Horwitz; está muy bien.

El Dr. HORWITZ (Relator, Chile): El tercer aspecto que consideró este grupo de trabajo es el que se refiere a estadísticas vitales. En relación con esto, recomienda a los Estados Miembros que por conducto de sus instituciones nacionales mejoren la aplicación de los principios de las Naciones Unidas para un sistema de estadísticas vitales, concediendo importancia especial a la compilación y elaboración de aquellos datos que sirven específicamente a fines de salubridad y a la Reglamentación No. 1 de la Organización Mundial de la Salud, relativa al uso de la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*; y recomienda que en esta aplicación se conceda atención especial al perfeccionamiento de los procedimientos para recoger la información estadística básica local.

En materia de estadísticas de morbilidad, el grupo de trabajo recomienda a los Estados Miembros que promuevan la utilización de las estadísticas de morbilidad general para beneficio de los programas de salud, y que desarrollen una acción permanente para cumplir las recomendaciones hechas en el tercer informe del Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias, de la OMS. Recomienda, igualmente, que los Estados Miembros tomen medidas inmediatas para mejorar la denuncia de las enfermedades transmisibles, ateniéndose al Reglamento No. 2 de la OMS, *Reglamento Sanitario Internacional* y a los *Procedimientos Básicos para la Notificación de las Enfermedades Transmisibles* (Publicación Científica No. 8 de la Oficina Sanitaria Panamericana) y a la *Guía para la Notificación de las Enfermedades Cuarentenables y Otras Enfermedades Transmisibles de las Américas* (Publicaciones Varias No. 5 de la Oficina Sanitaria Panamericana).

En materia de estadísticas de recursos y de servicios, el grupo recomienda a los Estados Miembros que tomen medidas para la obtención de estadísticas de recursos nacionales destinados a la salubridad y de los servicios que con ellos se prestan a la colectividad, de tal modo que esta información facilite la planificación, el desarrollo, la evaluación y el perfeccionamiento de los programas de salud.

En materia de estadísticas económico-sociales relacionadas con la salud, se recomienda a los Estados Miembros promover el uso de estadísticas económico-sociales relacionadas con la salud por las organizaciones de salubridad, con el propósito de dar unidad a las acciones que tiendan a elevar las condiciones de vida de la población.

En cuanto a servicios de estadística en los organismos de salubridad del Continente, recomienda el grupo de trabajo que los Estados Miembros creen o impulsen y fortalezcan el servicio de estadística en los organismos de salubridad, dotándolo de medios materiales y de personal capacitado; que, con el fin de coordinar los diversos organismos que producen estadísticas de interés sanitario, los Estados Miembros fomenten la creación y el desarrollo de comités nacionales de estadísticas sanitarias, con arreglo al informe de la Primera Conferencia Interna-

cional sobre comités nacionales de estadísticas vitales y sanitarias; y que, con objeto de producir datos básicos fidedignos, esenciales a las estadísticas vitales, se establezca la coordinación local de los servicios de salubridad, de registro civil y de estadística.

En cuanto a divulgación y enseñanza de las estadísticas aplicadas a salubridad, el grupo de trabajo recomienda a los Estados Miembros que, en cuanto a los profesionales que trabajan en salubridad, incluyan en el currículum de las escuelas de medicina, de enfermería, de servicio social, etc., la enseñanza de los métodos estadísticos aplicados a la salubridad; y orienten la enseñanza de estadística en las escuelas de salubridad, a su aplicación práctica en los programas de salud. Además, que, dentro de las necesidades nacionales, desarrollen programas de enseñanza en los niveles siguientes: (a) cursos universitarios para la formación de estadísticos con sólidas bases en matemáticas, especialización en diversas disciplinas, salubridad, entre ellas; (b) cursos de especialistas en salubridad para los estadísticos que tengan conocimientos universitarios básicos; (c) cursos de nivel medio en las escuelas de salubridad, para los funcionarios de servicios de estadística que hayan terminado estudios de humanidades; y (d) cursos de adiestramiento en los propios servicios de estadística, para los funcionarios locales o centrales que trabajen en la compilación y manejo de la información estadística original. Se recomienda, además, la creación de la carrera de funcionario de estadística, con escalafones adecuados y sueldos suficientes. En seguida, que los Estados Miembros estimulen el trabajo en equipo de los profesionales de salubridad con los estadísticos, a fin de divulgar la aplicación de los métodos estadísticos a los programas de salud y de investigación clínica. Por último, solicitar de la Oficina Sanitaria Panamericana que asista a los Estados Miembros, con la mayor amplitud posible, con objeto de desarrollar programas de educación y adiestramiento en estadísticas aplicadas a la salubridad.

Finalmente, en lo que respecta al régimen de informes de los Estados Miembros para 1954-57, el grupo de trabajo recomienda que los Estados Miembros inicien inmediatamente el mejoramiento de estos datos estadísticos, de conformidad con las recomendaciones de los organismos internacionales; y lleguen a un acuerdo para ampliar la información estadística que deberían contener sus informes a la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana, y que determinan los procedimientos para obtenerla y los métodos para asegurar su comparabilidad internacional, con la activa participación de la Oficina Sanitaria Panamericana y por medio de seminarios y otras actividades destinadas a intercambiar ideas y procedimientos.

*El Dr. Horwitz (Relator, Chile) da lectura seguidamente al proyecto de resolución sobre "Métodos para mejorar la exactitud de los datos estadísticos primarios indispensables para programas de salud," que figura en el informe del grupo de trabajo "A."*¹

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Relator. La Presidencia tiene alguna duda sobre la forma en que la recomendación final está hecha, puesto que en el primer documento se hacen recomendaciones a los gobiernos, respecto de varias

¹ Véase pág. 469.

actividades, y en forma diferente; pero, en todo caso, se recomienda a los gobiernos. Y esas recomendaciones que se hacen en el primer documento van a ser incluidas en el Acta Final. Para que vayan a recomendación de los gobiernos, tal vez sería necesario variar la redacción en la resolución que se presenta, al final, en el número 1.

Quisiera preguntar a la Secretaría, puesto que tengo la impresión de que en un acta final no se puede hacer anexo de documentos de la Conferencia, sino que hay que poner solamente una nota al pie diciendo que los documentos serán incluidos en la Memoria; quisiera, repito, que el señor Secretario explicara cuál es el procedimiento para que puedan tomarse en cuenta esas magníficas recomendaciones que hizo el grupo de trabajo sobre estadísticas vitales.

El SECRETARIO: Dada la forma en que están redactadas las resoluciones que aparecen en el informe, que constan de considerandos y de recomendaciones a los Gobiernos, quizá la Conferencia prefiera incorporarlas al Acta Final. En este caso, bastaría con añadir al principio de cada resolución y después de su título la frase: "La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana" y la palabra "Resuelve" antes de la parte dispositiva. Se puede hacer así, si la Conferencia lo decide, puesto que las recomendaciones están redactadas en la forma que usualmente se emplea en las resoluciones de las actas finales.

Si se decidiera a aprobar solamente la única resolución del informe del grupo de trabajo A, la Conferencia podría hacer constar en el párrafo 1 que aprueba las recomendaciones técnicas contenidas en dicho informe y el documento preparado por el experto. Con el objeto de seguir la práctica establecida para el Acta Final se añadiría al pie de dicha resolución una nota indicando que los documentos de que se trata se publicarán en la Memoria de la Conferencia. Si no se adopta este último criterio, la forma en que está redactada la resolución haría necesario añadir como anexo al Acta Final el informe del experto, pero no figuraría el informe con las recomendaciones del grupo de trabajo. Se trata de un simple problema de redacción. A la Conferencia corresponde decidir si cada una de las recomendaciones a los Gobiernos Miembros, con su preámbulo y parte dispositiva correspondientes, se ha de incorporar al Acta Final o si solamente ha de figurar en ella la última resolución del informe del grupo de trabajo, en cuyo caso no aparecerán las recomendaciones sobre los distintos puntos de que se trata en el Acta Final.

El PRESIDENTE: Los señores delegados han oído las explicaciones dadas por la Secretaría y queda a su resolución la forma en que deba procederse.

El Dr. SOPER (Director, OSP): Antes de que la Conferencia se ocupe del informe en general, creo que es conveniente examinar el informe del grupo de trabajo "A" y el proyecto de resolución que lo acompaña.

Tengo en la mano la copia en inglés, pero quiero referirme específicamente al segundo artículo. Voy a leer en inglés (*traducción del inglés*):

(2) Recomendar al Director de la Oficina para que, de acuerdo con sus posibilidades, estimule el desarrollo de las recomendaciones técnicas contenidas en el informe mencionado, dando cuenta de las gestiones que la Oficina haya realizado en este sentido al Consejo Directivo en su próxima reunión.

También existe una recomendación semejante en cuanto al problema de las diarreas infantiles. Conviene considerar la situación histórica de años pasados.

En Conferencias anteriores a la XIII Conferencia, de Ciudad Trujillo, se aprobaron proyectos o recomendaciones en líneas generales, de manera que, en el año 1948, el Director de la Oficina hizo un estudio de las responsabilidades de la Oficina, según decisiones de anteriores Conferencias, y presentó, en el informe del año 1948, una lista de todo lo que había sido votado anteriormente. Y la verdad era que no había fondos para hacer frente a esas responsabilidades.

En la XIII Conferencia, el Director presentó el programa, con el resultado de que la Conferencia aprobó una resolución que lleva el número I del Acta Final que, de nuevo, voy a leer en inglés (*traducción del inglés*):

Relevar a la Oficina Sanitaria Panamericana de aquellas responsabilidades impuestas por Conferencias y Reuniones previas no acompañadas de un programa y presupuesto, y en el futuro, sólo considerar como responsabilidad de la Oficina aquellos programas o recomendaciones que estén respaldados por un presupuesto.

Debemos recordar, también, respecto de esta recomendación, que el informe preparado cada año para el Consejo o para la Conferencia no puede ser preparado en las últimas horas antes de la Conferencia o del Consejo. Para simplificar el problema de los informes hemos adoptado el año civil, como período para ellos. Creo que no es conveniente establecer, cada vez que tenemos una discusión técnica en la Conferencia, una obligación para el Director, el preparar un informe especial para el Consejo, de cada materia objeto de discusión técnica en la Conferencia. Creo suficiente que en los informes regulares se traten estos programas como cualquier parte del programa de la Oficina Sanitaria Panamericana. Hemos hablado mucho de la parte administrativa en los últimos años, de los gastos de administración, y para nosotros, en la Oficina, representa un costo real la necesidad de preparar informes especiales sobre lo hecho en todos los países de América, sobre un punto especial.

El PRESIDENTE: Gracias Dr. Soper. Los señores delegados han oído las explicaciones del señor Director sobre las observaciones al punto 2 de esta resolución. La Presidencia quiere recordar que es cierto que anteriormente en estas Conferencias se aprobaban recomendaciones para poner en práctica numerosos programas y nunca se pensó en darles base económica.

Fué tal el número de programas que se acumularon, procedentes de todas las Conferencias, que la Oficina y el Director presentaron el cuadro referido a la Conferencia Sanitaria de Ciudad Trujillo, y se adoptó la citada resolución para relevar al Director de la obligación que le habían impuesto Conferencias anteriores en relación con programas que no tenían base económica. El hecho es cierto y, en Conferencias posteriores, en reuniones posteriores del Consejo Directivo, se ha tenido siempre buen cuidado de que toda recomendación que implique gastos vaya paralelamente acompañada de su presupuesto.

Con respecto a las recomendaciones leídas, después de revisarlas veo que la mayoría de ellas son recomendaciones a los gobiernos, de tipo general, de organización y elaboración de las estadísticas, que no van a ocasionar a la Oficina gastos especiales. Me agradecería oír la opinión de los señores delegados sobre los dos puntos de discusión: primero, si se considera conveniente aprobar las

resoluciones o recomendaciones del documento de trabajo como resoluciones de la Conferencia. Al respecto, estima la Presidencia que todas son muy importantes, pero que no pueden incorporarse todas al Acta Final, porque habría que agregar un anexo, cosa que no corresponde a la costumbre seguida anteriormente; o bien, en lugar de este procedimiento, si se cree preferible, aprobar el proyecto de resolución presentado por la Comisión I, introduciendo una modificación en el sentido que ha explicado el señor Secretario. Este es uno de los puntos de discusión. El otro es el que señala el Dr. Soper. La Presidencia se permite presentar una pequeña modificación a la consideración de los señores delegados, en relación con el segundo inciso, a fin de dar tiempo al señor Director para presentar el informe. Consiste en suprimir las últimas palabras del párrafo 2, que dice: "al Consejo Directivo, en su próxima reunión." En reemplazo, la Presidencia propone decir: "en su informe anual de 1955," lo que daría un plazo mayor para la presentación del informe.

No sé si esta sugerencia de la Presidencia satisface al señor Director, ni si la apoyan otros señores delegados. Tiene la palabra el Dr. Soper.

El Dr. SOPER (Director, OSP): Creo que tal vez ésta deba ser una recomendación general para lo futuro. No sólo tendremos interés por la estadística durante el próximo año. Debo explicar que yo, personalmente, tengo el máximo interés por mejorar las estadísticas en las Américas. Creo que el resumen que tenemos preparado es de mucho valor, en cuanto muestra lo que no sabemos acerca de nuestros problemas de salud. Por eso estoy de acuerdo en estimular el desarrollo de esta técnica, y hacer en ese sentido todo lo posible, como hemos hecho en los últimos años. Creo, también, que la sugerencia del señor Presidente debe referirse, en líneas generales, a los informes anuales de la Organización.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Soper. En este caso, se satisface al señor Director cambiando lo propuesto para sus informes anuales, en el sentido de que en todo informe anual se refiera al progreso alcanzado por la ejecución de las recomendaciones.

Antes de considerar o votar lo que el Dr. Soper ha propuesto, hemos de volver al punto básico de si se acepta este proyecto de resolución como está redactado o si el plenario prefiere adoptar todas las recomendaciones, dándoles la forma adecuada.

La redacción del Acta Final obedece a un sistema y lo que se decida en el plenario hay que adaptarlo a ese sistema, para que el Acta Final se conforme a lo establecido.

Voy a pedir al señor Secretario que lea el párrafo correspondiente, para información de las delegaciones.

El SECRETARIO: En relación con las discusiones técnicas en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, el Comité Ejecutivo en su 22a Reunión, celebrada en Washington en abril de 1954, aprobó un reglamento para los grupos de trabajo de la Comisión I (Asuntos Técnicos) cuyos párrafos 10, 11 y 12 dicen:

10. El informe de la Comisión I, con las modificaciones introducidas por la Comisión General, será presentado a una sesión plenaria de la Conferencia, para su aprobación.

11. El Acta Final de la Conferencia contendrá únicamente aquellas partes del informe de la Comisión I que aparezcan en forma de recomendaciones o resoluciones y que hayan sido específicamente aprobadas en sesión plenaria.

12. En la Memoria de la Conferencia se incluirán los informes de los grupos de trabajo y el informe de la Comisión I.

El PRESIDENTE: Han oído los señores delegados la explicación dada por el señor Secretario. Vuelvo a preguntar al señor Relator si tiene alguna observación que hacer sobre este punto, para someterlo a la consideración del plenario.

El Dr. HORWITZ (Chile): La Delegación de Chile, señor Presidente, está de acuerdo con la proposición de usted respecto de procurar incluir en el Acta Final los aspectos parciales, es decir, las conclusiones de cada aspecto parcial que fué motivo de discusión en el grupo de trabajo.

Naturalmente, que si para hacer esto existe algún impedimento de carácter reglamentario, como parece desprenderse de las explicaciones del señor Secretario, nos parece que habría sólo que aprobar la resolución como viene presentada. Pero, en todo caso, si la asamblea estima que el documento tendría más fuerza, como a la Delegación de Chile le parece, incluyendo las conclusiones de cada aspecto particular, el Relator no tendría ninguna dificultad en preparar el texto definitivo y someterlo a la consideración del pleno.

El PRESIDENTE: El señor Secretario va a hacer una aclaración.

El SECRETARIO: Lo que resulta necesario es que la Conferencia resuelva, en relación con estos puntos, la redacción para que quede de acuerdo con el Reglamento. Se diría: "Estadísticas necesarias para los programas de salud. La Conferencia Sanitaria Panamericana, Considerando . . . Resuelve . . .," y lo mismo en cada uno de los puntos siguientes. Serían recomendaciones específicas.

El Artículo 11 dice: "El Acta Final de la Conferencia contendrá únicamente aquellas partes del informe de la Comisión I que aparezcan en forma de recomendaciones (y todas aparecen en forma de resoluciones) y que hayan sido específicamente aprobadas en sesión plenaria."

Lo que se necesita es la aprobación, en sesión plenaria, de recomendaciones específicas.

El Dr. HORWITZ (Chile): Pido excusas, señor Presidente; yo había entendido mal. En este caso, esta delegación apoyaría la proposición del señor Presidente, en el sentido de incluir las conclusiones o las recomendaciones, de cada aspecto en particular, en el Acta Final.

El PRESIDENTE: La Presidencia se permite someter a la consideración del plenario el punto mencionado, cambiando la redacción a cada una de las conclusiones y recomendaciones presentadas, enunciándolas como emanadas de la Conferencia, para que puedan aparecer en el Acta Final, aprobadas una por una, sucesivamente, como recomendaciones separadas de la Conferencia.

Si los señores delegados están de acuerdo, a la Presidencia le gustaría escuchar opiniones sobre este tema. Se ofrece la palabra. Tiene la palabra el señor Delegado de Bolivia.

El Dr. BROWN (Bolivia): Solicito de la Asamblea aprobar íntegramente el texto de la resolución de la Comisión; y además propongo, como ha hecho ya el

señor Delegado de Chile, que se incluyan en el Acta Final las resoluciones especiales, porque todas ellas son de gran interés; y, sobre todo, son recomendaciones a los Países Miembros, que significan, a la larga, la modificación y el mejoramiento de las distintas estadísticas de todos los países.

El PRESIDENTE: Se ofrece la palabra. Si no hay objeciones, la Presidencia piensa que el plenario está de acuerdo en que se apruebe, como resolución de la Conferencia, cada uno de los aspectos consignados por el Relator. Tiene la palabra el Delegado del Ecuador.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): En realidad, las conclusiones y recomendaciones que trajo la comisión o grupo de trabajo de asuntos estadísticos han sido muy importantes en todos sus aspectos, y contienen, como hemos visto, una serie de resoluciones en detalle y sobre diversos aspectos.

En realidad, adoptar por separado cada una de esas resoluciones sería hacer demasiado extensa el Acta Final de la Conferencia, tanto más cuanto que, después de leído el informe, se ve que algunos de esos aspectos podrían resumirse en un solo cuerpo de resoluciones más concretas. Como expresión de doctrina, me parece muy bien que queden formando parte de un documento técnico anexo a las actas de la Conferencia, y que se aprueba la última resolución. Porque, además, incluso al aprobar separadamente cada una de las recomendaciones, nos faltaría esta recomendación dirigida a la Oficina Sanitaria Panamericana, en la cual se recomienda al Director realizar las gestiones para hacer anotar estas recomendaciones, o bien, habría que aprobar esta resolución aparte, dando informes, o informando en sus distintas oportunidades al Consejo Directivo acerca del desarrollo de esto.

Me parece que la adopción de la última resolución sería suficiente, dejando constancia de todos esos documentos como doctrina técnica de la Comisión respectivo a para el estudio de los métodos estadísticos.

El PRESIDENTE: Han oído los señores delegados la exposición en pro de la Delegación de Chile, apoyada por la Delegación de Bolivia, y la exposición en contra, para que se apruebe el proyecto de resolución condensado, en general, por el Delegado del Ecuador. Se ofrece la palabra. Tiene la palabra el señor Delegado de Venezuela.

El Dr. ORELLANA (Venezuela): Evidentemente, las conclusiones a que ha llegado este grupo de trabajo son de gran valor y contienen, como ha dicho el señor Delegado del Ecuador, un cuerpo de doctrina de gran trascendencia. El hecho de que se incluyan en el Acta Final les dará todavía más valor. Y en ese sentido me inclino yo.

No obstante, quiero preguntar si igual procedimiento habrá de seguirse con los otros informes de los demás grupos de trabajo. De esta manera, el Acta Final llegaría a ser sumamente extensa, puesto que faltan todavía los informes de los grupos de trabajo sobre educación sanitaria y diarreas infantiles.

El punto se concreta, pues, a determinar si es posible incorporar en el Acta Final las recomendaciones tal como están en este momento. En todo caso, personalmente, me inclino porque aparezcan así, como ha propuesto la Delegación de Chile.

El PRESIDENTE: La Presidencia considera que la extensión del Acta Final no tiene límite, así como el número de resoluciones que se puedan incluir. Ese número está determinado por el plenario de la Conferencia y, en los casos de educación sanitaria, diarreas infantiles y erradicación de la malaria, dependerá dicho número, para poder contestar al señor delegado, de la presentación de esos informes, que se van a discutir dentro de un momento. Tiene la palabra el señor Delegado de la Argentina.

El Dr. SECURA (Argentina): Considerando la publicación en el Acta Final de estas resoluciones, debo advertir que cada una de ellas lleva agregadas ciertas consideraciones que las fundamentan. Faltarían en el Acta los considerandos que han dado lugar a esa resolución, que tendrán que aparecer en otra parte como elementos ilustrativos.

Como, por otro lado, ha manifestado el señor Secretario que hay también una publicación fuera de las actas, que va a recoger todos los elementos de juicio sobre estos puntos, quizás fuera más conveniente que todos esos informes, con los considerandos, con las resoluciones, con algún otro antecedente que haya en la presentación de los informes de los relatores, todo eso formará un conjunto que sería siempre mucho más fácil de consultar que si se dieran por separado todos esos elementos de juicio.

Yo creo que, para el estudio ulterior de nuestras administraciones, será mejor que todo el conjunto de debates e informes técnicos esté agrupado en una sola publicación, y que en el Acta conste simplemente la adopción de las recomendaciones que ha hecho el grupo de trabajo y que figurarán en ese otro documento.

Por lo tanto, nosotros preferiríamos, por ser más práctico para el manejo de dichas conclusiones, que se adoptara el proyecto de resolución que se nos presenta en el informe del grupo de trabajo "A" modificando el inciso 2o., de acuerdo con lo pedido por el señor Director.

El PRESIDENTE: En este punto, la Presidencia, naturalmente, es neutral, recoge la opinión del plenario. Sin embargo, quisiera subrayar lo que ha dicho el señor Delegado de la Argentina: las recomendaciones finales de la Conferencia tienen muchísima más fuerza que la referencia a documentos informativos.

¿Hay algún otro señor delegado que quiera exponer su opinión? Tiene la palabra el señor Delegado de Haití.

El Dr. NEMORIN (Haití) (*traducción del francés*): Según he podido entender de la exposición hecha por los Delegados de Venezuela, de Chile y de Bolivia; y habiéndome correspondido formar parte de la Comisión que ha trabajado sobre métodos de estadística, es mi deber apoyar la recomendación de aquéllos. Estoy de acuerdo con la sugerencia hecha por dichos delegados.

El PRESIDENTE: ¿Algún otro señor delegado quiere presentar su opinión sobre este asunto? Se ofrece la palabra. Si no hay otras observaciones, vamos a someter a votación, primero, la proposición de la Delegación de Chile apoyada por Bolivia, Venezuela y Haití, para que las resoluciones se adopten separadamente como recomendaciones de la Conferencia. Los que estén de acuerdo, sírvanse levantar la mano.

Un momento; el señor Delegado de la República Dominicana, tiene la palabra.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana): Antes de votar quisiéramos saber cuál es el otro punto que se va a votar.

El PRESIDENTE: El otro punto es la adopción, con algunas modificaciones de forma, del proyecto de resolución que figura en el informe del grupo de trabajo "A", que es una resolución condensada que hace referencia a los documentos presentados por la Comisión I sobre estadística.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana): En las explicaciones que dió la Mesa Directiva, creo que el señor Secretario dijo que ésa era una de las dos formas que se adaptan al Reglamento. ¿Cuál de las dos formas es la que se adapta al Reglamento?

El PRESIDENTE: Señor Secretario, me hace el favor de explicar este punto.

El SECRETARIO: Se ajusta al Reglamento cada una de las resoluciones presentadas en forma específica con considerandos y resoluciones. La única diferencia está en que, si se adoptara cada una por separado, se añadiría después del título, empezando en la página 1: (1) Estadísticas sanitarias necesarias para los programas de salud. La Conferencia Sanitaria Panamericana, considerando . . . (todos sus considerandos) resuelve: recomendar a los Estados Miembros . . . ; (2) Estadísticas de población. La Conferencia Sanitaria Panamericana, considerando que el reconocimiento de la población, etc., resuelve: . . . Así en cada una de ellas; al llegar a la última, habría una diferencia, pues, como contiene una recomendación al Director de la Oficina, a diferencia de las otras, ya estaría aprobado lo que dice el párrafo 1, que sería redundante. El 2 pasaría a 1 y sería la recomendación al Director de la Oficina, para que "de acuerdo con sus posibilidades estimule el desarrollo de las recomendaciones técnicas contenidas en las anteriores resoluciones, dando cuenta de la gestión que la Oficina haya realizado en este sentido, al Consejo Directivo, en sus informes anuales." Y la última recomendación sería: "Encomendar al Director de la Oficina que dé amplia difusión al trabajo preparado por el Dr. Enrique Pereda, y al informe del grupo de trabajo." Ambos informes se publicaran en las Memorias de la Conferencia.

El PRESIDENTE: ¿Está satisfecho el señor Delegado de la República Dominicana?

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana): Muchas gracias, señor Presidente. Hice la pregunta porque entendí que Chile había admitido que se hiciera una sola resolución. Eso me pareció haber entendido.

El Dr. HORWITZ (Chile): Probablemente no me expliqué con claridad. En síntesis esta delegación propuso que se incorporaran como resoluciones cada una de las conclusiones sobre los aspectos discutidos por el grupo de trabajo. La forma de presentación es la que el señor Secretario ha tenido a bien explicar hace algunos momentos.

El PRESIDENTE: De acuerdo con lo que se ha explicado, la resolución de conjunto entraría a formar parte de las recomendaciones de la Conferencia como otra más en materia de estadística, que exclusivamente se dirige a recomendar

al Director de la Oficina que incluya en los informes anuales las actividades; y recomendar la difusión del trabajo del Dr. Pereda. Tiene la palabra el señor Delegado del Ecuador.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): Quiero observar que cuando la Presidencia indicó, durante la lectura del informe, la conveniencia de discutir y votar cada proyecto de resolución y considerarlo por separado, el señor Delegado de Chile, que actuaba como Relator, dijo que no valía la pena de hacerlo así, por separado, porque, al último, habría una resolución de conjunto, que lo condensaría todo. Si vamos a debatir cada resolución de la Conferencia, cada una de las resoluciones propuestas por la Comisión, será lógico y procedente considerar cada grupo de resoluciones y votarlas por separado, porque puede suceder que haya alguna discrepancia de opinión sobre alguna de estas consideraciones. Otra cosa muy distinta sería aprobarlas simplemente como recomendaciones técnicas de la Comisión. En tal caso, cambia el aspecto de la resolución de la Conferencia. De manera que por cualquier situación de detalle o por discrepancias sobre un punto cualquiera, no vale la pena discutir ni insistir en la discusión, si han de ser incluidas solamente como recomendaciones técnicas. Pero, cuando se trata de votos o de resoluciones de la Conferencia, hay que discutir cada grupo de resoluciones. Creo que ése hubiera sido el procedimiento, porque, por lo menos, así nos lo dijo el señor Relator mismo, al señalarnos que tal fué el espíritu de la Comisión I: presentar una resolución de conjunto.

No estoy de acuerdo, por último, en que se adopten como resoluciones de la Conferencia todas y cada una de las resoluciones del grupo de trabajo.

El PRESIDENTE: Quisiera explicarle que, cuando la Presidencia interrumpió al Relator, no se refirió a que estaba de acuerdo con eso ni a que tal sería su única posición, sino que quería llegar al final para que el plenario, como corresponde, resolviera qué iba a hacerse: si iba a adoptarse una resolución de conjunto o sobre cada uno de los temas, separadamente. Tiene la palabra el señor Delegado de Chile.

El Dr. HORWITZ (Chile): Quiero reforzar un concepto, señor Presidente. Efectivamente, he estado cumpliendo mi mandato como Relator, y no como Delegado de Chile. En tales condiciones, no he tenido más que presentar los documentos como los aprobó el grupo de trabajo; pero me permití molestar la atención del plenario detallando cada uno de los aspectos en particular, dada la importancia que la Delegación de Chile les concede.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de los Estados Unidos.

El Dr. ANDUZE (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Como miembro de este grupo de trabajo estoy debidamente percatado de la importancia que encierran todas y cada una de las resoluciones sometidas a la Conferencia.

Considero que, puesto que cada resolución responde a una necesidad definida en cuanto se refiere a las estadísticas, la Conferencia haría bien en adoptar separadamente cada una de las resoluciones.

En cuanto al proyecto de resolución final, creo que tomando en consideración la recomendación formulada por el Dr. Soper en relación al párrafo 2, se podría modificar su forma para que dijera: "Recomendar al Director de la

Oficina que, de acuerdo con sus posibilidades, estimule el desarrollo de las recomendaciones técnicas en su informe anual.”

Creo que de este modo se atenderían las necesidades, tanto por lo que se refiere a la estadística como a la propia Oficina Sanitaria Panamericana, y a la objeción del Dr. Soper en relación al texto del párrafo 2 del proyecto de resolución final.

El PRESIDENTE: ¿Algún otro señor delegado quiere expresar su opinión? Si la plenaria considera que el asunto ha sido ya suficientemente debatido, la Presidencia procederá a abrir la votación.

Se va a votar primero la proposición de Chile, apoyada por Venezuela, Haití y Bolivia, para que las resoluciones de la Comisión I sobre bioestadística se adopten separadamente, modificando la resolución final del informe del grupo de trabajo “A”, en el sentido explicado ya por la Presidencia.

La otra proposición que está sometida a la consideración de los señores delegados es la adopción de un solo informe o proyecto de resolución que cubra todo lo dicho.

Los que estén de acuerdo en que se adopten separadamente como resoluciones de la Conferencia las recomendaciones presentadas por la Comisión de Expertos, la Comisión I y el Grupo Técnico de Bioestadística, sírvanse levantar la mano.

Votan a favor los siguientes países: Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América, Venezuela, Haití, México, Países Bajos, Francia, Chile, Bolivia, Reino Unido y Paraguay.

Votan en contra los siguientes países: la República Dominicana, Argentina, El Salvador, Ecuador, Panamá, Cuba, Guatemala y Perú.

Resultado: 12 votos a favor, 8 en contra y ninguna abstención.

Queda aprobada la moción.

De acuerdo con lo resuelto por la plenaria, procede discutir individualmente cada una de estas recomendaciones. Si la plenaria considera que estas recomendaciones, que se han leído de los documentos respectivos, que han sido examinadas ampliamente en el grupo de trabajo, primero, y en la plenaria de la Comisión, en seguida, no necesitan mayor debate, toda vez que emanan de un grupo técnico y representan recomendaciones de tipo general sobre un tema sumamente importante para todos los Gobiernos Miembros, se considerará que basta esta revisión continuada de las resoluciones, y se podrá evitar la lectura de todas y cada una de ellas, procediendo a aprobarlas en conjunto.

La Presidencia pregunta cuál es la opinión de los señores delegados. Tiene la palabra el señor Delegado del Perú.

El Dr. LAZARTE ECHEGARAY (Perú): Creo que sería un mal precedente votar en conjunto una serie de resoluciones, y que la votación debe hacerse sobre cada resolución por separado.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de los Estados Unidos.

El Dr. ANDUZE (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Las resoluciones que han sido leídas y distribuidas son ya suficientemente conocidas por los miembros de las distintas delegaciones.

Creo que, para ganar tiempo, si algún delegado tiene objeciones a formular

respecto a cualquier resolución específica, debe exponerlas y entonces consideraríamos la resolución en cuestión.

El PRESIDENTE: La Presidencia explica que no ha tenido la intención de sentar el precedente de una aprobación global de una serie de recomendaciones. Nada más ha hecho mención de que estas recomendaciones han llegado a conocimiento de los señores delegados en este momento, por cuanto se trata de asuntos que han venido discutiéndose en los grupos de trabajo y en la Comisión I, y de un documento repartido con anterioridad. Sin embargo, la Presidencia está pronta a cumplir el mandato del plenario. Tiene la palabra el señor Delegado de los Países Bajos.

El Dr. SWELLENGREBEL (Países Bajos) (*traducción del inglés*): Estoy completamente de acuerdo con la proposición de la Presidencia, así como con las observaciones formuladas por el Delegado de los Estados Unidos. Creo, señor Presidente, que lo más acertado es lo que usted ha propuesto.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de la República Dominicana.

El Dr. BERGÉS SANTANA (República Dominicana): No es exacto que todos los delegados aquí presentes lo estuvieran también en el grupo de trabajo, ni que conocieran las resoluciones con anterioridad a esta sesión.

Como cuestión de orden, quiero observar que, a mi entender, tal como dijo el señor Delegado del Perú, las resoluciones deben ser leídas una por una, puesto que son independientes unas de otras. Creo que son cuatro y es un sistema establecido leerlas y votar sobre ellas.

El PRESIDENTE: La Presidencia, aceptando la sugestión hecha por los señores Delegados del Perú y de la República Dominicana, y dejando constancia de que el espíritu de la Presidencia es ganar tiempo, ya que estamos bajo la amenaza de una sesión plenaria nocturna, accede a tales sugestiones; y, en consecuencia, se procederá a la lectura por el señor Secretario de cada una de las resoluciones. Después de leída cada resolución, la Presidencia hará una pausa para oír cualquier comentario y objeción; y ruega a los señores delegados que intervengan en forma concreta y breve, para ganar tiempo. De no haber ninguna objeción ni comentario, se dará por aprobada la resolución, una vez leída por el Secretario.

El Secretario da lectura del proyecto de resolución 1, que figura en el informe del grupo de trabajo "A", sobre estadísticas necesarias para los programas de salud.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación? Si no hay, daré por aprobada la resolución.

Aprobada.¹

El Secretario da lectura del proyecto de resolución 2, del documento ya mencionado, sobre estadísticas de población.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación?

Aprobado.²

¹ Véase Resolución XVI del Acta Final, pág. 659.

² Véase Resolución XVII del Acta Final, pág. 659.

El Secretario sigue con la lectura del mismo documento, proyecto de resolución 3, sobre estadísticas vitales.

El PRESIDENTE: ¿No hay observación?

Aprobado.¹

El Secretario continúa con la lectura del proyecto de resolución 4, sobre estadísticas de morbilidad.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana): No deseo observar el fondo de esta proposición, pero sí su redacción, para mejorarla. Hay una repetición en el tercer párrafo de los considerandos. Se puede suprimir allí la palabra "información", y dejarlo así: "Que es evidente que existen, en la mayoría de los países, informaciones sobre las enfermedades de ciertos grupos de la población, tales como las estadísticas . . ." Las palabras "información" y "tales" no concuerdan, por eso pido esta supresión.

El PRESIDENTE: Muchas gracias. Está en consideración la enmienda propuesta por el Delegado de la República Dominicana. Si no hay objeción se aceptará y quedará aprobada la recomendación, con la corrección de estilo propuesta.

Aprobada.²

El Secretario da lectura al proyecto de resolución 5, sobre estadísticas de recursos y servicios.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna observación?

Aprobada.³

El Secretario sigue con la lectura del proyecto de resolución 6, sobre estadísticas económico-sociales relacionadas con la salud.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna observación? Tiene la palabra el señor Delegado de la República Dominicana.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana): También en el tercer párrafo de los considerandos de esta resolución, me permitiré sugerir la conveniencia de que se suprima la expresión "por lo tanto," porque indica conclusión y, verdaderamente, la conclusión es la parte dispositiva de la resolución, es decir, propongo que se diga: "Que los encargados de los programas de salud necesitan disponer de estadísticas . . ." etc.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación? Si no hay observaciones, se dará por aprobada la resolución con la corrección de estilo presentada por el señor Delegado de la República Dominicana.

Aprobada.⁴

El Secretario lee el proyecto de resolución 7, sobre servicios de estadística en los organismos de salubridad.

¹ Véase Resolución XVIII del Acta Final, pág. 660.

² Véase Resolución XIX del Acta Final, pág. 660.

³ Véase Resolución XX del Acta Final, pág. 661.

⁴ Véase Resolución XXI del Acta Final, pág. 662.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación? Tiene la palabra el señor Delegado de Panamá.

El Dr. BISSOT (Panamá): Señor Presidente, solamente una observación de forma: en la parte dispositiva, párrafo 1, última línea, cambiar la palabra *entrenamiento* por *adiestramiento*, que es más castiza.

El PRESIDENTE: Todo lo que sea mejorar el español nos conviene. Tiene la palabra el señor Delegado de la República Dominicana.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana): En el primer párrafo también está repetida la palabra *organismo*, en el primer considerando. Como se habla de *organismo de salubridad*, podría ponerse, la segunda vez que se emplea este termino, la expresión *departamento*.

El PRESIDENTE: ¿Se quita el primero o el segundo?

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana): Creo que se podría quitar perfectamente el segundo, porque, como las recomendaciones son a los Países Miembros, son los organismos de salubridad los que van a hacerlas.

El PRESIDENTE: Con las modificaciones de reforma propuestas por los Delegados de Panamá y de la República Dominicana, se podría aprobar. ¿Alguna otra observación?

Aprobada.¹

El Secretario pasa a dar lectura del proyecto de resolución 8, sobre divulgación y enseñanza de las estadísticas aplicadas a salubridad.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación? El señor Delegado de Colombia tiene la palabra.

El Dr. RODRÍGUEZ (Colombia): Ordinariamente la palabra es *estadígrafo* y no *estadístico*. Ese es el título de la persona que trabaja en estadísticas.

El PRESIDENTE: Se cambiará, todas las veces que diga *estadístico*, por *estadígrafo*.

Tiene la palabra el señor Delegado del Perú.

El Dr. LAZARTE ECHEGARAY (Perú): Creo que siguiendo la misma técnica empleada en las anteriores resoluciones, sería conveniente numerar cada una de las recomendaciones que en esta resolución aparecen sin ninguna enumeración.

El PRESIDENTE: Se enumerarán de acuerdo con lo solicitado por el señor Delegado del Perú. Tiene la palabra el señor Delegado de El Salvador.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): Hay aquí una expresión que no sé en qué sentido se ha usado. En el tercer párrafo se dice: "Que es evidente la conveniencia de acrecentar los estímulos para que progresivamente se vayan formando cuerpos de *estadísticos* y *oficiales de estadística*." ¿Hay en esto alguna diferenciación intencional?

¹ Véase Resolución XXII del Acta Final, pág. 662.

Más adelante, en el párrafo que dice: "Recomendar a los Estados Miembros que cuando los funcionarios de los Servicios de Estadística, y según sean sus necesidades nacionales, desarrollen . . . ," la sintaxis no es correcta.

El PRESIDENTE: Para la primera explicación . . .

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana): Señor Presidente, lo interrumpo, porque precisamente quiero aprovechar que el Delegado de Chile vaya a dar la explicación, para no molestarlo mucho, que dé otra más, pues deseo hacer una pregunta. En primer lugar, la más sencilla. Aquí la recomendación dice: "Recomendar a los Estados Miembros la creación de la carrera de funcionario de estadística." Yo pediría que se suprimiera la palabra "funcionario", porque el hecho de determinar le está dando una categoría al estadístico funcionario, y creo más bien que corresponde a un punto de vista administrativo determinar si una persona es empleado o es funcionario.

En cuanto a la resolución, no entiendo si es que se recomienda a los Estados Miembros incluir la enseñanza de estadísticas aplicadas en el "currículum" de las escuelas de medicina, en cuanto a los funcionarios que trabajan en salubridad. Entonces sería sólo para éstos. Tiene muy poco valor la resolución, porque hay países, como el nuestro por ejemplo, en que los funcionarios que trabajan en salubridad no son muchos. Desearía que se aclarara un poco la parte dispositiva.

El PRESIDENTE: El señor Delegado de Chile tiene la palabra, para dar las explicaciones pertinentes.

El Dr. HORWITZ (Chile): Voy a rogar a la Mesa que conceda la palabra al Dr. Hugo Behm, Delegado de Chile, que fué Relator del grupo de trabajo, para que conteste a estas observaciones.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Dr. Behm.

El Dr. BEHM (Relator del Grupo de Trabajo "A", Chile): Con respecto a la observación del señor Delegado de Colombia, que sugiere cambiar la palabra *estadístico* por *estadígrafo*, quisiera decir que, en muchos países, estadígrafo es un apelativo que se reserva para las personas que hacen el material gráfico usado en estadística. Para referirse al personal adiestrado en estadística, en cambio, en la generalidad de los países se emplea el término estadístico. Usamos esta expresión porque pensamos que era apropiada para la mayoría de los países.

Con respecto a las observaciones sobre cuál es el sentido del párrafo 3 del considerando de la resolución No. 8, que dice: "Que es evidente la conveniencia de acrecentar los estímulos para que progresivamente se vayan formando cuerpos de estadísticos y oficiales de estadística idóneos," si entiendo bien la pregunta, lo que se desea es saber por qué se separan los estadísticos de los oficiales de estadística. Si esa es la pregunta, la respuesta es que nosotros pensamos que los técnicos que trabajan en estadística tienen varios niveles que, por lo menos, pueden agruparse en dos: aquellos que son estadísticos, o sea, que tienen una formación profesional, y aquellos que desarrollan labores auxiliares, que en algunos países son llamados auxiliares estadísticos, y en otros, oficiales estadísticos. El grupo discutió con bastante detalle la terminología que podría ser más apropiada para todos los países, y adoptó la de "oficiales."

Hay otra observación con respecto a los profesionales que trabajan en salubridad. Como se observó, esta resolución tiende a separar dos vías en esta actividad: una es la divulgación de la estadística en las profesiones que tienen relación con la estadística y con el desarrollo de los programas de salud; la segunda es la formación de personal propiamente estadístico. El párrafo primero de la resolución: "Recomendar a los Estados Miembros que, en cuanto a los profesionales que trabajan en salubridad," se refiere a los primeros. Y, naturalmente, estamos entendiendo por "salubridad" todas las acciones que van desde el fomento a la protección y reparación de la salud, y no sólo lo que hasta hace años se entendía por "salud pública." Entendemos, por lo tanto, la salubridad en un sentido muy amplio, y esperamos que esta explicación satisfaga al señor delegado que presentó esta objeción.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de la República Dominicana.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana): No es a eso a lo que me refiero, porque lo entiendo perfectamente, sino a la parte dispositiva. Dice ésta: "Recomendar a los Estados Miembros que incluyan en el currículum de las escuelas de medicina, de enfermería, de servicio social, . . ." A este respecto, me permitiría hacer una sugerencia, porque no queda clara la parte dispositiva. No sé, en efecto, si son los profesionales que trabajan en salubridad los que tienen la obligación de incluir en el currículum de las escuelas mencionadas esta enseñanza, o si son los Estados Miembros. Al parecer, ello no queda bien claro. Me parece que sí quedaría al suprimir, en donde dice: "Recomendar a los Estados Miembros que, en cuanto a los profesionales que trabajan en salubridad," esta última frase: "en cuanto a los profesionales que trabajan en salubridad." Del mismo modo, habría que hacer una supresión similar en la parte que dice: "Recomendar a los Estados Miembros que, en cuanto a los funcionarios . . ." Habría que hacer la supresión de esta última frase, porque la parte dispositiva se refiere exclusivamente a esos funcionarios. Luego, está demás indicarlos en el texto de la primera parte, porque se crea una confusión.

El PRESIDENTE: Voy a ceder la palabra al señor Delegado de Chile, para que haga la aclaración correspondiente. Pero, antes, quiero preguntar a los señores Delegados de Colombia y El Salvador si las explicaciones dadas a sus objeciones les satisfacen, para que se incluya, entonces, una nueva explicación, caso de que la necesiten. Tiene la palabra el señor Delegado de Colombia.

El Dr. HENAO MEJÍA (Colombia): No es lo mismo ser geógrafo que ser cartógrafo; no es lo mismo ser *estadígrafo*, o sea todo aquel que pertenece a la estadística, que sencillamente la persona que desarrolla la estadística por medio de curvas, etc., en papel calibrado. Los especialistas en estadísticas se llaman *estadígrafos*.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de El Salvador. ¿Tiene alguna objeción mayor que hacer? Tiene la palabra el señor Delegado de Chile para explicar los puntos que presentó la República Dominicana.

El Dr. HORWITZ (Chile): Quiero contestar, si me lo permite el señor Presidente, al señor Delegado de Colombia; porque el asunto no deja de tener importancia. La verdad de las cosas es que en todos estos problemas de carácter técnico debemos hacer lo posible por usar un lenguaje común para podernos entender. No sé si de discusiones de este orden se pudiera desprender la necesidad de un glosario de expresiones corrientes en salud pública, para que todo el Continente las emplee simultáneamente. Entendemos que la *graphos* significa "escribir" y *estadígrafo*, entonces, es la persona que, evidentemente, está utilizando el lenguaje escrito, por así decirlo, en materia de tablas, de curvas, de gráficos que expresan el método estadístico. En cambio, quien trabaja en estadística, para nosotros, es *estadístico*.

Este fué el consenso del grupo de trabajo que redactó el proyecto de recomendaciones que se discute en este momento. El Dr. Behm me agrega, en este instante, que es la expresión que se utiliza en todos los documentos oficiales de las Naciones Unidas y de sus organismos especializados.

En cuanto al planteamiento hecho por el señor Delegado de la República Dominicana, quisiera llamar la atención de que el documento separa dos tipos de personas, en la recomendación relacionada con la enseñanza de las estadísticas aplicadas: los profesionales que trabajan en salubridad y los funcionarios de servicios de estadística. Para los primeros, pensamos que el proceso debe empezar en las escuelas de su propia formación, o sea, las escuelas de medicina, de enfermería o de servicio social y, eventualmente, en todas las escuelas profesionales. Por eso, señor Presidente, he querido separar en la resolución los dos aspectos. Ahora, si la redacción no está perfectamente clara, me permitiría proponer que el plenario se pronunciara sobre el contenido y se pudiera hacer, posteriormente, una redacción un poco más clara por la Secretaría.

El PRESIDENTE: Oídas las explicaciones del señor Delegado de Chile, quiero preguntar al señor Delegado de la República Dominicana si aprobaría que el plenario se pronunciara sobre el contenido para que la Secretaría redactara, en seguida, el documento en forma apropiada.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana): Particularmente, en lo que a mí respecta, me pronuncio a favor del contenido. Precisamente, para obtener una mayor claridad hacíamos estas observaciones. Comprendo perfectamente el móvil de separar las dos clases, pero en cuanto a la claridad de la resolución, estoy perfectamente de acuerdo en que se redacte nuevamente la parte objetada, para que quede más clara.

El PRESIDENTE: El señor Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. LAZARTE ECHEGARAY (Perú): Si no entendí mal, en una nueva resolución o en otra resolución, deben hacerse determinadas recomendaciones a la Oficina Sanitaria Panamericana sobre presentación de informes, etc. Sugeriría que todo aquello que se refiere a recomendaciones a la Oficina fuera en una sola resolución.

El PRESIDENTE: Con las observaciones del señor delegado, que serán tomadas

muy en cuenta por la Comisión General, se redactará el documento final, y si no hay ninguna otra observación, se considera aprobada esta resolución.

Aprobada.¹

El Secretario procede a la lectura del proyecto de resolución 9, sobre el resumen de informes de los Estados Miembros para 1954-1957.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación sobre esta recomendación?

No hay ninguna observación.

Aprobada.²

Restaría, ahora, adoptar la nueva redacción de la resolución final, en la cual, sugiere el Delegado de Perú, se han de integrar otras resoluciones o recomendaciones, que, como en el caso de las recomendaciones anteriores, se refieren a la Oficina Sanitaria Panamericana. Esa resolución final comenzaría con el número dos, suprimiendo el primero.

La Mesa pide al señor Secretario que lea el proyecto corregido.

El SECRETARIO: Leeré cómo quedará ese proyecto que será sometido a la consideración de una redacción cuidadosa y a la revisión de la Comisión General, si el sentido de la resolución es aprobado por la Conferencia. La recomendación iría al final de la 9 y diría:

Métodos para mejorar la exactitud y fidelidad de los datos estadísticos primarios indispensables para programas de salud.

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, considerando la importancia que las estadísticas tienen para la planificación, desarrollo, evaluación y perfeccionamiento de los programas de salud; y tomando en cuenta las deliberaciones sostenidas en el seno del grupo de trabajo nombrado para estudiar ese tema y el informe y recomendaciones propuestas por el mismo, *resuelve*: (1) Recomendar al Director de la Oficina que, de acuerdo con sus posibilidades, estimule el desarrollo de las recomendaciones técnicas contenidas en el informe mencionado, dando cuenta de las gestiones que la Oficina haya realizado en este sentido al Consejo Directivo en su próxima reunión. (2) Encomendar al Director de la Oficina que dé amplia difusión al trabajo preparado por el Dr. Enrique Pereda (Documento CSP14/26) y al informe del grupo de trabajo *ad-hoc* (Documento CSP14/69, Rev. 1).

Según la proposición del señor Delegado del Perú, la recomendación dirigida a la Oficina, en el sentido de que asista a los Estados Miembros en el desarrollo de programas de educación y adiestramiento en estadísticas aplicadas a salubridad, se añadiría en la misma resolución.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación?

Aprobada.³

Termina así esta parte primera del informe de la Comisión I, y la Presidencia desea manifestar su complacencia porque este plenario ha querido dar a un tema

¹ Véase Resolución XXIII del Acta Final, pág. 663.

² Véase Resolución XXIV del Acta Final, pág. 664.

³ Véase Resolución XXV del Acta Final, pág. 665.

tan importante como éste todo el tiempo y la preponderancia que requiere nuestro programa de salud pública en América.

Pido al señor Vicepresidente, Dr. Dearing, que continúe en la dirección del debate. Gracias.

El Dr. Palmer W. Dearing (Estados Unidos) asume la Presidencia.

Declaración del Señor Observador del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Tengo entendido que el Sr. Davée, del UNICEF, desea hacer algunas manifestaciones. El Sr. Robert L. Davée tiene la palabra.

El Sr. DAVÉE (UNICEF): Debido a obligaciones de servicios, el UNICEF no pudo estar representado la semana pasada, cuando empezaban los trabajos de esta Conferencia. Creo, sin embargo, útil hacer algunos comentarios sobre la parte del informe del Director de la OSP que concierne al UNICEF y, en esta ocasión, expresar nuestra adhesión a los comentarios que en este informe el Director de la Oficina se dignó hacer con respecto al UNICEF. Todos estamos persuadidos de que existe cierta complicación y cierta inestabilidad en los sistemas actuales de cooperación internacional; sin embargo, creemos que nuestro deber es no dramatizar esta complicación y tratar de sacar de las organizaciones actuales el mayor provecho para la salud pública del Hemisferio.

Este fué uno de los objetivos de los contactos entre ambas organizaciones durante el año pasado. Es exacto que, como indica el informe, el UNICEF prestó a la OMS con cierta resistencia una ayuda específica en lo que se refiere a gastos de personal. La explicación viene de que, por razones de doctrina, el UNICEF piensa que lo que es técnica y lo que es personal incumbe a la OMS y que la especialización hace del UNICEF más bien un órgano de suministro de equipos. A base de este criterio, el UNICEF trató de conseguir que esta ayuda fuese lo más provisional posible; sin embargo, creo útil subrayar aquí que, en seis años de cooperación, sin contar la ayuda del UNICEF por concepto de equipos y materiales, la OMS ha recibido del UNICEF más de dos millones y medio de dólares en concepto de reembolsos de gastos de personal. Quisiera, únicamente ahora, subrayar los puntos que nos preocupaban. Primero convenía establecer en una forma estable y leal el procedimiento de la aprobación práctica de los proyectos que, según el convenio entre la OMS y el UNICEF, es de la responsabilidad de la OMS. Creo que ahora estamos en una situación en que este procedimiento funciona en forma muy satisfactoria.

El Director de la Oficina Sanitaria y yo hemos llegado a un acuerdo, según el cual el Director de la Oficina tiene ahora en nuestra propia Oficina en Lima, en nuestra Oficina Regional, un consejero técnico asesor, que también ejerce los poderes de la Dirección Regional de la Organización Mundial de la Salud en lo referente a la aprobación técnica de las listas de equipo y sirve también de enlace entre todos los servicios del UNICEF, por una parte, y los servicios de la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana, en las Américas.

El segundo punto es el de mejorar la cooperación mutua. Tal cosa ha sido realizada, durante el año 1954, mediante la designación de este representante personal, en nuestra Oficina, de la dirección de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El tercer punto es el de tratar de preparar, en cooperación, un planeamiento a largo plazo. Esto ya estamos consiguiéndolo. Ya hemos preparado, en forma de cooperación de trabajo interno de nuestras Oficinas, nuestros proyectos de presupuesto para el año 1955 y pensamos que, en el mes de febrero del año próximo, tendremos la posibilidad de hacer el mismo trabajo para el año 1956.

Por lo tanto, es para mí no sólo un deber de conciencia, sino una satisfacción personal, marcar los adelantos y progresos que se han conseguido con esta manera de trabajar. Y quiero expresar al Dr. Fred L. Soper mi agradecimiento personal por la manera íntima, amistosa que hace que, entre su personal, me sienta trabajando como miembro de un mismo equipo.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): ¿Hay alguna discusión a abrir o pregunta a hacer sobre esta materia? Tiene la palabra el señor Delegado del Perú.

El Dr. LAZARTE ECHEGARAY (Perú): He escuchado con mucho interés y atención las palabras del señor Davée dirigidas a esta Conferencia, y únicamente deseo señalar que es evidente como ha ido progresando la acción del UNICEF en los últimos años, desde el campo bastante restringido que tenía al principio. Poco a poco el UNICEF ha ido ampliando sus actividades, extendiéndolas al campo de la salud pública con un criterio mucho más amplio y, sobre todo, mucho más técnico.

Indudablemente, a ello ha contribuido la colaboración y la íntima relación que se ha establecido entre la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF, y entre la Oficina Sanitaria Panamericana y el señor Davée. En mi país, por lo menos, los programas que tienen el aporte económico del UNICEF tienen un sentido técnico e integral en materia de salud pública, cosa que indudablemente representa un beneficio para el progreso de nuestras instituciones. Los programas restringidos de ayuda a la infancia, mediante la distribución de leche o de vitaminas, han sido ampliados por el UNICEF y transformados en programas de tipo mucho más técnico y mucho más integral. Incluso han sido ampliados con programas de saneamiento del medio, como el que se acaba de aprobar en mi país. Esto representa una ayuda poderosa a los esfuerzos que realizan los diversos países por mejorar sus condiciones sanitarias.

Mi delegación quiere dejar constancia de este hecho y felicitar al señor Davée por la manera tan eficiente y tan comprensiva como está actuando, en íntima relación con la Oficina Sanitaria Panamericana.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado de Colombia tiene la palabra.

El Dr. RODRÍGUEZ (Colombia): Colombia desea dar las gracias al UNICEF, representado en este momento por el señor Davée, por la ayuda en leche, vitaminas y desarrollo de programas de nutrición y por el proyecto de una industria de pasteurización.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado de Chile tiene la palabra.

El Dr. HORWITZ (Chile): La Delegación de Chile quiere asociarse a lo expresado por el señor Delegado del Perú. Nuestro gobierno, por conducto del Servicio Nacional de Salud está haciendo esfuerzos crecientes por coordinar la acción de las organizaciones internacionales, dentro de la estructura de nuestra propia organización, en materia de medicina individual y colectiva. Desde este punto de vista, la acción conjunta de la Organización Mundial de la Salud y del Fondo para la Infancia está resultando de particular importancia para el desarrollo de nuestros programas generalizados. No me parece del caso citar los aportes y los proyectos que se están transformando en realidad, que resultan de una política de esta naturaleza.

Pensamos generalizar y lo estamos haciendo simultáneamente con los demás organismos internacionales que, de muy buena voluntad, y con generosidad variable, están colaborando a nuestra acción.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado de Bolivia tiene la palabra.

El Dr. BROWN (Bolivia): La Delegación de Bolivia se asocia íntegramente a todo lo ya manifestado y sólo se concreta a agradecer al representante del UNICEF la valiosa colaboración que presta a Bolivia.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Tiene la palabra el señor Delegado de Costa Rica.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): Costa Rica se adhiere a las manifestaciones hechas por otras delegaciones.

En nuestro informe resumido, así lo manifestamos. Sin embargo, hay un punto que quiero recalcar y que me ha complacido grandemente, cual es el reconocimiento que hace el señor Davée de un perfecto entendimiento en los programas con la Oficina Sanitaria Panamericana y con el Director. En segundo lugar, desea la Delegación de Costa Rica que este perfecto entendimiento y armonía se apliquen también a las Oficinas de Zona.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado del Ecuador tiene la palabra.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): He oído con mucho interés la exposición hecha por el señor Davée y debo manifestar que el Ecuador no puede menos de reconocer la ayuda tan eficaz que ha prestado el UNICEF a nuestro país, Esta ayuda se ha traducido en la instalación de industrias lecheras, la ayuda a programas de lucha contra la tuberculosis y, especialmente, la ayuda al niño con la administración de leche y de vitaminas y artículos necesarios con arreglo a los programas en que el UNICEF ha colaborado con nuestro gobierno. Por tal motivo, el Ecuador se adhiere a este reconocimiento.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Tiene la palabra el señor Delegado del Uruguay.

El Dr. CAPPELETTI (Uruguay): La Delegación del Uruguay también quiere adherirse a las manifestaciones hechas por otros señores delegados. El Uruguay, desde el primer momento, se adhirió, con una elevada cuota, al UNICEF. En estos momentos estamos aplicando con dicha entidad un programa de acción en

el campo maternoinfantil, en las zonas rurales, que creemos será de muy buenos resultados.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado de los Países Bajos tiene la palabra.

El Dr. VAN DER KUYP (Países Bajos) (*traducción del inglés*): Surinam está sumamente agradecido al UNICEF por la ayuda que ha prestado al programa de control de insectos, así como por sus suministros de leche desnatada en polvo tanto para su distribución por los médicos, como para los niños de las escuelas, embarazadas y madres lactantes.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado de El Salvador tiene la palabra.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): Pedí la palabra para asociarme a las expresiones de reconocimiento a la labor realizada por el UNICEF, señalando en particular la decisiva influencia que tuvo la ayuda de esa organización en la iniciación de nuestros programas de lucha antipalúdica, así como en otros programas de nutrición infantil, que han transformado el servicio de nutrición infantil en una campaña de tipo educativo en la que se está logrando destacar, para conocimiento del pueblo y del gobierno, la significación tan grave que tiene para nuestro país la desnutrición; y el programa, de alimentación maternoinfantil ha subrayado ese problema, lo que nos ha ayudado a planear la mejora de la nutrición en nuestro país, con repartos de alimentos, repartos que tienen un valor educativo.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado del Paraguay tiene la palabra.

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay): El Paraguay se complace en adherirse a este reconocimiento al UNICEF.

El Paraguay manifiesta, públicamente, que necesita de la colaboración del UNICEF. Tenemos dos problemas inmediatos en nuestro país: el del agua y el de la leche. El problema del agua, como ya hemos manifestado en nuestro informe, creemos que pronto será solucionado. Subsiste el problema de la leche. Creemos de suma necesidad que los organismos internacionales que colaboran en un país coordinen sus esfuerzos.

En mi país, el Servicio Cooperativo Interamericano ha hecho mucho en materias de salud pública, educación y agricultura. En el programa de agricultura ha creado lo más difícil: una conciencia de la industria lechera. Crear conciencia es una cuestión muy difícil. Ha suscitado un interés por exportar animales lecheros, formar praderas artificiales, crear campos modelos, en que la higiene es uno de los factores esenciales. Por supuesto, esto ha traído inversión de capitales privados para la industria y, por consiguiente, un gran aumento en la producción de leche. Pero recibimos leche en polvo, y hay una competencia entre la producción lechera nacional y la de leche en polvo importada, que hay que compensar, y que es más barata hasta hoy. Ocurre que la industria lechera incipiente, que ha significado esfuerzo e inversión de capitales internacionales y especialmente nacionales, corre el riesgo de desaparecer, si no se crea una in-

dustria pasteurizadora o desecadora de leche nacional. Es decir que, en vez de recibir leche desecada, la industria nacional pueda producirla.

Es éste un problema que hemos estudiado ya con el UNICEF y con otros organismos. Aprovecho esta oportunidad para plantear el problema, agradecer al UNICEF su acción y pedirle que tome en cuenta esta necesidad de mi país.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado del Reino Unido tiene la palabra.

El Dr. HARKNESS (Reino Unido) (*traducción del inglés*): Me sumo a las expresiones de agradecimiento formuladas por los colegas que me han precedido en el uso de la palabra, por la gran ayuda prestada por el Fondo para la Infancia a los territorios británicos del Caribe.

No creo que en el presupuesto de la OSP y de la OMS figure actividad alguna en los territorios británicos del Caribe que no haya recibido ayuda práctica del UNICEF en materiales y equipo. No voy a detallarla, pero ha prestado ayuda en la campaña de vacunación con BCG, ha suministrado equipo para el control de insectos y de malaria; en resumen, ha proporcionado ayuda material sin la cual esos territorios no hubieran podido llevar a cabo algunos de los nuevos programas desarrollados durante los cuatro últimos años.

Creo que a fines del próximo ejercicio, el próximo año, sólo habrá un territorio británico que no ha recibido ayuda del UNICEF en una forma u otra, y hablo en nombre de todos mis colegas al manifestar el sincero agradecimiento al UNICEF por la ayuda y asistencia que han recibido.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado de Haití tiene la palabra.

El Dr. NEMORIN (Haití) (*traducción del francés*): Aprovecho esta ocasión para expresar la sincera gratitud de mi país hacia el UNICEF por los múltiples trabajos que han contribuido a ayudar eficazmente al desarrollo de los programas de mejoramiento sanitario en ciertas ciudades y en el interior del país.

También aprovecho esta oportunidad para afirmar que, sin la intervención del UNICEF, nos habría sido imposible desarrollar ninguno de estos programas que son de mucho interés y que, económicamente hablando, no habrían podido dar los resultados obtenidos.

Ruego al Representante del UNICEF se sirva aceptar el homenaje de gratitud que le rinde mi país.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Tiene la palabra el señor Delegado de Venezuela.

El Dr. ORELLANA (Venezuela): En nombre de la Delegación de Venezuela, quiero adherirme a las manifestaciones de reconocimiento que se han hecho de las actividades del UNICEF. Aun cuando en Venezuela no se han desarrollado programas del UNICEF, el Gobierno de mi país siempre ha estado dispuesto a incrementar el fondo de esa organización y estudiar la manera de poner en marcha en Venezuela sus programas.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado de Argentina tiene la palabra.

El Dr. SEGURA (Argentina): La Delegación de Argentina hace saber que su país hasta este momento no ha tenido ningún contacto con esa organización, así que, por lo tanto, no puede unirse a esta unanimidad de felicitaciones y agradecimientos a la labor hecha por el UNICEF, pero aparte de la simpatía personal que tiene por el señor Davée, se hace un deber en recoger estas unánimes manifestaciones de todas las delegaciones latinoamericanas, que llevará al seno de su gobierno como una demostración del beneficio que para América entera ha significado la labor de esta organización internacional.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado de Panamá tiene la palabra.

El Dr. BISSOT (Panamá): Mi país se une gustoso a las expresiones de agradecimiento manifestadas aquí por distintas delegaciones. Como ya dije anteriormente, varios de nuestros proyectos sanitarios más importantes se realizan con la amplia cooperación del Fondo para la Infancia; pero, al igual que el señor Delegado de Costa Rica, quiero hacer hincapié en la importancia de las declaraciones hechas por el señor Davée, respecto al perfecto entendimiento que actualmente existe entre el UNICEF y la Organización Sanitaria Panamericana. Nosotros, para ser específicos, en el Panamá-1, Salud Pública Rural, hemos visto como se puede operar con perfecto entendimiento entre dos organizaciones que aparentemente actuaban por separado, pero que, en la práctica, beneficiaban a los distintos países de América.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. VILLA LEÓN (Cuba): La República de Cuba se une a todas estas manifestaciones, y felicita al UNICEF por la labor que ha venido realizando hasta ahora.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Tiene la palabra el señor Delegado de Guatemala.

El Sr. OLIVERO (Guatemala): La Delegación de Guatemala se une a los demás señores delegados que han manifestado su agradecimiento al UNICEF por la colaboración que de él han recibido nuestros países.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Creo, señor Davée, que esas expresiones son suficientemente elocuentes. ¿Hay alguna otra delegación que desee intervenir? Muchas gracias.

Primer Informe de la Comisión I (continuación)

Tema 11-B (iii) Discusiones Técnicas: Aplicación de Métodos de Educación Higiénica en Zonas Rurales de la América Latina (Grupo de Trabajo "C")¹

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Pasaremos entonces a continuar el examen del documento de la Comisión I y nos correspondería tratar del informe del grupo de trabajo "B" sobre diarreas infantiles.

¹ Véase pág. 456.

La Mesa llama la atención sobre el hecho de que el informe sobre educación sanitaria forma parte de este mismo documento, y que los informes aparecen en él en orden inverso: el de educación, del grupo de trabajo "C", es el primero; y el de diarreas infantiles, del grupo de trabajo "B", es el segundo.

La Presidencia sugiere que se consideren en el orden en que aparecen en el documento y, por lo tanto, somete a discusión el informe del grupo de trabajo "C" sobre educación higiénica. El señor Delegado de Chile tiene la palabra.

El Dr. HORWITZ (Relator de la Comisión I, Chile): Voy a hablar en calidad de Relator, no de Delegado de Chile.

Tengo entendido, señor Presidente, que vamos a hacer la presentación de los grupos de trabajo como aparecen en el documento y, por lo tanto, deberíamos referirnos, en este momento, al Tema C de la Comisión I, titulado "Aplicación de métodos de educación higiénica en zonas rurales de la América Latina."

Este grupo de trabajo fué dirigido por el Dr. Grunauer, del Ecuador, tuvo como Relatora a la señorita Graciela Carrillo, de Costa Rica y como Secretario al Dr. Rigoberto Ríos Castro, de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El grupo analizó, desde distintos puntos de vista, el problema de la educación higiénica en general, y aplicado en particular a los medios rurales. Se preocupó, en especial, del problema del personal, tanto profesional como auxiliar, que estimó indispensable para el desarrollo de programas adecuados en todos los medios y sobre todo en los medios rurales.

Señaló, igualmente, la importancia de la organización de la comunidad, en el sentido de integrar activamente a los individuos en las comunidades, por un proceso educativo, con programas de educación higiénica y programas generales y específicos de salud pública.

Estimó indispensable la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana para difundir los propósitos de la educación sanitaria y para asesorar a los países en el desarrollo de programas de perfeccionamiento y capacitación de funcionarios; y, al mismo tiempo, para facilitar el intercambio de informaciones, materiales, experiencias e investigaciones en educación sanitaria, entre los países del Hemisferio.

Después de discusiones activas, interesantísimas, como las habidas en los otros grupos de trabajo, que debo señalar con profundo agrado, el grupo propone el siguiente proyecto de resolución a la consideración de este plenario:

El Dr. Horwitz (Relator, Chile) procede a dar lectura al proyecto de resolución sobre "Aplicación de métodos de educación sanitaria en zonas rurales de América Latina" que figura en el informe del grupo de trabajo "C".¹

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Está sometida a discusión la resolución relativa al informe del grupo de trabajo "C", presentada por el Relator, Dr. Horwitz.

La Presidencia entiende que la revisión efectuada en relación a las gestiones que corresponden a la Oficina es aplicable también a este informe; concretamente,

¹ Véase pág. 458.

que no se requerirá un informe separado sobre esta cuestión técnica sino que la información pertinente aparecerá en el informe anual. ¿Hay alguna observación? Si no hay observaciones, queda aprobado el informe del grupo de trabajo "C".

*Aprobado.*¹

Pasaremos ahora a discutir el informe del grupo de trabajo "B" sobre el control de las diarreas infantiles. Tiene la palabra el Relator para presentar el tema.

*Tema 11-B (ii) Discusiones Técnicas: Control de las Diarreas Infantiles a la Luz de los Últimos Progresos Científicos (Grupo de Trabajo "B")*²

El Dr. HORWITZ (Relator, Chile): El grupo "B" "Control de las diarreas infantiles a la luz de los últimos progresos científicos," se reunió en tres sesiones de trabajo, bajo la dirección del Dr. Allwood Paredes, de El Salvador, actuando como Relator el Dr. Steeger, de Chile y, como Secretario, el Dr. Wegman, de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El excelente trabajo sobre este tema,³ presentado por el Dr. Albert Hardy, Director de Laboratorios del Departamento de Salud Pública del Estado de Florida, Estados Unidos de América, sirvió de base a la discusión.

El autor subdividió su estudio en cinco partes, a saber: mortalidad, etiología, epidemiología, clínica y control.

En vista de que el propósito específico de la discusión se refiere a aspectos de control, el relator va a relacionar su comentario con este punto en particular.

En vista de lo acordado por la Conferencia con respecto al grupo de trabajo de estadística y de la posibilidad eventual de que se resuelva aprobar por separado las recomendaciones de este grupo en materia de control, me permito referirme a ellas en particular, señalando que, como en los grupos anteriores, siguiendo el procedimiento general, se redactaron todas las resoluciones en una versión de conjunto.

*El Dr. Horwitz (Relator, Chile) da lectura a las diez recomendaciones sobre control de las diarreas infantiles que aparecen en el informe del grupo de trabajo "B".*⁴

Como puede observar el plenario, las recomendaciones incluyen acciones específicas y definidas, claramente fundamentadas en principios modernos de doctrina respecto a la maternidad y a la infancia. Constan en este proyecto de resolución, en los términos siguientes:

*El Dr. Horwitz (Chile) da lectura al proyecto de resolución sobre "Control de las diarreas infantiles", que aparece en el informe del grupo de trabajo "B".*⁵

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): La Presidencia entiende que, también en este caso, el párrafo 2 de la resolución será modificado como en las otras

¹ Véase Resolución XXVI del Acta Final, pág. 666.

² Véase pág. 458.

³ Véase Documento CSP14/27, pág. 481.

⁴ Véanse págs. 461-462.

⁵ Véase pág. 462.

resoluciones en cuanto se refiere al método de presentación de informes. ¿Hay alguna observación? El señor Delegado de El Salvador tiene la palabra.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): ¿Cuál es la decisión con respecto a este informe, señor Presidente? Quisiera que se me aclarase esa explicación que acaba usted de dar con relación al punto segundo de la resolución propuesta.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Atendiendo una sugestión del Director, modificamos la resolución sobre asuntos técnicos en la parte relativa a la presentación de informes, con el objeto de aclarar que no se requerirá la presentación de informes especiales separados, sino que la información sobre esas cuestiones técnicas se incluirá en el informe anual de la Oficina. El Relator tiene la palabra.

El Dr. HORWITZ (Chile): Yo, señor Presidente, voy a hablar como Delegado de Chile en este momento.

Considerando la importancia que tienen las recomendaciones que ha hecho el grupo de trabajo, la trascendencia del problema en nuestro Continente (basta sólo el análisis de las cifras del documento presentado por el Departamento de Estadística de la Oficina, sobre los problemas de mortalidad infantil en el Continente), considerando, digo, la importancia de este asunto, me permitiría sugerir que cada una de las recomendaciones apareciera en la resolución final, sustituyendo el punto 1 de esta resolución que se acaba de presentar.

Veo que la redacción sería muy simple, transcribiendo sencillamente cada una de las recomendaciones como aparecen en el aspecto control del documento presentado por el grupo de trabajo.

En síntesis, señor Presidente, adoptaríamos un criterio similar al que rigió, en cierto modo, para el grupo de estadística, y me permito, en nombre de la Delegación de Chile, insistir en la importancia que el problema tiene para este Continente.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): ¿Hay alguna observación sobre la recomendación del Delegado de Chile en el sentido de que las diez recomendaciones del grupo de trabajo aparezcan incorporadas en una sola en la resolución oficial de la Conferencia sobre esta materia? El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana tiene la palabra.

El Dr. SOPER (Director, OSP): La Conferencia tiene que concentrarse en las recomendaciones hechas. Creo que debemos considerar específicamente las recomendaciones que establecen responsabilidades para la Oficina Sanitaria Panamericana, y debemos señalar de nuevo que lo que se propone implica gastos. Es un programa que no se puede hacer sin dinero y, a este respecto, quiero referirme al Artículo XIII del Reglamento Financiero, que voy a leer en inglés (*traducción del inglés*):

Artículo XIII.—Resoluciones que impliquen gastos.

13.1 Ni la Conferencia Sanitaria Panamericana, ni el Consejo Directivo, ni el Comité Ejecutivo tomarán una decisión que implique gastos a menos que se le haya presentado un informe del Director sobre las consecuencias administrativas y financieras de la propuesta.

13.2 Cuando, a juicio del Director, los gastos propuestos no puedan ser imputados

a los créditos existentes, no se efectuarán esos gastos hasta que la Conferencia Sanitaria Panamericana o el Consejo Directivo haya consignado los fondos necesarios, a menos que sea posible cubrir tales gastos conforme a las condiciones estipuladas en la resolución del Consejo Directivo referente al Fondo Rotatorio para Compras de Emergencia.

Debo decir, señor Presidente, que el Director de la Oficina no se opone al desarrollo del programa propuesto, pero necesita señalar que solamente mediante proyectos y programas aprobados en el presupuesto es posible poner en práctica cualquier recomendación de la Conferencia.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Tiene la palabra el señor Delegado del Perú.

El Dr. LAZARTE ECHEGARAY (Perú): Cuando se discutió este informe en la reunión de la Comisión de Asuntos Técnicos, pregunté si las recomendaciones que contenía el documento respecto de la Oficina Sanitaria Panamericana significaban compromisos económicos, y si podía esa Comisión aprobar tales recomendaciones sin tener conocimiento de la posibilidad de la Oficina para hacer frente a los gastos. Un miembro de la Secretaría, el Sr. Hinderer, manifestó que sí había posibilidad de hacer esos gastos; y teniendo en cuenta esa declaración, creo, la Comisión estudió el tema y aprobó la recomendación relativa a ese punto.

Yo pediría que el Director de la Oficina, en este caso, nos aclarara si esa información es correcta o no, y si hay fondos disponibles para hacer frente a este programa y a las recomendaciones que se formulan en la resolución actual.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): ¿Desea el Director contestar a la cuestión planteada por el señor delegado?

El Dr. SOPER (Director, OSP): Debo explicar, señor Presidente, que ya tenemos programas para la enseñanza y adiestramiento del personal, y que ya tenemos algunos proyectos y cierta colaboración en estos puntos. Pero si la intención de la Conferencia es establecer esta actividad con prioridad sobre las otras actividades de la Organización, entonces, dado nuestro sistema de trabajo, corresponde más bien a los propios países, de acuerdo con las Oficinas de Zona, determinar lo que se hará. Como he dicho, hay siempre programas entre los países y programas de enseñanza. Lo que se propone implica un aumento proporcional dentro de la organización existente, y envuelve la necesidad de reducir otros proyectos, si no es intención de la Conferencia aumentar el presupuesto anual.

Ahora, si la Conferencia, basada en este informe, toma una actitud que implique reducir o limitar las otras actividades en favor de este programa, puede muy bien hacerlo, si tal es su intención. Pero creo que es importante, antes de votar, antes de aprobar lo que viene propuesto por cada comité de especialistas o que se relaciona con problemas especiales, recordar que los fondos son limitados. Tenemos cierto tipo de programas, combinados con los países. Por otra parte, según deduzco de la lectura de la recomendación sometida a estudio, implica mayores gastos para la Oficina.

Si esta es la intención de la Conferencia, muy bien. Pero yo quería recordar las disposiciones del Reglamento Financiero. Lo que se hace hoy y lo que se hará en el futuro sobre esto tiene que depender de la voluntad de los países asesorados

por nuestras Oficina de Zona, que se refleja en la preparación de los presupuestos para la reunión del Comité Ejecutivo y después, del Consejo, cada año. Creo haber contestado a la pregunta del señor Delegado del Perú.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado de El Salvador tiene la palabra.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): La discusión que ha surgido en relación al trabajo sobre control de diarreas pone muy en claro la eficiencia con que hemos organizado el trabajo de la Conferencia y el orden en que se han tratado los temas. El discutir un tema científico e incorporarlo en el programa fué seguramente con la idea de explorar medios apropiados para enmendar situaciones indeseables en América. Por primera vez, en la historia de los últimos años de la Organización Sanitaria Panamericana, el programa y el presupuesto fueron aprobados sin ningún análisis detenido de cada uno de sus capítulos, y sin tomar en cuenta que, al mismo tiempo que existía un programa y presupuesto presentado por la Oficina, estaban discutiéndose aparte asuntos que, probablemente, implican o implicarían modificaciones a los programas y a los presupuestos.

Quiero aprovechar esta ocasión para reiterar lo que dije al presentar nuestro informe y al comentar el informe del Director, de que algún día nos pongamos de acuerdo para hacer una revisión completa de los programas y obligaciones que imponemos a la Oficina, a fin de establecer en ese nuevo programa, en esa nueva orientación, las verdaderas prioridades unánimemente reconocidas, para no diluir el esfuerzo de la Oficina y no disipar, por así decirlo, el beneficio que podría lograrse con los fondos de que la Oficina dispone.

Por otra parte, que sirva la experiencia, como la que estamos viviendo actualmente, para que en lo sucesivo, si se han de discutir temas científicos relacionados con problemas de importancia para la salud pública de las Américas, las resoluciones que se hayan de tomar precedan a la discusión del programa y presupuesto del año siguiente. Estamos invirtiendo el orden de las cosas y estamos, por otra parte, quizás, discutiendo más que nada un asunto de detalle, sin entrar en la raíz, en la médula de los problemas que la Oficina debe abordar. Se han hecho recomendaciones relacionadas con estadística, que implican gastos; sobre control de diarreas, que implican gastos; sobre educación sanitaria en el medio rural, que también significan gastos; y, sobre todo, no se han hecho provisiones especiales ni siquiera se considera el que pudiera haberlas, al tratar el tema de programas y presupuestos.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): He de decir que, en nuestras discusiones, siempre concluimos por pronunciarnos en favor de lo bueno y en contra de lo malo. El Delegado de Chile tiene la palabra.

El Dr. HORWITZ (Chile): En realidad no me he orientado muy bien respecto de las expresiones del señor Director basadas en el texto inglés, porque el texto en español, al cual me referí como Relator, no establece nada imperativo. En sus puntos 8 y 9, habla sólo de "pedir al Director de la Oficina que preste ayuda" para tales y cuales funciones.

Yo no sé si al señor Director le satisfaría agregar una frase intercalada que dijera: "dentro de las posibilidades presupuestarias," o, "dentro de las possibili-

dades presupuestarias de la institución." Porque en realidad, estos documentos de carácter técnico, la delegación de Chile los ha tomado siempre en términos de norma; son caminos de acción para resolver determinados problemas o para perfeccionar nuestros sistemas vigentes en los respectivos países. Todos nuestros países están desarrollando en grado mayor o menor actividades, ya sea en estadística, en el control de las diarreas infantiles, en educación higiénica, etc.

Las discusiones de los expertos nos están indicando cómo perfeccionar nuestros sistemas vigentes; y queremos, naturalmente, que la Oficina nos asesore, dentro de sus posibilidades presupuestarias.

Aún más: basta el análisis de los documentos presentados por la Oficina, respecto de los programas y presupuestos, para convenir que en este momento la Oficina está realizando actividades de grado variable en las tres materias que se discuten.

En síntesis, comprendiendo con claridad el espíritu del Reglamento Financiero y la preocupación del señor Director, yo me permitiría proponer que en las recomendaciones 8 y 9 se agregara, en el texto, una frase intercalada que dijera: "dentro de sus posibilidades presupuestarias," habida consideración de que en la actualidad la Organización está desarrollando programas de la naturaleza de los señalados; que por otra parte, como ha dicho muy bien el señor Delegado de El Salvador, están destinados a cumplir con el propósito fundamental de la Oficina, que es fortalecer nuestras administraciones nacionales de salud pública.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. SEGURA (Argentina): Desearía hacer uso de la palabra una vez que este tema esté aprobado, pero antes de pasar a otro asunto.

El Dr. SOPER (Director, OSP): El Delegado de Chile tiene toda la razón y retiro mis comentarios, apropiados en relación a la recomendación 9 del grupo de trabajo "C" pero no a los puntos 8 y 9 del informe sobre diarreas infantiles.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Se somete a consideración la sugerión del Delegado de Chile de que se intercale la frase "dentro de sus posibilidades presupuestarias" en las recomendaciones 8 y 9. El señor Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. LAZARTE ECHEGARAY (Perú): Quería referirme a las observaciones que ha hecho el Delegado de El Salvador. Encuentro que son realmente muy atinadas y justas.

Las discusiones técnicas son de gran importancia, y hay que felicitarse de que hayan sido incorporadas a los programas de la Conferencia.

Pero si estas discusiones van a traducirse en algo efectivo, como se supone por las resoluciones que se nos presentan al final, y si éstas implican compromisos económicos para la Oficina, quizás sería preferible adoptar estas resoluciones, desde el momento en que, como ahora, se han discutido después de aprobado el Presupuesto de la Organización para 1955, como base para que la Oficina las tome en cuenta al preparar sus programas y presupuestos para 1956, o sea, para el año siguiente al de la realización de la Conferencia o del Consejo Directivo.

En cuanto a lo que decía el Delegado de Chile, creo que en los dos proyectos de resolución que se han leído, tanto el de educación como el referente a las diarreas infantiles, se habla en el párrafo 2 "de acuerdo con sus posibilidades." Por otro lado, no sé si estoy en lo cierto o estoy equivocado, el primer párrafo dice "aprobar los considerandos y recomendaciones sometidos por la Comisión I . . ." y en las dos resoluciones figura el mismo texto, creo que hay hasta cierto punto una contradicción, porque la recomendación implica un compromiso para la Oficina, si la aprueba la Conferencia. Y el otro párrafo dice que sólo se haga "de acuerdo con sus posibilidades." No sé si podría modificarse el texto de la primera parte, para que no tuviera ese carácter impositivo que me parece que tiene, dado que si la Conferencia aprueba las recomendaciones del grupo de trabajo, las aprueba en su totalidad.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): ¿Hay alguna otra observación? El Secretario ha llamado también la atención de la Presidencia sobre la frase a que se ha referido el señor Delegado del Perú, "de acuerdo con sus posibilidades." Tal vez así se resolvería la cuestión, o bien habría que incluir una reserva específica en las dos cláusulas imperativas en discusión. ¿Cuál es la opinión de la Conferencia? Dr. Segura ¿desea usted hacer observaciones acerca de este punto o resolvemos la cuestión?

El Dr. SEGURA (Argentina): Señor Presidente, en la parte específica de esta resolución, no; es al margen de lo que estamos comentando.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. LAZARTE ECHEGARY (Perú): Quería hacer una pregunta, señor Presidente. No sé si estoy en un error, pero me parece que la Delegación de Chile había propuesto que se considerara el texto íntegro de las conclusiones del grupo de trabajo, dentro de la resolución. No sé si se ha tomado acuerdo a ese respecto; si se va a considerar así o simplemente estamos discutiendo la resolución final.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): La Presidencia cree que sigue en discusión la proposición del Delegado de Chile en el sentido de que el texto completo de las diez recomendaciones figure en la resolución final, pasando después a discutir el segundo punto, los detalles y las consecuencias de la recomendación 9, particularmente si aquellas han de incluirse en la resolución. Esta es la opinión de la Mesa.

Tenemos, pues, en primer lugar la cuestión básica quizá: ¿debemos incluir o no el texto completo de esas recomendaciones, los diez puntos, en la resolución final? Si la respuesta es afirmativa, entonces tenemos que decidir si ha de modificarse de alguna manera el punto 9 de la resolución final con el objeto de atenuar su carácter imperativo y evitar que fijemos compromisos financieros impropios, imprudentes o imprecisos. El señor Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Dr. BRADY (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Después de leer esas diez recomendaciones, me parece que no son claras puesto que no se señala a quién van dirigidas. Por ejemplo, el punto 1 recomienda que se promueva el

registro de causas de defunción. ¿A quién va dirigida? ¿Quién va a promoverlo? ¿Va dirigida a los Gobiernos Miembros o al Secretario de la Oficina? Del mismo modo, en el punto 2 se señala que deben establecerse servicios de laboratorio, y en el punto 8 se habla de formular una solicitud al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana ¿Quién formula esa solicitud? El trámite de esos programas está perfectamente definido. En esas propuestas, las solicitudes emanan de los Gobiernos Miembros y se formulan al cuerpo directivo. Pero aquí se dice que la solicitud debe dirigirse al Director.

Me permito sugerir, señor Presidente, que se examine esta cuestión; se puede redactar una resolución que contenga esas recomendaciones, dirigiéndolas a los Gobiernos Miembros y como recomendaciones que han sido presentadas en esta materia. Creo que de este modo se resolverían las cuestiones que se han planteado esta mañana.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado de Chile tiene la palabra.

El Dr. HORWITZ (Chile): Probablemente el señor Delegado de los Estados Unidos no me entendió bien durante la exposición del tema, cuando lo expuse en mi calidad de Relator.

En realidad, la proposición fué que las recomendaciones del grupo de trabajo se dirijan a los Estados Miembros, como él lo sugiere. Es decir, habría que encabezar el conjunto de recomendaciones dirigidas a los Estados Miembros.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): La Mesa entiende que su propuesta es que no se incluyan en la resolución, sino sencillamente que se transmitan con la resolución como conclusiones técnicas.

El Dr. HORWITZ (Chile): No, señor Presidente, la proposición es incluirlas dentro de la resolución general, o sea como un solo documento dirigido a los Estados Miembros, como acuerdo de la Conferencia, como recomendación de la Conferencia a los Estados Miembros.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado de El Salvador tiene la palabra.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): Cuando se discutió este tema en el grupo de trabajo, se quiso interpretar el deseo de la Conferencia en el sentido de que el grupo se esforzara en establecer, por así decirlo, una síntesis de lo que es moderno, de lo que es científico, de lo que es valedero en lo que respecta al control de las diarreas. Y, al redactar el informe, el grupo quiso presentar un informe de carácter técnico, no redactado en términos de resoluciones formales, con considerandos y parte dispositivas, porque no lo creyó necesario. Quiso redactar una resolución especial que abarcara todos los aspectos.

Yo no estaría muy de acuerdo, por ejemplo, con que la Conferencia tomara resoluciones separadas para cada una de las recomendaciones aquí expuestas, porque se perdería la unidad, la integralidad de lo que es el informe mismo y de lo que son las observaciones hechas en relación con la etiología, la epidemiología, la clínica, etc.

No veo que exista ningún inconveniente en que aprobemos la resolución tal como fué presentada por el señor Relator, y refiramos a los Gobiernos la

ejecución del trabajo, tal como se pide en la parte dispositiva de la resolución general, que abarca todas las recomendaciones.

Parece más de acuerdo con el carácter de estos informes técnicos no puntualizar tanto en forma de resoluciones formales de la Conferencia cada uno de los temas, cada uno de los aspectos que pueden considerarse en un trabajo de carácter técnico. De otra suerte, nos encontraríamos quizás en una posición un tanto diferente a la que la Organización Mundial de la Salud tiene respecto de sus expertos. Creía, más bien, y así me parece que lo entendíamos algunas delegaciones, que ésta era una especie de síntesis, a la manera de un informe de expertos de la Organización Mundial, informes que son transmitidos a los Gobiernos por una decisión, una resolución especial, que emana del Consejo Directivo, Ejecutivo, o de la Asamblea, y, por consiguiente, la resolución correspondiente sirve para transmitir lo que el informe contiene y no hacer del informe en sí mismo una recomendación específica que ligue a los Gobiernos o a la Oficina.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El Delegado de la República Dominicana tiene la palabra.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana): Estamos perfectamente de acuerdo con el criterio emitido por el señor Delegado de El Salvador. Además, basta ver las conclusiones del grupo de trabajo para darse cuenta de que contienen tantos detalles que resulta ilógico incluirlas en una resolución, porque como la Conferencia seguirá siempre examinando temas técnicos, terminaríamos por formular resoluciones que, en realidad, constituirían un libro de enseñanza. Por consiguiente, lo más lógico y práctico es adoptar resoluciones de carácter general y que las conclusiones del grupo de trabajo sean transmitidas a los Países Miembros, como documentos anexos para fines de estudio.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. SEGURA (Argentina): Los que han seguido el curso del debate, verán que ésta es la propuesta que hizo la Argentina al iniciarse el trabajo y que no tuvo la aceptación de los miembros del plenario, pero que, ahora, los señores Delegados de El Salvador y de la República Dominicana estarían en condiciones de apoyar. Por eso, insistimos, nuevamente, en que estas conclusiones pormenorizadas de las acciones que deben cumplir los Estados Miembros, es mejor que sean llevadas a un documento aparte, con todos los antecedentes y el aporte de las discusiones de diversos miembros y las conclusiones a que se ha llegado, para tener en una sola fuente de información todo aquello que pueda sugerir a los Gobiernos una acción; y que el Acta Final de esta Conferencia debe incluir las resoluciones presentadas por los grupos de trabajo.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. LAZARTE ECHEGARAY (Perú): La Delegación del Perú está en completo acuerdo con el parecer expuesto por las delegaciones de El Salvador, la República Dominicana y la Argentina. Nosotros también creemos que las conclusiones de los grupos de trabajo deben formar parte de un documento anexo y no incorpo-

rarse a las resoluciones; éstas deben tener un carácter general, con mayor razón en casos como el presente, en que constituyen recomendaciones a la Oficina. Formular recomendaciones de carácter tan detallado puede crear dificultades al propio Director de la Oficina, para poder cumplir muchos de los aspectos de las recomendaciones propuestas por el grupo técnico respectivo. Reconocemos todo el valor y la importancia de estas recomendaciones y conclusiones, en las que han participado técnicos de gran capacidad; pero pensamos, como ya han dicho los Delegados de El Salvador, la República Dominicana y la Argentina, que son conclusiones del grupo de trabajo y que, en ningún caso, deben ser incorporadas como resoluciones. En ese sentido, mi delegación apoyará la opinión manifestada por las otras tres delegaciones que he mencionado.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado de Venezuela tiene la palabra.

El Dr. OROPEZA (Venezuela): La Delegación de Venezuela apoya la proposición de Chile, para ser consecuente con lo hecho con otro tema técnico en el cual no se ha llegado a una resolución de tipo general, sino que se incluyeron todas las recomendaciones hechas.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado del Paraguay tiene la palabra.

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay): Encuentro un poco de incongruencia en eso de que las conclusiones son muy importantes pero que no se quiere que aparezcan como resolución de la Conferencia. Si esas resoluciones a que ha llegado el grupo técnico son tan importantes, al parecer de los técnicos que han opinado, conviene que la Conferencia las adopte como resolución. Una resolución de la Conferencia tiene mucha importancia para nuestros países. Porque la verdad es ésa. Nosotros debemos llevar las declaraciones a los países y procurar que sean aplicadas, que es lo importante; que cuanto una Conferencia internacional de esta naturaleza, de tanta importancia, recomiende, nuestros Gobiernos apoyen económicamente el plan de ejecución.

Por otra parte, cuando la Conferencia recomienda, de hecho no es muy imperativa, porque cuando alguien recomienda una cosa, no quiere decir que se tenga la obligación de llevarla a la práctica, sino de acuerdo a las posibilidades.

Por otro lado, me parece, y pido perdón porque es una opinión personal y sin experiencia, que los adelantos técnicos de ninguna manera pueden estar supeditados a la posibilidad económica. Los adelantos técnicos pueden ser mucho mayores; y nosotros, según nuestras posibilidades, habremos de aplicar esos adelantos técnicos. Ojalá tengan alguna vez esos adelantos técnicos aplicación inmediata. Pero eso es difícil. Los adelantos técnicos no pueden, de ninguna manera, suspenderse por una incapacidad económica.

Creo que debemos conocer, tener en cuenta y procurar aplicar en el país las recomendaciones de orden técnico de acuerdo con nuestras posibilidades económicas. Un país que es capaz de aplicar todas las conclusiones técnicas, es un país con bendición de Dios. Los otros países que conocen los adelantos técnicos, que desean aplicarlos y que no lo pueden hacer, tienen que luchar y tratar de llevar a la práctica lo que se les recomienda técnicamente.

En conclusión, señor Presidente, estoy de acuerdo con la moción de la Delegación de Chile. Las conclusiones que ha formulado el grupo de trabajo técnico, llevan a una realidad y son muy importantes; llevan la fuerza de una resolución de la Conferencia, que recomienda a los diferentes países ponerlas en práctica de alguna manera. Es una opinión.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): La Presidencia recuerda a la Conferencia respecto a la sugestión que debe hacerse en el texto de la recomendación, que debe incluirse en la resolución final, para que siga la misma forma que los otros dos informes. Acabamos de aprobar el informe del grupo de trabajo "C", en el que la resolución es breve y expuesta en términos generales, sin haberse incorporado a ella el texto completo del informe.

Existen, al parecer, dos puntos de vista: primero, que en esa resolución debe incluirse el texto completo; y el otro, que no debe incluirse, que sólo ha de haber una recomendación general. ¿Es exacta esta interpretación de los puntos de vista que se han expresado?

En ese caso, la Presidencia estima que es necesario proceder a votar si ha de haber una breve resolución general, o bien, si se ha de incluir en ella el texto completo, como han propuesto el Relator y el Delegado de Chile. El señor Delegado de Guatemala tiene la palabra.

El Sr. OLIVERO (Guatemala): La Delegación de Guatemala, si no está equivocada, entiende que este es un asunto que ya fué votado hace algún tiempo en esta reunión. Así es que en este caso, si ya fué votado, procedería pedir una revisión de esa votación ya efectuada.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Aquella votación fué en relación con el informe del grupo de trabajo "A", ¿no es así?

Por lo tanto, ¿desea la Conferencia que esa votación se aplique al informe en discusión o, bien, que éste se someta a nueva votación? Tiene la palabra el señor Delegado del Perú.

El Dr. LAZARTE ECHEGARAY (Perú): Creo que debe nuevamente someterse a votación, y pediría a la Presidencia que, como ha sido ampliamente discutido el punto, se proceda a votar de una vez.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado de la República Dominicana tiene la palabra.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana): Durante la votación yo entendí que se refería al grupo "A", ahora, creo que ha habido una equivocación, dado los conceptos emitidos por el señor Delegado del Paraguay. Lo que nosotros habíamos propuesto, a mejor dicho, lo que apoyamos, fué la sugestión del señor Delegado de El Salvador, de que en el texto de la resolución no figuren los detalles que aparecen y que son los considerandos del grupo de trabajo, sino la resolución de carácter general; porque, por ejemplo, aquí en el No. 5 se dice: "Mejorar la higiene personal mediante el aprovisionamiento doméstico de agua, complementado con la acción educativa que estimula la adopción de hábitos de higiene personal incluyendo el uso del jabón," por ejemplo. Son detalles que no merecen figurar en una resolución. Si no me equivoco, en los Comités de

Expertos de la OMS, incluso se dice que las conclusiones técnicas a que han llegado no comprometen a la Organización: son conclusiones de esos técnicos. Por consiguiente se vería mal que la OSPA adoptara como suyas, en el texto de la resolución, las conclusiones a que ha llegado un grupo de técnicos. Por lo tanto, sugerimos y mantenemos todavía nuestro propósito de que se haga una cosa de carácter general, y el Delegado del Paraguay debe entender que cuando se adopta una resolución en el sentido de apoyar las conclusiones, como dice aquí: "las recomendaciones técnicas que ha hecho el grupo de trabajo" y se anexa a ella el documento relativo a los debates y a las conclusiones, basta solamente leer las conclusiones y los debates que ha habido para darse cuenta de qué es lo que se ha aprobado.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Queda planteada la cuestión. Tiene de nuevo la palabra el señor Delegado del Paraguay.

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay): Para decir que son dos opiniones distintas, de la Delegación del Paraguay que cree interesante, necesario y conveniente que aparezcan como resoluciones; y la del Delegado de la República Dominicana que cree que no. La lástima es que en la vida humana nunca coincidimos; y es una felicidad; si todos pensáramos y sintiéramos de la misma manera, la vida sería un tedio. Así se trata de dos opiniones. Yo creo que debemos votar.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado de El Salvador tiene la palabra.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): Propongo que se cierre el debate y, a la hora de votar, se someta a votación primero la proposición de Chile, por ser una modificación a la propuesta original.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Si no hay objeción, el debate queda cerrado.

No habiendo objeción, procederemos primero a votar si se acepta la recomendación formulada por Chile y el Relator en el sentido de que en la resolución final se incluya el texto completo de las recomendaciones.

Contaremos primero los votos a favor de la recomendación de Chile.

El Secretario toma la votación. Votan a favor: Costa Rica, Venezuela, Países Bajos, Francia, Chile, Bolivia y Paraguay; total: 7. Votan en contra: Colombia, Estados Unidos, República Dominicana, Argentina, El Salvador, Ecuador, Haití, Cuba, Guatemala y Perú; total: 10.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): La moción queda rechazada.

Someto a consideración el proyecto de resolución original presentado por la Comisión I, sobre el control de las diarreas infantiles con la enmienda relativa al método de presentación de informes por la Oficina.

¿Hay alguna oposición a esta resolución?

No habiendo oposición, queda aprobada.

Aprobada.¹

¹ Véase Resolución XXVII del Acta Final, pág. 666.

Dado lo avanzado de la hora, la Mesa estima que debe levantarse la sesión, una vez que el Secretario dé cuenta de algunas informaciones.

El SECRETARIO: El programa del día de mañana dependerá de la decisión que adopte la Comisión General, que tratará también de la celebración de una sesión nocturna para poder dar cumplimiento al programa de trabajo previsto. De todas las decisiones de la Comisión General serán debida y oportunamente informados los señores delegados por la Secretaría.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): La Comisión General se reunirá inmediatamente. Se levanta la sesión.

Se levanta la sesión a las 13 h. 25 m.

NOVENA SESION PLENARIA

Martes, 19 de octubre de 1954, a las 17 h. 5 m.

Presidente: Dr. W. PALMER DEARING (Estados Unidos)

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Se abre la sesión. Tiene la palabra el Secretario de la Comisión II.

Segundo Informe de la Comisión II (continuación)¹

Tema 23: Relaciones entre la Organización Sanitaria Panamericana y las Organizaciones no Gubernamentales

El Sr. Hinderer (Jefe, División de Administración, OSP) comienza la lectura del texto inglés del segundo informe de la Comisión II y lee el primer proyecto de resolución que figura en el mismo sobre el tema arriba mencionado.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): ¿Hay alguna observación o pregunta a formular?

Aprobado.²

Tema 13: Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, y Resumen del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana, para el Año 1956

El Sr. Hinderer sigue con la lectura en inglés del texto del segundo proyecto de resolución.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): ¿Algún señor delegado quiere hacer uso de la palabra sobre el segundo proyecto de resolución? ¿Hay alguna objeción a su aprobación? El señor Delegado de El Salvador tiene la palabra.

¹ Véase pág. 581.

² Véase Resolución XXVIII del Acta Final, pág. 667.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): En la parte dispositiva del segundo proyecto de resolución, párrafo tercero, se hace una afirmación tal que quisiera preguntar a la Mesa si conviene que quede consignada en los términos que en ella se usan. Me refiero a la felicitación al Director por la forma en que él presenta sus programas y sus proyectos. No se habla ahí de que sean proyectos de presupuestos, y me parece que hay un mandato constitucional en el sentido de que sea el Consejo quien le dé su aprobación y que los programas y presupuestos son obra de la Organización misma, a base de proyectos que el Director somete a la consideración de los organismos directivos.

¿No le parece, señor Presidente, que podría decirse: "la preparación de proyectos de programas bien planeados"?

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): ¿Se apoya la modificación propuesta por el señor Delegado de El Salvador? El señor Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Creo que es innecesaria esta aclaración que hace el Delegado de El Salvador, puesto que el párrafo 3 se refiere justamente al proyecto como él desea y solicita. El texto es claro, por lo menos en nuestro concepto: se felicita al Director y se le reconoce por la organización llevada a cabo en los años pasados y las pruebas constantes dadas en la preparación de programas bien planeados, como ponen de manifiesto los proyectos de programas y presupuestos para 1956. De manera que se refiere a los proyectos de programas.

No cabe, por lo tanto, introducir en la primera parte la palabra "proyecto". Aquí hay que hablar de *programas*. Y después se refiera a los proyectos, instrumentos con los cuales se desarrollan esos programas.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): Lo que me llamaba la atención, señor Presidente, es que, en prueba de la afirmación, se cite que los programas de los años anteriores han sido bien planeados, como lo prueba el Proyecto de Programas y Presupuestos de 1956.

En buena lógica, el hecho de que se presente un buen programa para 1956, es decir, para un año futuro, no puede considerarse como argumento a favor de la preparación de proyectos de programas y presupuestos en años anteriores. Esta es una cuestión de palabras, de su expresión y sentido y de la ilación lógica del razonamiento que vendría a ser el siguiente: que han sido buenos los programas anteriores, como lo demuestra el programa del año 1956. Eso, para mí, no tiene sentido lógico.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): La Mesa considera que el texto inglés es claro, puesto que se refiere a "pruebas constantes", lo cual significa o supone, por lo menos, que en el pasado ha habido pruebas de programas bien planeados, y sencillamente menciona las "pruebas constantes" puestas de manifiesto por los proyectos de programas y presupuestos para 1956 sometidos a la Conferencia. El señor Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): No creo que el señor Delegado de El Salvador tenga dudas en cuanto a que ha habido éxito en los programas desarrollados en el pasado inmediato. El mismo es un ejemplo brillante de programas en

evolución, me refiero a su país, en la Zona de Demostración, entre otras, donde es un éxito la cooperación y la acción de la Oficina.

Aquí se están condensando en un párrafo dos cuestiones: se felicita al Director por los éxitos, por las realizaciones. Ese es un aspecto; e inmediatamente se le sigue felicitando por los proyectos de programas. De manera que la oración es cabal, exacta para cubrir las dos cuestiones: su reconocimiento por las realizaciones llevadas a cabo en los años pasados, y ¡conjunción copulativa! nuevo concepto, nueva cuestión: se le felicita, además, por los proyectos de programas. Son los dos aspectos por los cuales se felicita al Director.

De manera que, en buena construcción de sintaxis española, está aquí obtenido lo que se desea.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): ¿Alguna otra observación? ¿Hay alguna objeción a la aprobación del proyecto de resolución presentado? No habiendo objeción, queda aprobado. El señor Delegado de Bolivia tiene la palabra.

El Dr. DORIA MEDINA (Bolivia): Creo que ambas delegaciones que me han precedido en el uso de la palabra tienen razón. Yo propondría, para conciliar esas opiniones, que no divergen en el fondo, sino simplemente en la forma, que se condense la redacción de ese párrafo 3 del siguiente modo: "Expresar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana su reconocimiento por la acción llevada a cabo en los pasados años, por las pruebas constantes dadas en la preparación de programas bien planeados." Ahí concluiría ese párrafo 3, y quedaría suprimida esa parte que dice: "como ponen de manifiesto los proyectos de programas y presupuestos para 1956." Hecha esa supresión, no habría mayor discrepancia.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Desea el Delegado de Bolivia que se vuelva a abrir la discusión, puesto que no se han formulado objeciones al texto? ¿Debo entender que no plantea usted ninguna cuestión ni propone cambio alguno?

El Dr. DORIA MEDINA (Bolivia): Señor Presidente, no es mi pretensión reabrir la discusión, ya que no me agrada en ninguna forma plantear cuestiones por asuntos pequeños y de poca monta. Quería, simplemente, que se conciliaran todas las opiniones con esa supresión.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Muchas gracias. La Mesa considera que el texto leído por el Relator ha sido aprobado por unanimidad. ¿No es así? El señor Delegado de El Salvador tiene la palabra.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): Propongo, dentro del sistema de procedimiento que hemos adoptado, que esa proposición de Bolivia sea tomada en cuenta, para ordenar en forma lógica lo que, a nuestro juicio, no está correcto en el párrafo 3 de la resolución.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El Dr. Allwood Paredes desea que se considere la proposición del señor Delegado de Bolivia.

¿Hay alguna objeción a la supresión de la última parte del párrafo, como propone el Delegado de Bolivia? El señor Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Señor Presidente, la eliminación que se propone

deja incompleto el proyecto de resolución, cuyo título dice claramente: "Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, y Resumen del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para el año 1956."

La primera parte del párrafo, repito, se refiere a la labor cumplida; la segunda parte se refiere al programa para el año 1956. Y por eso el párrafo termina haciendo referencia a los proyectos de programas, diferenciándolos de los programas. Programa, obra en acción, en realización; proyecto, obra programada, obra proyectada, obra preparada para el año 1956.

Como las diferencias son tan mínimas, como lo manifestara el propio Delegado de Bolivia, quiero advertir, además, que tengamos mucho cuidado en no introducir enmiendas que no sean sustanciales, porque introducir enmiendas que no sean sustanciales significa que este documento vuelva a Secretaría a rehacerse, lo cual significa tiempo, conocimiento de nueva lectura, y nos encontramos en un momento bastante avanzado de la Conferencia y con bastante retraso en nuestro horario.

Por consiguiente, en mi carácter de Presidente de la Comisión II, donde se han originado estos proyectos de resoluciones, me interesa hacer estas declaraciones y defender íntegramente el texto tal cual aparece en esta resolución.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado de El Salvador tiene la palabra.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): No es mi intención prolongar la discusión; pero no puedo estar de acuerdo con lo que ha afirmado el Delegado de Cuba en el sentido de que si aquí se hace alguna objeción, el proyecto debe regresar a la Comisión. Eso se aplica a las propuestas de resolución que van a la Comisión General, pero no al plenario. El plenario puede modificar como bien le venga en gana.

Creo que he sido claro en mi exposición en este sentido y en los motivos por los cuales intervine. Me basta saber que, por lo menos, las razones de mi intervención han quedado claras en la mente de los señores delegados, y no insisto en mi propuesta.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Muchas gracias, Dr. Allwood Paredes, por su explicación. Comprendemos ahora su propósito y sus razones, y al retirar su objeción y la modificación propuesta se considera que la resolución queda aprobada.

Aprobada.¹

Tema 34: Modificación del Programa y Presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para 1955

El Sr. Hinderer da lectura del texto inglés del tercer proyecto de resolución del segundo informe de la Comisión II.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): ¿Algún señor delegado desea intervenir sobre el tercer proyecto de resolución? El señor Delegado de El Salvador tiene la palabra.

¹ Véase Resolución XXIX del Acta Final, pág. 668.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): Este también es otro asunto que me atañe, en mi calidad de Delegado de El Salvador.

Quiero dejar consignada, para que se registre en acta, mi disconformidad con el proyecto de presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, de 1955, por cuanto ha eliminado de su programa uno que, a nuestro juicio, era un legítimo programa que debía mantenerse financiado por la propia Organización, y no como ahora en que el financiamiento ha sido trasladado, digamos, a los fondos de Asistencia Técnica, violando, en cierta manera, las mismas normas establecidas por ellos en lo que concierne a programas de largo alcance; nítidamente, programas que debieran haber sido financiados por la Organización Mundial de la Salud.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Tiene la palabra el señor Delegado de Costa Rica.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): La Delegación de Costa Rica apoya y hace suyas las palabras del Delegado de El Salvador, por tener un programa regional, también eliminado del Presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para 1955, que debería haber sido incluido dentro del programa ordinario.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): ¿Hay alguna otra observación? Si la Mesa interpreta correctamente las conclusiones de esta discusión, las delegaciones de Costa Rica y El Salvador desean que conste en acta su oposición a la aprobación de esta resolución.

No habiendo otra objeción, la resolución quedará aprobada, haciendo constar en acta la oposición de El Salvador y Costa Rica.

Aprobada.¹

Tema 40: Funciones del Comité Ejecutivo en la Preparación de las Conferencias Sanitarias Panamericanas

El Sr. Hinderer da lectura del texto inglés del cuarto proyecto de resolución.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): ¿Hay alguna objeción a este proyecto de resolución? El señor Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. SEGURA (Argentina): Simplemente para proponer un cambio en el título "Funciones del Comité Ejecutivo en la preparación de las Conferencias Sanitarias Panamericanas". Cambiar "Conferencias" por "Reuniones", para que no pueda confundirse con una sola actuación frente a un organismo.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): ¿Hay alguna objeción a la aprobación del proyecto de resolución con la modificación propuesta por el Delegado de la Argentina? No habiendo objeción, queda aprobado.

Aprobado.²

¹ Véase Resolución XXX del Acta Final, pág. 669.

² Véase Resolución XXXI del Acta Final, pág. 669.

Tema 14: Forma de Presentación en el Futuro del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana

El Sr. Hinderer lee seguidamente, en inglés, el quinto proyecto de resolución del referido informe.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): ¿Hay alguna observación al quinto proyecto de resolución? ¿Alguna objeción a su adopción? No habiendo ninguna, queda aprobado.

Aprobado.¹

Tema 30: Estipendios Pagados a los Becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana (continuación)

El Sr. Hinderer da lectura en inglés del sexto proyecto de resolución que figura en el segundo informe de la Comisión II.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): ¿Hay alguna observación a este proyecto de resolución? ¿Alguna objeción a su aprobación? No habiendo ninguna, queda aprobado.

Aprobado.²

El siguiente asunto a considerar es el punto 3 del orden del día de la sesión plenaria, Tema 22, Informe sobre el Programa de Economías y Descentralización de la Oficina Sanitaria Panamericana. El señor Secretario presentará este documento.

Tema 22: Informe sobre el Programa de Economías y Descentralización de la Oficina Sanitaria Panamericana³

El SECRETARIO: Este es un documento esencialmente de informe a la Conferencia; es decir, que no se necesita una resolución sino que se tome nota de él y se hagan las observaciones del caso.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): ¿Algún señor delegado desea intervenir sobre el informe recibido y que está en consideración? Tiene la palabra el señor Delegado de El Salvador.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): Sr. Presidente, la Delegación de El Salvador hizo presente algunas observaciones y consideraciones acerca de lo que significa, a su entender, la descentralización, particularmente en lo que se refiere al trabajo de los expertos. Hizo mención de su deseo de que la Oficina considerara la importancia que tiene la asignación de expertos a los servicios de campo en los países, dando a estos expertos la oportunidad de identificarse ampliamente con los problemas de cada uno de los países donde los mismos expertos han de proporcionar ayuda y consejo.

La clasificación que se menciona en el informe en cuestión; es decir, la sepa-

¹ Véase Resolución XXXII del Acta Final, pág. 670.

² Véase Resolución XXXIII del Acta Final, pág. 670.

³ Véase Documentos CE23/5, y CE23/10 págs. 629 y 638.

ración entre los funcionarios de la Oficina en Washington y las oficinas de campo, o "campo" como en este documento se designa, no parece reflejar la realidad, considerada desde el punto de vista que la Delegación de El Salvador adopta en este sentido. La Delegación de El Salvador está convencida de que la designación de expertos a Oficinas de Zona no constituye necesariamente un paso administrativo en pro de la descentralización, puesto que esa descentralización sólo puede manifestarse asignando expertos a los países y a programas determinados en el campo.

Hay algunas reflexiones que hacer acerca del valor, utilidad y la eficacia del experto asignado a Oficinas de Zona, en comparación con el mérito y valor que ese mismo experto tiene asignado a programas en países.

Si la experiencia de la Zona a la que corresponde mi país puede ser aplicable a otros, podríamos decir que el experto destacado en la Oficina de Zona y llamado a prestar auxilio ocasionalmente a los países de esa zona no es ni podría ser completamente satisfactoria, por cuanto que el experto sólo dispone de muy poco tiempo para conocer, estudiar y reflexionar sobre los problemas que cualquiera de los países podría presentarle para su consideración.

Esta intervención mía podría originar un debate bastante largo, debate, por otra parte, de carácter sustancial; pero estamos viendo que la experiencia que se tiene en los propios países así lo confirma; que la mejor manera de utilizar al experto es acercándolo a la realidad de cada uno de los problemas, en cada uno de los países, y no en las condiciones en que se ve obligado a trabajar, asignado a Oficinas de Zona, que, por una razón u otra, sólo permiten una pasajera observación, una pasajera discusión con los funcionarios de los países de la zona, y muy poco puede ser la ayuda que el experto dé en lo que concierne a consejos o a sugerencias aplicables a la realidad y en la práctica de cada uno de los países si no está íntimamente compenetrado con la complejidad de cada uno de sus problemas.

Para ser más específico, vemos cómo expertos asignados a Oficinas de Zona visitan a los países por períodos de dos, tres o cuatro días, y de ahí deben trasladarse a otro país. El beneficio que podría lograrse de la experiencia de esos expertos (como su nombre lo indica) es muy aminorado por esa circunstancia.

Por otra parte, hemos podido observar la práctica de otros organismos que procuran que sus expertos estén adscritos por períodos suficientemente largos en los países estudiando junto con las autoridades correspondientes problemas específicos; el tiempo que estuvieron asignados a esos países fué lo suficientemente largo para que les permitiera conocer íntimamente los problemas sobre los cuales ellos debían asesorar.

El experto asignado a Oficinas de Zona, en la actualidad, no satisface ese desideratum. Su comunicación, sus relaciones con los países de la zona misma es muy breve para que esa función asesora sea lo suficientemente eficaz.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): ¿Hay alguna otra observación sobre este informe que el Comité Ejecutivo ha sometido a la Conferencia? El señor Delegado de Bolivia tiene la palabra.

El Dr. BROWN (Bolivia): La Delegación de Bolivia, en la lectura del in-

forme que efectuó en relación con los adelantos sanitarios del país, ya presentó una moción en el sentido de que se debiera asignar un miembro permanente de las Oficinas de Zona a cada País Miembro para obtener, así, una mejor supervigilancia y la aplicación apropiada de los programas de la Organización.

La opinión de la Delegación de Bolivia concuerda, en parte, con la opinión del Delegado de El Salvador en el sentido de que los expertos asignados a cada país, muchas veces, no tienen el tiempo suficiente para conocer a fondo los problemas locales ni para efectuar una supervisión permanente y adecuada en la ejecución de los programas de la Organización.

En este sentido, la Delegación de Bolivia está consciente de las dificultades económicas que significa la asignación permanente de personal apropiado por parte de la Organización. También conoce las objeciones que presentó el Comité Ejecutivo en abril de 1952 con relación a la rotación de las Oficinas de Zona; pero cree que tal vez se podría dar alguna forma para que determinado personal de las Oficinas de Zona permanezca más tiempo en los Países Miembros, o sea asignada, permanentemente, parte de ese personal sin incurrir en mayores erogaciones.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): ¿Alguna otra observación?

Es una satisfacción considerar esta resolución. La Mesa interpreta las manifestaciones formuladas por las Delegaciones de El Salvador y Bolivia como comentarios. El señor Delegado de Chile tiene la palabra.

El Dr. HORWITZ (Chile): Las observaciones hechas por los Delegados de El Salvador y de Bolivia, este delegado las ha entendido, tal como se manifestó, como comentarios al proyecto de resolución.

La Delegación de Chile se permitió concurrir con su voto, en la Comisión II, para su aprobación. Sin embargo, vería con agrado incorporar al acta los comentarios hechos por los Delegados de El Salvador y de Bolivia, los que servirían de base para que la Secretaría estudiara la posibilidad de materializar esta idea de tener un representante por país en la Oficina, con el objeto de que no se desarticule la organización zonal actualmente existente.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Tiene la palabra el Delegado del Paraguay.

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay): La Delegación del Paraguay está totalmente de acuerdo con las inquietudes manifestadas por el Delegado de El Salvador y por las otras delegaciones.

Estamos convencidos de que la descentralización ha comenzado con las autoridades zonales, pero creemos que no debe terminar allí. Es un comienzo de descentralización. A nuestro entender, es indispensable que esta descentralización alcance a los países que deben servir, para que los frutos sean a corto plazo cosechados.

En resumen, creemos de necesidad para los países, e igualmente para la Oficina Sanitaria Panamericana, para que ésta cumpla bien su papel, que esta descentralización alcance a arborizarse, si es posible, en los respectivos países que debe servir.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Me permito manifestar al Director y al Secretario, en nombre de la Conferencia, que apreciamos su deseo de servir

de la mejor manera posible a los Gobiernos Miembros y que tenemos la seguridad de que harán cuanto esté a su alcance para atender a los deseos expresados por los Países Miembros. ¿Alguna otra observación? El señor Delegado de El Salvador tiene la palabra.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): Señor Presidente, ¿querría Ud. indicarnos si sobre el tema habrá una resolución específica de parte de la Conferencia y cuál es el texto de tal resolución? Yo no la tengo en mis documentos.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El texto de la resolución que está en consideración figura en el Informe Final de la 23a Reunión del Comité Ejecutivo. ¿Puede decirnos, señor Secretario, dónde aparece en el volumen de documentos de trabajo?

El SECRETARIO: El Comité Ejecutivo adoptó la Resolución V, que dice así:

“(1) Manifiestar que ha visto satisfechos con este Documento CE23/5 y Nota informativa CE23/10 los deseos del Comité Ejecutivo de que se realice un Programa de Economías y Descentralización en la Oficina Sanitaria Panamericana; y (2) Tomar nota de este informe y transmitirlo a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, con la recomendación de que sea aprobado.”

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Esa es la resolución en consideración; concretamente, que el Comité Ejecutivo solicita o más bien recomienda a la Conferencia que apruebe el documento. ¿Hay alguna objeción a la aprobación del documento con los comentarios formulados, que constarán en el acta? El señor Delegado de El Salvador tiene la palabra.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): No se trata de aprobar el informe, sino de tomar nota de él. Se trata de un documento que hace una narración de hechos ocurridos, y no de expresiones generales de política positiva o negativa, en un sentido u otro.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): ¿Está de acuerdo la Conferencia en que, en lugar de aprobarlo, lo dé por recibido y se tome nota de él con los comentarios que se han formulado acerca de los problemas de la descentralización y la necesidad de mantener una mayor continuidad de servicio en relación más estrecha con los programas en los distintos países? No habiendo objeción alguna, se tomará nota del documento en la forma señalada.

Se toma nota.¹

Tema 25: Unidad de Acción en los Programas de Salud Pública en la Región de las Américas ²

El Secretario da lectura íntegra del documento sobre este tema y da cuenta de los anexos al mismo.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): ¿Hay alguna resolución del Comité Ejecutivo en este documento o sencillamente hemos de tomarlo en consideración

¹ Véase Resolución XXXIV del Acta Final, pág. 671.

² Véase Documento de trabajo CSP14/34 y anexos, pág. 639.

y abrir la discusión sobre él? En este caso, la Mesa sugiere que se tome en consideración e invita a los señores delegados a que expresen su opinión. El señor Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. SEGURA (Argentina): Sencillamente, quería hacer una consideración sobre la situación a que se refiere el documento en consideración, que ya hicimos en la Séptima Asamblea Mundial en Ginebra, en mayo de este año, cuando se trató del Presupuesto de la Organización Mundial de la Salud, y el señor Director General de la Organización nos anunció la disminución de los medios con que debía desarrollar la labor y solicitó un aumento del presupuesto general de cerca de dos millones de dólares, cantidad que fué reducida, por sucesivas propuestas, a la suma de novecientos mil dólares.

Dijimos, en ese momento, que había un hecho sumamente fundamental y es la gran confusión con la cual nuestros gobiernos canalizan los dineros que dan para los presupuestos de la nación y para las cuotas extraordinarias voluntarias a las distintas organizaciones de que forman parte.

Es de gran importancia que los gobiernos tengan una conciencia clara de que el dinero necesario para una acción sanitaria sea otorgado, con plena conciencia, a los organismos específicos de acción sanitaria, y de cuanto con poco estudio o con generosidad a veces se da a ciertas organizaciones, que se ven con una cantidad de dinero ingresada que deben invertir para justificar su ingreso, que penetran con demasiada facilidad en un campo ajeno, saltan las barreras e interfieren las actividades que deben ser netamente sanitarias y de las organizaciones constituidas específicamente para tales fines.

Por eso, nosotros aspiramos, al principio, al aumento del presupuesto de la Organización Mundial de la Salud, porque creímos que la Organización podía cumplir sus acciones, moderando ciertos gastos, canalizando bien y, sobre todo, llamando la atención, como ya dijimos, a los representantes de los gobiernos, como lo hacemos también aquí en este momento, que uno de los motivos por los cuales puede haber ciertas dificultades para las organizaciones sanitarias, como lo ha puesto de manifiesto en varias oportunidades el Director de la Oficina, es, en buena parte, que los gobiernos mismos disponen de los fondos y no estudian bien la manera cómo los entregan, a quiénes deben darlos para rendir el máximo en lo sanitario, puesto que cuando los dan a otras instituciones, sin un fin bien prefijado, más que beneficiar a la acción sanitaria perturban la realización de los programas sanitarios, y eso trae un poco de dificultades en el manejo de la organización sanitaria en el Continente.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Tiene la palabra el señor Delegado de Costa Rica.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): De nuevo tenemos ante nosotros el mismo problema que fué mencionado por la Delegación de Costa Rica al comentar el informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Este problema se presenta periódicamente. Sale a relucir con relación al programa, con relación al presupuesto, con relación a los gastos locales de asistencia técnica, y muere otra vez. En la siguiente reunión de la Organización, ya sea de la Conferencia, ya sea del Consejo Directivo, se vuelve a presentar la dificultad, se

vuelve a hablar de ella; todos salimos notificados de su importancia, pero en realidad nunca hemos tomado ninguna acción coordinada.

Yo no sé si sería oportuno aquí recordar que hay un organismo político que es el ECOSOC, y que ese organismo político tiene un Consejo y que dicho Consejo tiene representantes de los países de América, y que son ellos los que resuelven esos problemas. Y, como fui ya informado en una investigación que realicé personalmente, nunca ninguno de estos representantes políticos en el ECOSOC ha tenido contacto con ningún gobierno ni ha recibido instrucciones de su gobierno con respecto a los asuntos que nos preocupan.

¿Qué es lo que tenemos que hacer? Saber cuándo se reúne el ECOSOC, qué puntos son los que hay que defender para facilitar la acción de estos programas, y, por medio de los Ministerios de Relaciones Exteriores, hacer llegar, por la vía establecida, a los representantes en el Consejo del ECOSOC instrucciones específicas, y, sobre todo, darles bases e informaciones completas para que ellos puedan defender nuestros intereses.

Creo que, en realidad, es una falta de coordinación dentro de los mismos países lo que crea este problema. Y pregunto si la Oficina no podría ayudarnos a coordinar esto, avisando con suficiente anticipación a la reunión próxima del ECOSOC cuáles son los puntos peligrosos y que debemos defender, y solicitando a los gobiernos que inicien sus gestiones, por la vía diplomática, para presentar nuestros puntos de vista en el Consejo.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado del Uruguay tiene la palabra.

El Dr. CAPPELETTI (Uruguay): La Delegación del Uruguay apoya integralmente lo sostenido por la Delegación de la Argentina y por la Delegación de Costa Rica. Además, el Uruguay en la reunión de La Habana planteó un problema semejante a éste. Por otra parte, tengo entendido que ya el ECOSOC tomó una medida a ese respecto, o, por lo menos, hizo el planteamiento a la Organización Mundial de la Salud. De manera que yo apoyo también lo propuesto por el Delegado de Costa Rica al efecto de que nuestros gobiernos hagan sentir su manera de pensar en estos problemas.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado de El Salvador tiene la palabra.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador): En la reunión de La Habana, el Consejo Directivo tomó una resolución encomendándole al Director que hiciera presente a los gobiernos la preocupación del Consejo acerca de esta falta de coordinación de los propios gobiernos, en relación con la intervención de otros organismos internacionales dependientes de las Naciones Unidas, y de los cuales forman parte los propios gobiernos.

Yo no sé si esto sería apreciado, pero de antemano consideraría útil que la Conferencia Sanitaria Panamericana adoptara una resolución llamando la atención del ECOSOC hacia estos problemas que surgen como resultado de las resoluciones de ese cuerpo político que, en determinadas circunstancias, por cuestión de cambio de nombre, se constituye en un Comité de Asistencia Técnica; señalando sobre todo las dificultades que están surgiendo en la unificación de los pro-

gramas de salud pública en las Américas, para que este organismo político de las Naciones Unidas ayude en alguna forma a resolver el problema que estamos comentando.

Creo, por consiguiente, que se debiera adoptar una resolución para ser transmitida al ECOSOC, como cuerpo definido de carácter político internacional, por parte de esta Conferencia Sanitaria Panamericana, que es también un cuerpo definido de carácter internacional.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El Delegado de El Salvador acaba de hacer la sugerencia de que esta Conferencia se dirija oficial y formalmente al ECOSOC llamando su atención sobre esta materia. Esa proposición va más allá de lo que se sugiere en el informe en consideración, en el que se establece claramente el hecho de que tal vez algunos de los problemas corresponden a los respectivos Gobiernos Miembros; en otras palabras, que principalmente nos incumben a todos nosotros. Ahora bien, como ya hemos señalado, está en consideración la proposición del Delegado de El Salvador, en el sentido de que nos dirijamos directamente al ECOSOC. El Señor Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): En este problema de la Asistencia Técnica hemos tenido, en otras oportunidades, intervención bastante directa. Y hemos intentado, por lo menos, un estudio de las causas de la quiebra económica de la Asistencia Técnica.

En principio, en doctrina, en tesis general, estamos de acuerdo con la consideración establecida por el Delegado de El Salvador. En lo que diferimos es en el *modus operandi*, porque no procede que la Conferencia Sanitaria Panamericana se dirija al ECOSOC. En cambio, el objetivo que desea plantear el Delegado de El Salvador, y con el cual podríamos estar de acuerdo, es que se puede obtener por otra vía más directa, aunque nunca más directa fuera dirigirse al ECOSOC. Entiendo que la Conferencia puede hacer una recomendación a los Países Miembros, y, por consiguiente, dirigirse a los miembros integrantes de la Organización, para que nuestros respectivos gobiernos, a solicitud y por recomendación de esta Conferencia Sanitaria Panamericana, instruyan, si lo tuvieren a bien, a sus representantes en las Naciones Unidas; porque al propio tiempo el ECOSOC no es un organismo totalmente integrado por todos los miembros de las Naciones Unidas. No, es un comité económico-social del que forman parte 18 países; pero todos son miembros de las Naciones Unidas, y, claro está, allí puede perfectamente abrirse paso a la moción de los gobiernos, de instrucciones de los diferentes comités, o, aun también, está la línea directa de nuestros gobiernos de dar a la Secretaría General de las Naciones Unidas, cualquier tipo de recomendación, para sus diferentes organismos. Entiendo que ahí estaría la vía normal de conexión. Podemos resolver el problema económico de asistencia técnica vía ECOSOC.

Mientras no estimulemos a los representantes de los gobiernos a defender nuestros postulados en el seno de dicha organización, y es realmente lamentable, y cualquiera que consulte las Actas de la última reunión de ECOSOC en Ginebra, desgraciadamente encontrará a nuestro representante, el Director General, el Dr. Candau, batiéndose solo prácticamente, frente a la ofensiva implacable del Comité

de Asistencia Técnica, cuyos detalles no describiré en este momento, pero que fueron objeto de un estudio muy meticuloso en Ginebra el año pasado y aun el año antepasado, donde comenzó el incidente: el descenso lento, gradual y progresivo económico en el campo de la Asistencia Técnica; mientras, repito, subsista el régimen vigente en el Consejo Económico y Social, que a su vez maneja el Consejo de Asistencia Técnica, que distribuye los créditos de esta asistencia, mientras la asistencia técnica sea, además, un fondo que se nutre por donación espontánea de los países (con la palabra "espontánea" me refiero a que no es una cuota, sino que es una contribución libre que los países entregan, claro, por gestiones muy reiteradas de las Naciones Unidas, pero no es cuota), ahí, pues, está el primer motivo de quiebra.

Colectados los dineros de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas se distribuyen entre los grupos de organizaciones técnicas especializadas de la NU, entre las que figura la nuestra, la OMS. Pero, a la vez, este Consejo de Asistencia Técnica, esta comisión técnica directiva, en la cual resalta un personaje de alta capacidad selectiva, con derecho a veto de programa, en orden de prioridades y de extensión, el Director, cargo creado últimamente, hace apenas dos años, en las Naciones Unidas, antes de salir el último Secretario General de las Naciones Unidas, dándole a este funcionario nueva capacidad extraordinaria por encima de los asesores técnicos: otro motivo de quiebra considerable de la asistencia técnica, en lo cual algunos programas eminentemente técnicos quedaron supeditados a la opinión de un elevado funcionario no técnico en la materia, que incluso se permitió, en el seno de la plenaria mundial, declarar que las cuestiones sanitarias no formaban parte de la economía de los pueblos. Los que consulten la documentación verán qué gran debate se produjo y cómo este señor llegó allá con tres asesores técnicos económicos, de entre los cuales ninguno resultó siquiera economista letrado, pero que él había elevado a tan alta categoría por el derecho legítimo de selección que él tenía para poder buscar a sus asesores, y que, respondiendo precisamente a preguntas del que les habla, y todavía quiero recordar el hecho de que en aquel entonces era miembro del Consejo Ejecutivo el Dr. Allwood Paredes de El Salvador, le fué muy difícil explicar los fundamentos de su concepto del tecnicismo y de por qué dudaba de las prioridades de nosotros en cuestión de auxilio económico.

Esto, simplemente, y de ello habría mucho que hablar, son causas fundamentales que debilitan, a mi juicio, la acción de la Asistencia Técnica.

Mientras la Asistencia Técnica continúe con ese tipo de régimen interno, donde las organizaciones técnicas sean meros canales de desarrollo del programa, pero cuyo programa quede supeditado a la aprobación suprema de este organismo y al determinismo económico de esta clase de reglamentación, no hay grandes posibilidades de mejorar nuestro auxilio económico.

Todo esto debería explicarse en un memorándum por la Secretaría, que lo conoce muy bien, por nuestro Director, quien ha oído y asistido activamente a estas reuniones del Consejo Ejecutivo de Ginebra, para que, en poder de nuestros gobiernos, se ilustrara convenientemente a nuestros mandatarios de esta realidad; porque yo no quedaría satisfecho si no declarara aquí honradamente, con toda sinceridad, que nuestros organismos superiores estatales, en oportuni-

dades, desgraciadamente, viven un poquito al margen y a espaldas de estos organismos técnicos especializados. Y que nuestros Ministros de Relaciones Exteriores, nuestros Ministros de Finanzas comprometen y casi atropellan al Ministro de Salubridad, quien no encuentra eco, porque el de Relaciones Exteriores le da prioridad a lo político, el de Hacienda le da prioridad a la distribución interna de sus cuestiones económicas, y el pobre técnico sanitario no tiene en qué apoyarse, ni en el Ministro de Relaciones Exteriores ni en el Ministro de Hacienda. Mientras, por una parte, lo estamos impeliendo a que nos levante los caldos, cuando no nos deja comer, por otro lado, en cambio, le estamos pidiendo que nos dé auxilio en el orden representativo, y no tiene salida al exterior, como representación externa. Mientras nuestros gobiernos, incluyendo en el término gobierno al Jefe del Estado, que a veces es el paño de lágrimas y que definitivamente resuelve, y a los Ministros de Finanzas y de Estado, respectivamente, para que le expliquen la realidad dolorosa de lo que es esto para que entonces nuestros gobiernos le digan a nuestros representantes lo que hay que hacer en las Naciones Unidas. El problema no está aquí, sino en las Naciones Unidas, y dentro de las Naciones Unidas en nuestro representante en el ECOSOC. Esa es la vía clásica por excelencia.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): La Presidencia se permite interrumpir al Delegado de Cuba, que está expresando lo que todos nosotros sentimos, y compartimos y conocemos tan bien, puesto que creo que ha sugerido que, como se señala en el documento en consideración, la labor nos corresponde hacerla en nuestros respectivos países, actuando cerca de nuestros gobiernos.

Creo que ha sugerido también que esta es la vía adecuada y que la proposición formulada en el sentido de que esta Conferencia se dirija directamente al ECOSOC no tendría efectividad.

¿Hay algún disentimiento en cuanto a esa sugerición?

Así, pues, consideraremos que cuenta con el asentimiento de la Conferencia, es decir, que tomamos nota de este documento y se solicita de la Secretaría de la Oficina que mantenga informados a los Gobiernos Miembros de las cuestiones que se van a tratar en el ECOSOC, con el objeto de que todos nosotros hagamos lo posible por mejorar esta situación. El señor Delegado de Chile tiene la palabra.

El Dr. HORWITZ (Chile): El asunto es bastante delicado y complejo. Basta sólo ver el gráfico que acompaña al documento para darse cuenta de que es un laberinto desde todo punto de vista, y el gráfico demuestra la dificultad que hay para resolverlo.

De toda suerte, a esta delegación le agradecería conocer la opinión del Director respecto a cuál podría ser una solución práctica, una solución efectiva que contribuya a resolver el estado actual de cosas.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Tiene la palabra el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El Dr. SOPER (Director, OSP): Nosotros hemos presentado el documento en cuestión, el cual pone de manifiesto, en realidad, una confusión acerca de la cual no tenemos claramente una idea de cómo se pueda resolver.

Debemos recordar que hace dos años, más o menos, se nos planteó el pro-

blema de las subsistencias. En esa época, la Oficina Sanitaria Panamericana, por autorización de los cuerpos directivos, se puso en comunicación con los representantes de los diferentes gobiernos, especialmente los gobiernos que en aquel entonces formaban parte del Consejo del ECOSOC. Este, después de recibir varias respuestas de los gobiernos, apoyando nuestra solicitud, cuando se reunió aquí en Santiago, aprobó unánimemente la proposición que nosotros estábamos combatiendo.

Francamente, estoy medio desilusionado acerca de las posibilidades, porque la decisión tomada por ECOSOC, en julio de este año, quita la posibilidad de negociar programas de Asistencia Técnica directamente con las autoridades sanitarias de los países y establece programas políticos para cada país en vez de programas técnicos de las organizaciones especializadas; este programa, este propósito no solamente ha sido aprobado por unanimidad, sino que ha sido propuesto y secundado por representantes de los países americanos.

Esto deja al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en una posición en que ya no tiene más posibilidades; por eso hemos presentado este esquema de laberinto, porque creíamos que era el único documento que podía reflejar la situación que existe. Junto con este documento, hay un cuadro, una tabla de las contribuciones hechas a las diferentes organizaciones durante los últimos siete años. Todo ello demuestra que el dinero de la Organización Sanitaria Panamericana y de la Organización Mundial de la Salud viene en los análisis finales de los mismos gobiernos, de donde vienen todos los otros fondos.

No sirve de mucho que nosotros sintamos esta situación. Es una situación que pocos entienden; los mismos políticos, que son los que han contribuido a este laberinto, no entienden sus ramificaciones.

Creo que solamente con la actividad de las autoridades sanitarias dentro de cada país, trabajando con las organizaciones políticas, es como se puede conseguir una mejoría.

En estos momentos, la única esperanza para el futuro, es que en el Congreso de los Estados Unidos, durante los meses en curso, se está haciendo un análisis de la situación sobre las contribuciones internacionales a la Asistencia Técnica y a las organizaciones especializadas; no sabemos cuál será el resultado de este estudio, pero demuestra que nuestras palabras del año pasado, cuando dijimos que la situación actual no podía subsistir por mucho tiempo, constituían una declaración bien fundada.

Si algo puede hacer esta Conferencia, estoy de acuerdo en que debe hacerse a través de la actuación de nuestros propios gobiernos, que éstos apoyen unánimemente y sustenten nuestro programa en el ECOSOC.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): ¿Alguna otra observación? El señor Delegado del Ecuador tiene la palabra.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): Me parece que han sido de lo más importantes las observaciones hechas aquí en relación con este documento; observaciones que, felizmente, no han llegado aún a una proposición concreta que determine la acción que pudiéramos ejercer para obtener la ratificación del Consejo Económico y Social.

Realmente, he seguido con mucho interés las discusiones y me parece que la única manera de actuar para enmendar esta resolución, que, a nuestro juicio, perjudica tanto la actividad de las organizaciones especializadas como ésta nuestra, es justamente ésta de recomendar a nuestros gobiernos, tanto por intermedio de esta Conferencia como por intermedio de la acción que pueden ejercitar las autoridades y las organizaciones sanitarias dentro de nuestro país, recomendar a nuestros gobiernos, repito, para que ellos a la vez instruyan a los representantes en las Naciones Unidas y en los organismos que tienen acción en el Consejo Económico y Social, para revisar esta resolución oportunamente y demostrar la necesidad de que esta contribución para la Asistencia Técnica debe mantenerse a través de las organizaciones especializadas.

Me permito proponer que se formule una resolución de la Conferencia en el sentido indicado; y no sólo de la Conferencia Sanitaria Panamericana, porque si ahora, dentro de las modalidades que actúan en la Conferencia, en muchas oportunidades los problemas que debatimos aquí de orden técnico y cuando ellos involucran la política sanitaria internacional, de una u otra manera son a veces resueltos, ya por influencias, a veces por resoluciones previas de nuestros organismos gubernamentales políticos, nuestras cancillerías; sino que también podemos ir a nuestros gobiernos y a nuestras cancillerías por conductos específicos cuales son los Ministerios de Salubridad, en algunos lugares. Podemos ir a nuestros gobiernos y solicitarles a la vez que reviertan la acción hacia el representante político en el organismo internacional, con objeto de obtener una modificación de una resolución que unifique a estas organizaciones.

De manera, pues, que haría proposición concreta, en cuyo caso se podría redactar un proyecto de resolución que podría ser presentado a la consideración del plenario próximo de la Conferencia, para que sea aprobado o no.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): La Mesa considera que las apreciaciones formuladas, tanto en el curso de la discusión como en el informe, coinciden con lo que el Dr. Montalván ha expresado con tanto acierto; salvo que él propone una resolución encaminada a reforzar la posición de las autoridades sanitarias al tratar con sus respectivos gobiernos. ¿Es esa su propuesta, Dr. Montalván? ¿Es ese el deseo del Delegado del Ecuador? Entendemos que se ha solicitado que se prepare una resolución. ¿Alguien quiere hacer uso de la palabra sobre esta proposición? ¿Hay alguna objeción? El señor Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Dr. BRADY (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Estimamos que esta discusión se refiere a una situación muy delicada; y estoy seguro de que otros señores delegados estarán de acuerdo conmigo en que, si se ha de considerar una resolución sobre este asunto, sea presentada por escrito a fin de que tengamos la oportunidad de leerla y estudiarla detenidamente.

En cuanto a la situación actual, tenemos entendido que la resolución adoptada por el ECOSOC está ahora pendiente de decisión por parte de la Asamblea General. La resolución, tal como ahora está redactada, entrará en vigor el 1° de enero de 1956. Es posible que la Asamblea General decida demorar la aplicación de la resolución del ECOSOC cuando la considere dentro de unas semanas. Me ha parecido oportuno facilitar esta información a los señores delegados.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): La Mesa entiende que la proposición del Delegado del Ecuador supone la preparación de una resolución por escrito para ser sometida a consideración en una próxima sesión plenaria. El señor Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. SEGURA (Argentina): Evidentemente, tomar una resolución de esta naturaleza es un acto de bastante compromiso para los delegados frente a nuestros propios gobiernos.

Quizás fuera más práctico que esta Conferencia delegara para el próximo Comité Ejecutivo el estudio de esta cuestión y la propuesta de alguna acción a cumplir y eso daría tiempo a meditar y, aun, a consultar a nuestros propios gobiernos cómo verían estas presentaciones. Porque puede ser que nuestros gobiernos consideren que nos podemos estar excediendo en la consideración de presentar notas a los organismos políticos y a los Gobiernos Miembros.

Quizás sería más práctico llevar verbalmente a nuestras autoridades lo que aquí se ha expuesto y encargar la posibilidad de encontrar alguna solución al próximo Comité Ejecutivo, que puede ir haciendo esta labor con la calma y tiempo que debe tenerse para una resolución de esta naturaleza.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): La Delegación de Cuba se pronuncia a favor de que esta Conferencia estudie un proyecto de recomendación a los gobiernos que integran la Organización, cuyo texto se preparará oportunamente, porque el hecho cierto, indubitable, es que la disposición 222 del ECOSOC, precisamente ésa, es lesiva completamente a los intereses de los organismos especializados del tipo nuestro y, supraespecíficamente, para nosotros.

Entonces, estamos en el deber de decírselo a nuestros gobiernos, en eso no hay falta de respeto, no hay extralimitación, ni hay incursión en el campo político; eso es un deber de nuestra Conferencia. Y, además, las autoridades sanitarias encontrarán en esa recomendación un respaldo para apoyarse con sus gobiernos respectivos, las razones que tienen para solicitar eso. El gobierno hará lo que procede y debe y quiera; pero nosotros debemos llamarle la atención.

La Delegación de Cuba, concretamente, apoya que se prepare un proyecto de recomendación de la Conferencia.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): ¿Hay alguna otra observación? Tiene la palabra el señor Delegado de Chile.

El Dr. HORWITZ (Chile): Sólo para agregar que nosotros estamos de acuerdo con la Delegación de los Estados Unidos en el sentido de que se difiera todo pronunciamiento hasta tener a la vista un proyecto de resolución escrito.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): ¿Hay alguna objeción, entonces, a que se prepare un proyecto de resolución que, por lo menos, podamos considerar, sin perjuicio de que se adopte o no? El señor Delegado del Ecuador tiene la palabra.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): Justamente el sentido de mi proposición es que se prepare un proyecto de resolución escrito a este respecto.

Nosotros hemos conocido el problema y creo que estamos informados perfectamente sobre él y, ante este problema, creo que estamos no sólo en el derecho, sino en el deber, de expresar a nuestros gobiernos el sentir de esta Conferencia; cómo esta Conferencia de higienistas ha recibido esta situación; con qué espíritu de inquietud de alarma, quizás, si pudiéramos decir, ha recibido esta situación que puede perjudicar la labor futura.

Entonces, nosotros que hemos sido enviados por nuestros gobiernos, justamente para deliberar, para llevarles el sentido de esta Conferencia, para llevarles la impresión de la situación de la política sanitaria internacional en América, entonces, nosotros vamos a decirles a nuestros gobiernos, por medio de una recomendación, cómo podría ser beneficioso para la marcha de la Organización Sanitaria Panamericana, que esta resolución del Consejo Económico y Social sea revisada y, por consiguiente, que instruya a los delegados de los gobiernos a las Naciones Unidas para ver la forma como esta resolución puede ser revisada. Naturalmente, no resolverlo con la improvisación de los términos que aquí se han mencionado sino bajo la meditación de dos o tres personas que redacten una resolución y sea sometida mañana a consideración.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Tiene la palabra el señor Delegado del Paraguay.

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay): La Delegación del Paraguay está de acuerdo con que se estudie un proyecto escrito. Quizás convenga designar una comisión compuesta por tres delegados, por ejemplo, para que estudie y redacte este proyecto de resolución y mañana se ponga a consideración de esta plenaria.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): La Mesa desea cerrar la discusión sobre este asunto, puesto que al parecer hay acuerdo en que, por lo menos, estamos dispuestos a considerar un proyecto de resolución.

¿Hay alguna propuesta para la designación de los tres miembros que han de integrar el grupo encargado de redactar este proyecto?

En caso contrario, la Mesa designaría, sujeto a la aprobación de la Conferencia, a los señores Delegados del Ecuador, Cuba y Argentina, para preparar un proyecto de resolución.

El señor Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. SEGURA (Argentina): Preferiría declinar esa designación, señor Presidente.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Entonces designamos al señor Delegado del Uruguay. El señor Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): No tengo ningún inconveniente en trabajar con este comité en cuanto pueda en relación con el proyecto de resolución; pero rogaría a la Presidencia que este comité de trabajo fuera reforzado con la presencia de un delegado de los Estados Unidos, por dos razones: primero, de carácter idiomático, porque habrá la versión inglesa y la versión en español y, además, por las indiscutible trascendencia que esta delegación puede tener en el momento que el problema se resuelva.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): La Presidencia agradece esta sugerencia de la Delegación de Cuba y pide a la Delegación de los Estados Unidos que forme parte de ese grupo. Considera igualmente que, en vista del estudio que el Delegado de Cuba ha realizado sobre este asunto, su colaboración será de suma utilidad.

Por lo tanto, el grupo estará formado por los señores Delegados de los Estados Unidos, Uruguay, Ecuador y Cuba.

Aprobado.

Tema 35: Programa de Asistencia Técnica para 1955

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Ya es bastante tarde. Tenemos un asunto estrechamente relacionado con el anterior, el Tema 35, que también se refiere a la Asistencia Técnica. Podría ser tratado al mismo tiempo, pidiendo sencillamente al grupo de trabajo que lo estudie.

Si la Conferencia está de acuerdo pediremos al grupo de trabajo que prepare un proyecto de resolución, teniendo también en cuenta este documento sobre el Programa de Asistencia Técnica para 1955,¹ en el que, a solicitud del Director General de la OMS, el Director somete a la atención de la Conferencia la resolución 41 aprobada en la Séptima Asamblea Mundial de la Salud. ¿Hay alguna objeción a que sigamos este procedimiento? Consideraremos, pues, que hemos concluido con el punto 6 del orden del día.

Aprobado.

Continuación de la Sesión

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Dado lo avanzado de la hora y el tiempo que se requeriría para examinar otro tema, la Mesa propone que se levante la sesión una vez que el señor Secretario haya dado cuenta de algunas informaciones. El señor Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. SEGURA (Argentina): Son las siete menos cinco de la tarde. Si levantamos la sesión en esta situación, vamos a tener que hacer una sesión nocturna. Creo que es preferible seguir trabajando de siete a ocho y media, con lo cual podremos terminar el temario, ya que no hay ninguna reunión social, ninguna obligación, esta noche.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado de Costa Rica tiene la palabra.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): La Delegación de Costa Rica apoya la proposición del Delegado de la Argentina.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Se acuerda, entonces, que continúe la sesión. Pasamos al siguiente punto del orden del día. El Secretario tiene la palabra.

¹ Documento CSP14/21, no publicado.

Tema 26: Selección de Temas para las Discusiones Técnicas que Tendrán Lugar Durante la VIII Reunión del Consejo Directivo, VII Reunión del Comité Regional de la OMS (1955)

El SECRETARIO: El documento de que voy a dar cuenta contiene un asunto relativamente breve.

Excusaré los antecedentes y recordaré que el Director General de la OMS ha comunicado al Director de la Oficina la resolución adoptada por la Séptima Asamblea Mundial de la Salud, en la que se fija como tema de las discusiones técnicas de la Novena Asamblea (eso será para 1956 en Ginebra) el siguiente: "La enfermera, su educación y su función en los programas de salud pública."

Hay que recordar también que el Comité Ejecutivo en su 22a Reunión, cuando seleccionó los tres temas de las discusiones técnicas para la Conferencia, dejó a un lado dos temas: uno, sobre los problemas relativos a la selección de estudiantes para las escuelas de medicina, y otro, sobre los problemas relativos al adiestramiento de inspectores sanitarios.

Ahora bien, el Consejo Ejecutivo de la OMS, en su Resolución 19 adoptada en la 14a Reunión, invitó al Director General a que realizara un estudio sobre la conveniencia de que en las reuniones regionales se tratara el mismo tema seleccionado por la Asamblea Mundial de la Salud para sus discusiones técnicas.

Por su parte el Director de la Oficina estima, teniendo en cuenta la actualidad del tema elegido y la importancia que tiene para la Región de las Américas, que pudiera ser seleccionado para las próximas discusiones técnicas que han de celebrarse en la VIII Reunión del Consejo Directivo en 1955.

En la parte dispositiva del proyecto de resolución que figura en este documento, el primer párrafo contiene nada más que la línea en blanco para poner la selección del tema que se adopte, y siguen las siguientes recomendaciones:

(2) Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que comunique a los Ministerios de Salud Pública de los Gobiernos Miembros de la Organización el tema elegido para las discusiones técnicas.

(3) Autorizar al Director para que designe un experto que se encargue de presentar una exposición sobre el tema seleccionado (el que sea). (En el caso de que se aprobara el tema seleccionado por la Asamblea Mundial de la Salud, entonces, se añadiría el siguiente párrafo.)

(4) Comunicar al Director General de la Organización Mundial de la Salud que el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana (sería "la Conferencia Sanitaria Panamericana"), Comité Regional de la OMS, estima conveniente la celebración de discusiones técnicas en las reuniones regionales sobre el mismo tema seleccionado por la Asamblea Mundial de la Salud.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): ¿Qué tema desea elegir la Conferencia? El señor Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. SEGURA (Argentina): Según lo entendemos, se propone para las discusiones técnicas del año 1955 el tema: "La enfermera, su educación y su función en los programas de salud pública;" es decir, un solo tema. Así que nos desviamos del hábito de nuestras reuniones de elegir un número de temas, y no exclusivamente uno.

Esta recomendación que hace la Organización Mundial de la Salud, en realidad, parece un poco coercitiva para lo que podamos pensar los Países Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana. Puede convenir tomar en cuenta esta resolución, pero podemos elegir lo que a nosotros nos dé gusto y gana para resolver dentro de nuestra Organización.

Yo no estaría de acuerdo con que tomáramos como cartabón permanente esta guía dada por elementos de la Organización Mundial. Podemos coincidir con el tema, como podemos no coincidir. El tema puede ser muy bueno para la Organización Mundial y no serlo tanto para nuestra Región.

Venimos supeditando ciertos temas, de un cierto tiempo a esta parte, sin que podamos hacer entrar temas de interés. Para esta reunión décimocuarta de la Conferencia Sanitaria Panamericana nos limitamos a que se iban a tratar como temas aquellos derivados de los informes de los Gobiernos Miembros. Quiere decir que hace un tiempo que no podemos establecer nada que convenga a nuestra Organización.

Yo admitiría, quizás, que un tema pudiera ser tratado como piensa la Organización, por deferencia y colaboración con la Organización Mundial, pero no veo por qué deben limitarse exclusivamente a un solo tema nuestras discusiones técnicas.

Por otra parte, el tema "La enfermera, su educación y su función en los programas de salud pública" es un *leitmotiv* permanente de la Organización Mundial. En el año 1950 ya oí una discusión que duró una cantidad de días sobre el valor de la enfermera, y estamos siempre alrededor de la enfermera. Y la enfermera no podrá hacer más que aquello que pueda hacer una enfermera, por más estudios que hagamos y por más situación que podamos darle dentro de nuestra sanidad.

Por lo tanto, creo que nosotros podríamos adoptar el tema, si se quiere, pero es necesario tomar en consideración otros temas dentro de nuestra Organización.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): La Mesa no interpretó la solicitud ni como una limitación ni como obligatoria. El texto inglés dice sencillamente que el Consejo Ejecutivo de la OMS solicita que los Comités Regionales consideren la conveniencia o no de tratar el mismo tema. Por lo tanto, como ha indicado el señor Delegado de la Argentina, es de la competencia exclusiva de la Conferencia decidir si se ha de tratar ese tema o si, además, desea que se discutan otros. No estamos sujetos a limitación alguna. ¿Algún otro comentario, señor Secretario?

El SECRETARIO: Desearía referirme a la Resolución XXXI tomada por el Consejo Directivo en su V Reunión efectuada en Washington, en octubre de 1951, que posiblemente complementa esta discusión, y cuya parte dispositiva dice así:

El Consejo Directivo, en su carácter de Comité Regional, . . . *resuelve*: 1. Solicitar del Comité Ejecutivo que escoja el tema o temas de discusiones técnicas en la V Reunión del Comité Regional que tendrá lugar en Washington, D.C., en 1953, en forma: (a) que los temas elegidos sean de carácter suficientemente restrictivo a fin de que las discusiones puedan producir resultados inmediatos y prácticos; (b) que los temas elegidos sean de tal naturaleza, que ajusten directamente dentro del radio de acción de los administradores de salud pública, a fin de evitar que los Estados Miembros incurran en el gasto de incluir expertos adicionales en sus delegaciones a las reuniones

del Comité Regional. 2. Solicitar del Director Regional que haga los preparativos necesarios para que tengan lugar las discusiones técnicas durante la V Reunión del Comité Regional y prepare los estimados presupuestarios para la publicación de los trabajos técnicos presentados.

De manera que esas consideraciones se tuvieron en cuenta en la redacción de este documento. Esto es simplemente informativo.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Está en consideración la cuestión del señor Delegado de la Argentina acerca de si es posible o no aceptar el tema relativo a la enfermera. ¿Alguna otra sugestión? El señor Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): La Delegación de Cuba tiene deseos de hacer algunas reservas y consideraciones en torno al tema de "Discusiones Técnicas".

En primer lugar, cree la Delegación de Cuba que debería revisarse y apreciarse con exactitud el valor real de las llamadas discusiones técnicas. Y digo "llamadas discusiones técnicas," porque en la forma actual, en técnica pura, lo que estas discusiones cubren tiene un porcentaje bastante bajo.

Somos partidarios, desde luego, de que se tenga en cuenta la técnica y, al propio tiempo, no solamente la técnica sino los fundamentos de la técnica; es decir, los fundamentos científicos que ilustran y aportan las medidas técnicas a aplicarse en el campo sanitario.

En este sentido, encontramos que es útil y conveniente que a las reuniones de la Organización, me refiero al Consejo, que son reuniones anuales, vaya algún tema de esta naturaleza. Pero es que no solamente se trata del Consejo; es que se trata de la Conferencia en cuyo seno nos encontramos, que tiene un límite de convocatoria más prolongado.

Quiero recordar a los señores delegados, y de paso a la Mesa y especialmente a la Secretaría, que la Delegación de Cuba introdujo por el canal oficial una moción relativa al campo de esta naturaleza bajo el título "Congreso Interamericano de Higiene" y que está en íntima relación con este tema.

Yo no comprendo cómo es posible que, en el seno de la Conferencia y bajo el margen estrecho de las llamadas discusiones técnicas, se considere que esto cubre la intención y la extensión de un congreso científico. Ahora mismo acabamos de tener las discusiones técnicas. . . . Yo no voy a entrar en el fondo de la materia, pero me dirijo a los técnicos que puedan estar escuchándome, y yo me pregunto cómo es posible que, desde el punto de vista técnica y en un foro científico, se pudiera haber hablado de bacteriología, de hepatohemias, de diarreas infantiles y, cuando se contrae el problema específico de la salmonelosis y, por lo tanto, de *Salmonellae*, no se haya hecho, en el texto del documento, ni siquiera una referencia a la importancia de su clasificación bacteriológica ni de la identificación de su tipo. De tal manera que ha quedado totalmente al margen la existencia del Centro de Salmonelosis que radica en Estados Unidos, centro internacional que dirige el Dr. Sanders.

En el debate, sé que se produjeron aclaraciones por la Delegación de Venezuela, especialmente por el profesor Oropeza, y por la de Chile, particularmente por los profesores Scroggie y Ariztía, pero ese informe, y no se alarmen señores porque voy a ser brevísimo, es tan angular y el ponente es tan seccional que no

cubre más que en 23%, si acaso, del campo del tema, ya que toda su casuística la desenvuelve fundamentalmente en las observaciones del Estado de Florida y otras ciudades norteamericanas, donde felizmente no tienen esos problemas. En ese trabajo del ponente no hay una referencia a Hormaeche, el creador de la doctrina de Montevideo que desplazó a la doctrina de Kiel que es el fundamento dogmático del conocimiento de la salmonelosis hoy día. En ese trabajo no hay una sola letra que se refiera al método de clasificación, y donde se habla del método de Kauffmann, es indiscutiblemente necesario para saber qué tipo de *Salmonella* está actuando. Entonces, tenemos un gran documento con gran bombo y celebraciones por los que no son técnicos de la materia, científicamente hablando. Desarrolla un trabajo muy bueno en el campo angular, pero un trabajo muy escaso y deficiente en el campo bibliográfico latinoamericano, donde es, precisamente, el terreno donde mejor se ha estudiado y donde más informaciones se han obtenido. Por esa razón, señores, es un mero ejemplo, no está el problema enfocado con criterio científico, y ese tema en un congreso científico no hubiera podido pasar de esa manera mutilada, porque el ponente hubiera sido obligado a abordar, precisamente en el campo de la bacteriología, la identificación del germen, que no está presente en el trabajo del señor ponente. De manera, pues, que para concluir entiendo, señores, que la ciencia básica no puede olvidarse; que los sanitarios pueden aplicarla a las cuestiones científicas, pero que es muy conveniente que periódicamente se reúnan hombres de ciencia, hombres de laboratorio, hombres de clínica que den el informe científico donde no se produzcan herejías del tipo que se producen en estas reuniones, miradas con mente científica, donde a veces se cometen olvidos y hacen negaciones inaceptables científicamente, que hubiéramos rechazado plena y categóricamente en un congreso y que hemos pasado en esta reunión, porque son simplemente suavizantes discusiones técnicas en el seno de una conferencia sanitaria; pero que están bastante flojitas en el campo científico propiamente dicho. Por lo tanto, Cuba recomienda y afirma que esta Organización necesita tener un foro paralelo científico 100% que no puede ser la misma Conferencia, sino paralelo, patrocinado y amparado por la Conferencia, pero donde asistan los técnicos especializados, los hombres de ciencia, los profesores de la materia, como ocurrió en La Habana, en el Primer Congreso Interamericano de Higiene. Y encuentro una cosa sumamente rara que un foro como aquél donde fueron malariólogos, parasitólogos, donde fueron clínicos y epidemiólogos de fuste y de capacidad reconocida en el orden bibliográfico de la producción americana, no tuviera la natural continuidad de un próximo congreso interamericano de higiene, y terminara como un cabo suelto. Lo que requiere esta Organización es que cada vez que ustedes quieran, en mi concepto cada cuatro años, porque cada 4 años hay materia suficiente que revisar científicamente, hay nuevos aportes, hay nuevas conquistas en la bacteriología y en la biología general, eso no tiene nada que ver con una reunión técnica de grupitos en el seno de una reunión anual, ustedes pueden elegir un tema práctico, pero esto no estará complementado, científicamente hablando, si no lleva paralelamente un congreso científico que Cuba propone que se realice cada cuatro años paralelamente a la Conferencia y como un instrumento propio de la Conferencia, patrocinada por ella, Congreso Interamericano de Higiene que continúe lo que comenzó en La Habana en 1952.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): La Mesa recuerda al señor Delegado de Cuba, en relación a su proposición y a los diversos comentarios que ha formulado, que la cuestión en consideración no son las discusiones técnicas en la próxima Conferencia, sino las discusiones técnicas en la próxima reunión del Consejo. El señor Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): No obstante su observación, señor Presidente, los conceptos son de carácter general y me estoy refiriendo específicamente a negar la oportunidad de que en el Consejo se realicen discusiones técnicas con la amplitud que yo pretendo. De manera que si ese es el punto concretamente, no es el lugar para una reunión técnica.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Tiene la palabra el señor Delegado de Chile.

El Dr. HORWITZ (Chile): Yo le pido excusas a la Conferencia, pero me siento directamente aludido por las manifestaciones del señor Delegado de Cuba. Tuve esta mañana la audacia de decir, como Relator de la Comisión I, que a mi juicio las reuniones de los grupos técnicos tenían todas un denominador común; que este denominador yo lo estimaba un hecho señero en nuestras Conferencias Sanitarias Panamericanas, dada la calidad de las reuniones técnicas que había habido, el interés muy claro de los participantes y sobre todo por la trascendencia de las recomendaciones que se sometían a la aprobación del pleno. Yo estoy un tanto sorprendido de las expresiones del Dr. Hurtado, al calificar particularmente uno de los temas del debate: el control de las diarreas infantiles. Yo me atrevería a afirmar que los miembros de este grupo de trabajo figuran evidentemente entre aquellos que aparecen abundantemente citados en la bibliografía latinoamericana sobre esta materia. Es probable que el trabajo del Dr. Hardy que, personalmente lo estimo excelente, tuviera alguna omisión en el orden de la etiología, pero no debe olvidar el señor Delegado de Cuba que el propósito fundamental del tema era el control de las diarreas infantiles, el control entendido en aquellas aplicaciones prácticas que pueden ser puestas en vigor en cualquier lugar de nuestro Continente. La experiencia diaria demuestra que dada la enorme gravedad de este problema su solución no puede plantearse en términos de laboratorio, complejos de identificación en el detalle de las especies microbianas en presencia. Se agrega el hecho peculiar de que salvo el informe de una sola delegación, en todos los demás países se demuestra que son las shigellas, los gérmenes que con más frecuencia se encuentran en estos cuadros y cuya identificación no requiere, tal vez, tanta complejidad de laboratorio como las salmonellas.

No quiero entrar en discusiones de esta naturaleza, pero me parece que no sería conveniente que quedara sentado en el acta una expresión derogatoria, como me parece a mi se desprende de las frases del Dr. Hurtado, frente a lo que ha sido la opinión unánime de un grupo de respetables expertos. Creo que el mismo criterio se puede aplicar para los demás grupos de trabajo que ya han presentado sus informes y los que están por presentarlos. No debemos olvidar que lo que nosotros perseguimos no son consideraciones un tanto teóricas, sino aquellas aplicaciones de carácter práctico que nuestros servicios nacionales de salud pueden realizar en nuestras condiciones actuales de trabajo. Por otra parte, concuerdo

con el señor Delegado de Cuba que es interesante perpetuar la iniciativa del gobierno de su país de establecer congresos de esta naturaleza que coincidan con las reuniones de la Conferencia.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Señor Presidente, pido excusas, voy a tomar solamente dos minutos por haber sido aludido directamente por el Delegado de Chile, no habiéndolo aludido yo a él; y desde luego para que mis palabras no queden con una interpretación que no es la que yo he pretendido que tengan.

Yo insisto, Dr. Horwitz, desde el punto de vista científico, porque a ello me obliga mi condición de Profesor de Pediatría de la Universidad de La Habana en que, desde el punto de vista de las ciencias pediátricas, el trabajo titulado "Diarreas infantiles" es altamente deficitario. Pongo a la disposición del señor delegado las conclusiones sobre la materia del VII Congreso Internacional de Pediatría, celebrado recientemente en La Habana, que es el foro único a quien corresponde, por la naturaleza de su constitución, la palabra más autorizada en este aspecto.

Y, finalmente, no puedo aceptar que se hable de cosa práctica, así, tan anónimamente. ¿Prácticas de qué? La práctica, que es aplicación, tiene que estar respaldada por el concepto científico; y hay que aplicar prácticas del día. Y no puede tampoco hacerse práctica al día en materia de diarreas infantiles sin un detenido estudio bacteriológico del germen que produce este trastorno, cuando de este tipo se trata, como, por ejemplo, cuando pueda referirse al grupo de las enfermedades virales.

Tampoco puedo aceptar, y no voy a entrar ahora a discutirlo, que haya ese predominio continental, que el Dr. Horwitz nos ha anunciado, de la shigella sobre la salmonella, porque es un problema íntimamente ligado a la edad del niño y al síndrome diarreico que sufre. Puedo demostrarle todo lo contrario. Los pediatras de América, que estamos identificados completamente y que tenemos una íntima conexión, guardamos una estadística muy escalonada de la etiopatogenia de las diarreas infantiles en América.

Y, finalmente, quiero recordarle al señor delegado que el profesor Oropeza, brillante pediatra venezolano, y que el profesor Ariztia y el profesor Scroggie, que son dos grandes figuras de la pediatría continental, presentaron ellos estos argumentos que yo he señalado ligeramente, en el grupo de trabajo. Y fueron ellos, en el grupo de trabajo, los que se dieron inmediatamente cuenta del déficit de esa producción.

Yo no estoy haciendo crítica personal del ponente, a quien considero capaz en el orden general. Pero, al leer su exposición, encuentro que no está al día. No puede hablarse de salmonelosis, no puede hablarse de diarreas infantiles infecciosas sin referirse al germen y clasificarlo. No puede decirse al público médico que continúe en la terapéutica ciega del siglo pasado. Lo que tiene este Organismo que decirle es que hay que hacer bacteriología; hay que enseñarles a hacer bacteriología; hay que darles laboratorios de investigación; hay que enseñarles a investigar gérmenes que, por otra parte, son muy fáciles de investigar. Además, para eso están los centros internacionales de cooperación, puesto que hoy se puede,

por vía aérea, inmediatamente mandar a los laboratorios *ad hoc*, por lejanos que estén, el material, y la contestación se recibe en un tiempo límite muy breve.

No puede continuarse dando palos a ciegas, ni usando disparos inciertos. Hay que hacer diagnóstico etiopatogénico siempre que se pueda, y la hora presente lo facilita. Esta era mi posición.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): La Mesa considera que debe quedar cerrado el debate sobre esta cuestión. No nos corresponde enmendar o revisar las discusiones técnicas que ya han tenido lugar en esta Conferencia. Está en consideración la selección de temas para las discusiones técnicas durante la reunión del Consejo Directivo. Todavía no se ha sugerido ningún tema, y la Mesa pregunta a la Conferencia si desea algún tema o bien que no haya discusiones técnicas. El señor Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Dr. BRADY (Estado Unidos) (*traducción del inglés*): Tengo una propuesta que someto a la consideración de la Conferencia: un tema que titularía "Métodos para mejorar la educación en salud pública." Creo que un tema de esta naturaleza sería sumamente oportuno. Estoy seguro de que, hasta cierto punto, se ajustaría al tema seleccionado por la OMS, puesto que la educación sanitaria se refiere, en parte, a las enfermeras.

Tengo otras propuestas a formular. Esta mañana, el Dr. Allwood Paredes ha sugerido que las discusiones técnicas se celebren los primeros días de la reunión. Estoy de acuerdo, señor Presidente. Creo que deben tener lugar al principio de la reunión. La otra propuesta es que desearía que la Conferencia estableciera un límite al número de temas que pueden tratarse en una reunión. En esta Conferencia hemos tenido discusiones técnicas sobre cinco temas distintos y ésta, señor Presidente, es la razón de que estemos retrasados en nuestro programa de trabajo y de que tengamos que celebrar sesiones nocturnas. No es que crea que las discusiones técnicas no son buenas: son excelentes, pero insisto en que son demasiados temas. Concretamente, de esos cinco temas tratados, uno lo fué como consecuencia de la decisión de la propia Conferencia de que se incluyera en las discusiones técnicas, uno a solicitud de un Gobierno Miembro y tres a propuesta del Comité Ejecutivo.

Me permito sugerir que la Conferencia ponga un límite al número de temas que puedan ser tratados en una reunión.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): La Mesa ruega al señor Delegado de los Estados Unidos que aclare su pensamiento en cuanto se refiere a "educación en salud pública", toda vez que acabamos de celebrar una discusión técnica sobre educación sanitaria. ¿Se refiere el señor delegado a educación de personal profesional de salud pública: médicos, enfermeras, ingenieros, etc., de salud pública?

El Dr. BRADY (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): A eso me refiero precisamente, señor Presidente. Pienso en la instrucción oficial tal y como se facilita en la Escuela de Salubridad, aquí, en Santiago, al personal de salud pública.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. SECURA (Argentina): Nosotros venimos posponiendo, desde hace dos

o tres años, un tema sobre odontología sanitaria, instrucción del odontólogo sanitario, escuelas y formas de aprendizaje. Ya lo anunciamos en el informe cuatrienal que hemos presentado a esta Conferencia, porque consideramos que la importancia de la odontología hace imprescindible su inclusión en los programas sanitarios de nuestros ministerios, por la probada influencia que los procesos bucodentales tienen en la salud del hombre y de la comunidad.

Ya el 22 de agosto de 1952, el Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Candau, en un intercambio de notas, nos decía que la higiene dental es considerada tanto en los programas de saneamiento del medio como en los de servicios de agua potable, en los de nutrición, en los de educación higiénica y, muy especialmente, en la higiene maternoinfantil y en la higiene escolar, dentro de los programas de salud pública.

En la Séptima Asamblea Mundial de la Salud, que acaba de celebrarse en el mes de mayo, las Delegaciones de Dinamarca, Noruega, Suecia, Finlandia e Islandia, en forma conjunta, propusieron un programa de higiene dental en el cual dicen que la higiene dental juega un papel cada vez más importante desde el punto de vista de la salud general del ser humano, y los problemas que se relacionan con ella merecen ser objeto de estudio por parte de la Organización Mundial de la Salud, colaborando en ello con sus recursos para efectuar un amplio programa de largo alcance.

Esto nos muestra cómo se va valorando este problema. Y nuestro país así lo hace, como ya lo ha puesto en evidencia en ese informe cuatrienal que acabo de mencionar.

Por eso, proponemos como tema de discusión para una próxima reunión, "La odontología sanitaria, instrucción del odontólogo sanitario, escuelas y formas de aprendizaje."

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Tiene la palabra el señor Delegado de Costa Rica.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): La Delegación de Costa Rica considera que el tema sugerido por el señor Delegado de los Estados Unidos puede incluir fácilmente el adiestramiento de enfermeras y al hablar de adiestramiento se entiende la preparación para el papel que desempeña en el programa de salud pública, el adiestramiento de odontólogos y de otro personal auxiliar.

Si la plenaria estuviera de acuerdo en adoptar el tema propuesto por la Delegación de los Estados Unidos, quedarían satisfechas la proposición primera, relativa a la enfermera, y la proposición hecha por el señor Delegado de la Argentina.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado de Chile tiene la palabra.

El Dr. HORWITZ (Chile): La Delegación de Chile quiere como tema el problema de la atención médica en el medio rural. Nosotros nos hemos permitido decir que, para nuestro país, la atención médica se ha transformado en el problema de mayor trascendencia. Queremos agregar que, dadas las dificultades que encierra nuestro medio rural, y nos atreveríamos a decir nuestros medios rurales en América, nos parece racional que, toda vez que funcionarios de nuestros servicios

nacionales logran llegar a estos medios rurales, puedan hacer separadamente la atención preventiva de la curativa. Por esta razón, nosotros pensamos que se trataría de un interesantísimo tema de administración general de salud pública, entendida en su sentido más integral, que se discutieran cuáles deben ser los caminos a emprender para mejorar la atención médica en nuestros medios rurales.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado del Uruguay tiene la palabra.

El Dr. CAPPELETTI (Uruguay): Para apoyar la propuesta del Delegado de los Estados Unidos en el sentido de que el tema sea "Formación del personal de salud pública", difiriendo en cierto modo del propuesto por el Delegado de Costa Rica, porque yo entiendo que es fundamental la formación, principalmente, de los médicos.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): ¿Alguna otra observación? Tenemos, por lo menos, dos temas y, según se interprete, posiblemente tres. La Mesa sugiere que consideremos que tenemos dos temas, en vista de los comentarios del Delegado de Costa Rica a la propuesta del Delegado de la Argentina, la cual, según entendemos, se refiere a la formación y formas de aprendizaje de dentistas y personal de odontología.

Por lo tanto, la propuesta de los Estados Unidos relativa a la educación de personal de salud pública (médico, de enfermería, odontología o cualquier otra profesión) sería uno de los temas y, además, tenemos la propuesta de Chile sobre los métodos para mejorar la atención médica en los medios rurales.

¿Alguna otra observación? ¿Hay alguna objeción a que se aprueben esos dos temas expuestos por la Mesa?

Quedan aprobados.¹

Pasamos al siguiente punto del orden del día. El Secretario presentará este tema.

Tema 36: Saneamiento del Medio

El SECRETARIO: Este tema se presenta a la Conferencia como resultado de una comunicación del Director General de la Organización Mundial de la Salud y se acompañan al mismo, como Anexo, una resolución de la Séptima Asamblea de la Organización Mundial de la Salud y otra de la 15a Reunión del Consejo Ejecutivo de dicho organismo.

El Secretario da lectura al documento presentado por el Director sobre este tema.²

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Hemos escuchado la presentación de este asunto hecha por el Secretario.

La Mesa no está segura respecto a la decisión que corresponde adoptar a la Conferencia sobre esta materia; cree que, sencillamente, ha de tomar nota del documento y anexo.

¹ Véase Resolución XXXV del Acta Final, pág. 671.

² Documento de trabajo CSP14/22, no publicado.

¿Hay alguna observación? No habiendo objeción, la Conferencia tomará nota de las decisiones adoptadas sobre este tema por la Organización Mundial de la Salud, su Asamblea y su Consejo Ejecutivo.

Se toma nota.¹

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana tiene la palabra.

Lema del Día Mundial de la Salud

El Dr. SOPER (Director, OSP): Solamente deseo comunicar a los señores delegados el lema del Día Mundial de la Salud, para el año 1955, que es "Pure Water for Health" (agua pura, base de la salud) lo que pone de relieve el interés de la Organización Mundial de la Salud hacia los problemas de saneamiento del medio.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Vamos a pasar al último punto del orden del día de la sesión de hoy. Ruego al señor Secretario se sirva presentar el tema.

Tema 38: Congreso Interamericano de Higiene (*Tema propuesto por el Gobierno de Cuba*)

El SECRETARIO: El documento se compone de dos partes: la primera, la introducción y, la segunda, la proposición. La introducción dice así:

De acuerdo con la solicitud del Jefe de la Delegación de Cuba, Embajador Encargado de Asuntos Sanitarios Internacionales, Dr. Félix Hurtado, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana transmitió por carta SGC-CL-56-54 de fecha 22 de septiembre de 1954 a los Gobiernos Miembros de la Organización la moción adjunta, que el Gobierno de Cuba presenta a la consideración de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

De conformidad con el inciso C del Artículo 24 del Proyecto de Reglamento Interno, el tema de esta moción se ha incluido en el Proyecto de Programa de Temas de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

La propuesta de Cuba es la siguiente:

Considerando que es de alta conveniencia, seguir el movimiento de la ciencia médica en general y en particular ciencias auxiliares y materias afines, desde el punto de vista de su aplicación a las prácticas de salud pública, procede el establecimiento regular de un "Forum Científico", que con el nombre de "Congreso Interamericano de Higiene," dé continuidad al primero celebrado en la ciudad de La Habana en octubre de 1952.

La Conferencia *resuelve*: (1) Que en la oportunidad en que se celebre la Conferencia Panamericana de Salud Pública, se reúna oficialmente el Congreso Interamericano de Higiene, cuya organización estará a cargo de la Oficina Panamericana de Salud Pública; (2) al promulgar los presupuestos correspondientes a la Conferencia se tendrá en cuenta el Congreso Interamericano de Higiene, a fin de dotarle del crédito correspondiente.

¹ Véase Resolución XXXVII del Acta Final, pág. 672.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Está a discusión la recomendación presentada por la Delegación de Cuba. El señor Delegado del Ecuador tiene la palabra.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): Estimo que es muy importante considerar la moción del señor Delegado de Cuba, porque, en verdad, de una manera intrínseca traduce la aspiración muy loable de promover un intercambio de informaciones científicas entre las personas interesadas en los diversos aspectos de la higiene o las ciencias relacionadas con ella. Me parece que es indiscutible la celebración de estos congresos, pero, en lo que no estoy perfectamente de acuerdo es en que éstos deban celebrarse en la oportunidad en que se celebre la Conferencia Sanitaria Panamericana, ni menos aún, en que estén organizados simultáneamente por la Oficina, porque, seguramente, ocurrirán graves complicaciones respecto del funcionamiento de estas dos entidades: una Conferencia y un Congreso. Por una parte, pueden existir dificultades materiales de funcionamiento. Aquí, por ejemplo, hemos visto que, a pesar de todas las facilidades que con tanto acierto los miembros de la Comisión Organizadora y el personal de Secretaría de la Oficina Sanitaria Panamericana se han esmerado en dotarnos, el funcionamiento de diversos grupos de trabajo ha tenido, lógicamente, sus limitaciones, las cuales han derivado de las condiciones materiales que no pueden multiplicarse. Tenemos que afrontar la limitación de facilidades para dos entidades funcionando simultáneamente. Por otra parte, viene el problema de los gobiernos al nombrar sus delegaciones. Se ven en el caso de integrarlas con higienistas o con sanitarios, es decir, con aquellos que intervenimos, de una u otra manera, en la administración sanitaria de nuestros países, y que somos los que con mayor motivo venimos a estas reuniones de la Conferencia Sanitaria Panamericana, o con los científicos, especialmente, de algunas de las ramas científicas sobre las cuales se apoya o desenvuelve la higiene pública. En el primer caso, nosotros venimos especialmente a discutir cuestiones de administración sanitaria, a estudiar los problemas bajo el aspecto de la administración sanitaria.

Y sea ésta una oportunidad para recoger la parte que, como miembro integrante de la Comisión Técnica podría corresponderme en las expresiones del Dr. Hurtado, al referirse a las "herejías científicas" que habíamos cometido los miembros de la Comisión Técnica al tratar el punto de las diarreas infantiles. Consideramos el problema de las diarreas infantiles fundamentalmente desde el punto de vista de la administración sanitaria, y, en ese concepto, nos referimos globalmente al problema etiológico, recomendando, consta en el documento, la investigación etiológica; y hablamos de laboratorios, de laboratorios regionales, de laboratorios seccionales, de medios de cultivo, de métodos "standard" que debieran adoptarse en la investigación bacteriológica, precisamente para tener un concepto más claro y preciso, en cada lugar, sobre la etiología de las diarreas infantiles y ahondar más en su conocimiento. Lo hicimos, como es natural, sin entrar en detalles y análisis de las técnicas bacteriológicas, de los fundamentos bacteriológicos, porque, en realidad, no estábamos funcionando dentro de un aspecto de bacteriología especial de las enfermedades entéricas; por eso no mencionamos el sistema de Kauffmann, ni ninguna de estas cosas con las cuales algunos estamos más o menos familiarizados y, otros son exponentes científicos del más alto valor y de recono-

cida capacidad y experiencia, como lo es el Dr. Garcés, del Instituto Bacteriológico de Chile, que intervino en las deliberaciones.

Podría suceder que los gobiernos mandaran a la Conferencia Sanitaria bacteriólogos, parasitólogos, patólogos y otros especialistas que no fueran justamente los más enterados de los problemas sanitarios que propiamente tenemos que discutir en estas conferencias. Creo que, en realidad, nuestras Conferencias tienen una finalidad; nuestras Conferencias abocan el estudio científico o técnico de ciertos problemas de administración sanitaria, considerada la ciencia de la administración sanitaria como una cuestión técnica, en la cual recogemos las informaciones que nos dan nuestras ciencias básicas, informaciones que nos la suministraron ya la bacteriología, la parasitología, la histología, la epidemiología y diversas otras ciencias que forman y dan el substratum para esta aplicación máxima, podríamos decir, que es la ciencia y el arte de la administración sanitaria. Esta ciencia y este arte es lo que tenemos que tratar aquí de ejercitar, de desenvolver y de extender en concepto continental, para buscar las resultantes más provechosas a la sanidad del Continente.

Entonces, son dos funciones separadas; dos funciones que, actuando simultáneamente, podrían interferir en la mayor eficiencia de los resultados. De manera que, por mi parte, sin quitarle importancia, sin oponerme de ninguna manera a que se realicen en América congresos de higiene, simplemente no estoy de acuerdo en que esos congresos deban relacionarse con las funciones de la Conferencia Sanitaria Panamericana, ni con sus actividades; ni menos a que deban ser organizados simultáneamente como un foro científico. Nosotros seguiremos tratando, en una sección técnica de esta Conferencia, problemas globales de administración sanitaria, vistos desde el punto de vista científico de la administración sanitaria; y otras entidades estudiarán, en otros congresos, en otras reuniones (¡ojalá sean congresos de higiene americanos!) los otros problemas científicos.

De manera que, por este motivo, no estoy de acuerdo con el texto de la resolución hasta tanto no signifique que se organizarán congresos americanos de higiene en otra forma, como se considere más adecuada para su mayor eficiencia y resultados.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Tiene la palabra el señor Delegado de Costa Rica.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): Por lo avanzado de la hora, tal vez podríamos llegar a lo que los ingleses llaman un "happy medium", en esta situación.

Recientemente, México está propulsando la integración en una Federación Panamericana de Salud Pública, de las Sociedades de Salud Pública de cada país. Si eso se logra realizar, los países que no la tengan, que la organicen, y esa federación funcionará.

Creo que sería la mejor oportunidad que se le podría ofrecer al Dr. Hurtado, mejor dicho, a la Delegación de Cuba, para darle una posición sólida a la idea cubana de que se perpetúen esas reuniones técnicas y que esa federación, fuera de la Oficina (que también satisfaría la posición del Dr. Montalván), podría representar ambos puntos de vista.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): El señor Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Dr. BRADY (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): En vista de las manifestaciones del Dr. Montalván y del Dr. Vargas Méndez propongo que la consideración de este tema se aplaze hasta la reunión del Consejo Directivo en 1957, en la que fijaremos el programa para la Conferencia de 1958, y que las dos organizaciones habrán de desarrollarse durante esos tres años, y sería prematuro adoptar ahora decisión alguna sobre esta materia. Por lo tanto, señor Presidente, propongo que se aplaze la decisión sobre este tema.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Han escuchado ustedes la propuesta formulada por el señor Delegado de los Estados Unidos, sugiriendo que se aplaze ahora la discusión de este tema y que la Conferencia decida que sea examinado por el Consejo Directivo en su reunión de 1957.

¿Hay alguna objeción? No hay objeción a la propuesta de la Delegación de los Estados Unidos.

Queda aprobada.¹

Esto era el último tema del orden del día. Tiene la palabra el Secretario para dar cuenta de algunas informaciones.

El SECRETARIO: Debo indicar a los señores delegados que hay una lista de delegados que se utilizará en la preparación del Acta Final; de manera que cualquier corrección que deseen, les rogamos que tengan la bondad de notificarla a la Secretaría antes de las 12 del día de mañana.

El PRESIDENTE (*traducción del inglés*): Algún señor delegado desea hacer uso de la palabra? Se levanta la sesión.

Se levanta la sesión a las 19 h. 55 m.

DECIMA SESION PLENARIA

Miércoles, 20 de octubre de 1954, a las 11 h.

Presidente: Dr. SERGIO ALTAMIRANO P. (Chile)

Después

Dr. OSCAR VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica)

El PRESIDENTE: Se abre la sesión. Tiene la palabra el señor Secretario, quien dará algunas informaciones a la Conferencia.

Lectura de Cables de la República Dominicana y de Cuba

El SECRETARIO: Señor Presidente, señores delegados: se han recibido los siguientes dos cables:

¹ Véase Resolución XXXVI del Acta Final, pág. 672.

Suplícole expresar miembros décima cuarta Conferencia mi agradecimiento por designación como Vicepresidente de Honor stop Augúrole éxitos. Dr. Martínez Larré, Secretario Salud Pública República Dominicana.

Agradecido designación Vicepresidente de Honor décima cuarta Conferencia Sanitaria Panamericana. Saludos. Doctor Carlos Salas Humara, Ministro de Salubridad y Asistencia Social, Cuba.

También deseo notificar a los señores delegados que si la plenaria termina hoy, ya sea por la mañana o por la tarde, el día de mañana se dedicará a visitar la Escuela de Salubridad y otros lugares, y a las doce y media del día se hará la presentación de la película sobre fiebre aftosa, y de la que fué tomada de la Conferencia. Se calcula que las dos películas durarán, en total 30 minutos, y se exhibirán en este salón. La película de la Conferencia está en español y en inglés, pero aquí se va a presentar solamente la versión española.

Comunicación de la Delegación de Chile

El SECRETARIO: Además, se ha recibido una comunicación de la Delegación de Chile dirigida al señor Presidente de la Conferencia, que dice:

La Delegación de Chile tiene el honor de solicitar a Ud. que se sirva someter a consideración del plenario de la Conferencia los dos proyectos de resolución que se mencionan y acompañan: (1) Medidas para facilitar el análisis de los presupuestos; y (2) Medidas para contribuir al fortalecimiento de las administraciones nacionales de salud pública.

Al mismo tiempo, ruega a Ud. que tenga a bien hacer circular dichos proyectos junto con el Documento CSP14/77 (Esp.), 16 de octubre de 1954. Saluda atentamente a Ud. p. Delegación de Chile (Fdo.) Dr. Abraham Horwitz B.

Voy a dar lectura a estos dos proyectos de resolución para que los conozcan los señores delegados, sin perjuicio de que circulen cuando estén impresos dentro de una media hora aproximadamente, porque en este momento se están reproduciendo, lo que no se pudo hacer antes por acabarse de recibir la comunicación mencionada.

Los proyectos de resolución presentados por la Delegación de Chile dicen así:

Medidas para Facilitar el Análisis de los Presupuestos

Considerando: que los presupuestos de la Oficina Sanitaria Panamericana deben expresar la política general de la Organización Sanitaria Panamericana y de la Organización Mundial de la Salud por su carácter de Oficina Regional para las Américas; y que le corresponde a la Oficina presentar los programas y presupuestos en forma de facilitar su análisis por los Estados Miembros,

Resuelve: (1) Instruir al Director para que presente al Comité Ejecutivo la información respecto a la distribución proporcional de los fondos que administra la Oficina en las diversas actividades, técnicas y administrativas, que desarrolla la Institución. (2) Que este análisis debe mostrar comparativamente las inversiones de los últimos cuatro años y lo que se propone en los programas futuros.

Medidas para Contribuir al Fortalecimiento de las Administraciones Nacionales de Salud Pública

Considerando: que es política fundamental de la Organización Sanitaria Panamericana y de la Organización Mundial de la Salud el colaborar con los Estados Miembros para mejorar las administraciones nacionales de salud pública; que este propósito encierra un conocimiento de la naturaleza y magnitud de los problemas de medicina individual y colectiva de cada país, en particular; que en atención a que los recursos con que cuentan los países son generalmente inferiores a sus necesidades en salud, procede concentrar los esfuerzos en aquellas actividades que tienen mayor influencia en el desarrollo económico de las diversas zonas, dentro de cada país; y que la organización y desarrollo racionales de los programas de salud pública se fundan en la calidad del personal profesional y auxiliar que debe ponerlos en práctica,

Resuelve: Encomendar al Director: (a) Que en los programas futuros de la Organización extienda las actividades destinadas a fortalecer las Administraciones Nacionales de Salud Pública. (b) Que colabore con los Estados Miembros, a solicitud, en los estudios de la naturaleza y magnitud de los problemas de salud y en su ordenación, según la importancia que tengan para el desarrollo económico local y nacional. (c) Que contribuya a la organización de programas de formación de los profesionales y auxiliares que, de acuerdo con el estudio mencionado, requiera la solución de los problemas propios de cada país.

El PRESIDENTE: Corresponde pasar al primer punto del orden del día de hoy.

Tercer Informe de la Comisión II¹

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Secretario de la Comisión, que dará cuenta del tercer informe del Relator de la Comisión II.

Tema 29: Lugar y Fecha de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana

El Sr. Hinderer (Jefe, Administración, OSP) da comienzo a la lectura en inglés del tercer informe de la Comisión II.

El PRESIDENTE: En discusión el primer proyecto de resolución de la Comisión II. Ofrezco la palabra. Tiene la palabra el señor Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): Señor Presidente, me parece haber oído que en la resolución se dice que la próxima Conferencia tendrá lugar en San Juan, Puerto Rico. ¿Dice así el texto?

El PRESIDENTE: Dice así: en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

El Dr. HURTADO (Cuba): Porque el texto que se aprobó dice que tendrá lugar en la ciudad de San Juan, Estado Libre Asociado de Puerto Rico. ¿Lo dice de esa manera?

El PRESIDENTE: Así lo dice.

El Dr. HURTADO (Cuba): Entonces, conforme. Muchas gracias, y perdón, señor Presidente.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de México.

¹ Véase pág. 591.

El Dr. ZOZAYA (México): Solamente quería aclarar el punto de si es constitucional aceptar la invitación de un Estado que no es Miembro de la Organización; porque no entiendo si, al ir la Conferencia a Puerto Rico, vamos a ser huéspedes de los Estados Unidos o de Puerto Rico. Quisiera que alguien me hiciera el favor de aclararme este punto, porque me parece que es un poco confuso.

El PRESIDENTE: Ofrezco la palabra. Tiene la palabra el señor Delegado de los Estados Unidos.

El Dr. PONS (Estados Unidos): Me parece, señor Presidente, que la resolución dice claramente que la invitación es de los Estados Unidos, y, en esas circunstancias, la Conferencia sería huésped del Gobierno de los Estados Unidos.

El PRESIDENTE: Ofrezco la palabra. Tiene la palabra el señor Delegado de México.

El Dr. ZOZAYA (México): Quisiera preguntar sobre el estado actual de Puerto Rico. No lo entiendo; si es Estado Libre, como parece que dice la resolución, o es una dependencia de los Estado Unidos.

El PRESIDENTE: Ofrezco la palabra. Tiene la palabra el señor Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): Yo rogaría a la Presidencia que no diera paso a debate a consideraciones de carácter político en la Conferencia, y que nos atuviéramos solamente al proyecto de resolución y se aceptara la invitación del Estado Miembro, Estados Unidos, que es quien invita y quien ha señalado, libremente, que el sitio de la Conferencia será la ciudad de San Juan, capital del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, por cierto sede muy amable para toda la Conferencia; sin que nosotros entremos a considerar la condición política que tiene internacionalmente Puerto Rico. No porque tenga dudas sobre el *status* de Puerto Rico, sino porque creo que no procede, en este pleno, entrar en ese tipo de consideraciones.

El PRESIDENTE: La Mesa agradece la recomendación del Dr. Hurtado. Debe agregar que se ofrece la palabra sobre el proyecto de resolución de la Comisión. Los señores delegados pueden tomar la palabra y opinar según les parezca sobre este proyecto de resolución. La Mesa no puede entrar a calificar anticipadamente las opiniones que van a emitir los señores delegados.

Ofrezco la palabra sobre el proyecto de resolución de la Comisión II, en que se propone aceptar la invitación de los Estados Unidos para celebrar la XV Conferencia Sanitaria Panamericana en la ciudad de San Juan, capital del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Tiene la palabra el señor Delegado de la República Dominicana.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana): La Delegación de la República Dominicana apoya la moción presentada por el señor Delegado de Cuba en relación con que no se discuta aquí la condición política del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, y que se atenga el pleno a discutir el texto de la resolución presentada.

El PRESIDENTE: La Mesa vuelve a insistir en que está precisamente en discu-

sión esta proposición y que no está en el temario la condición política de ningún país participante en esta Conferencia.

Se ofrece la palabra sobre el proyecto de resolución de la Comisión II. Tiene la palabra el señor Delegado de Costa Rica.

Al Dr. HURTADO le agradecería que tuviera paciencia, pues tengo que ofrecer, previamente, la palabra a las distintas delegaciones que desean participar en este debate.

El Dr. HURTADO (Cuba): No tengo ninguna impaciencia, señor Presidente.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): Como manifesté en la Comisión respectiva, cuando se discutió este tema, Costa Rica había venido a esta Conferencia con el deseo de ofrecer la humilde sede de San José de Costa Rica para la próxima Conferencia. Pero al conocer que otra delegación tenía interés en dicha sede y uniéndonos, como nos unen, al Gobierno y al pueblo de Costa Rica con el Gobierno y el pueblo de Puerto Rico, lazos muy estrechos de amistad, Costa Rica no presentó ninguna oferta de sede y se adhirió, en esa Comisión, como lo hace en este momento, de todo corazón, a la propuesta de que la sede sea en San Juan de Puerto Rico, capital del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): Sencillamente para proponer al pleno que aprobemos unánimemente, como expresión de un júbilo general, la proposición de los Estados Unidos de América, para que la XV Conferencia se celebre en la ciudad de San Juan, capital del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

El PRESIDENTE: Se ofrece la palabra. Tiene la palabra el señor Delegado de la República Dominicana.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana): La Delegación de la República Dominicana acepta complacida la proposición hecha por el señor Delegado de Cuba.

El PRESIDENTE: Si le parece a la plenaria, daré por aprobada la proposición de la Comisión II, para fijar como sede de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, aceptando la invitación del Gobierno de los Estados Unidos de América, en la ciudad de San Juan, capital del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Si no hay oposición. . . Tiene la palabra el señor Delegado de México.

El Dr. ZOZAYA (México): No aceptamos que el acuerdo sea unánime.

El PRESIDENTE: Se aprobaría entonces, con el voto en contra de la Delegación de México.

El Dr. ZOZAYA (México): Me abstengo.

El PRESIDENTE: Con la abstención del Delegado de México, entonces, se aprueba la ciudad de San Juan, capital del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, como sede de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana.

*Aprobado.*¹

¹ Véase Resolución XXXVIII del Acta Final, pág. 673.

La Mesa agradece la invitación del Gobierno de los Estados Unidos de América y la hospitalidad que nos brindará la ciudad de San Juan, capital del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Normas para Aceptar Enmiendas a la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Secretario de la Comisión y con objeto de facilitar el debate le ruego dé lectura al tercer proyecto de resolución que presenta la Comisión, por ser procedimiento en relación al segundo proyecto de resolución.

El Sr. Hinderer (Jefe, Administración, OSP) lee a continuación en inglés el tercer proyecto de resolución.

El PRESIDENTE: El señor Secretario hará su lectura en español, para facilitar la comprensión de este proyecto de resolución, y en seguida lo discutiremos.

El Secretario da lectura del texto español del proyecto de resolución que está sobre la mesa.

El PRESIDENTE: Han escuchado el nuevo proyecto de resolución propuesto a la consideración de este plenario. Se pone en discusión este proyecto de resolución, y se ofrece la palabra. Tiene la palabra el señor Delegado de Costa Rica.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): Mi intervención se tiene que iniciar con una pregunta, que deseo me aclaren ya sea el Relator o el Presidente de la Comisión: fué la impresión de la Delegación de Costa Rica que, al nombrarse un grupo de trabajo, se le nombró para estudiar el documento que circuló como informe del Comité que, para estudiar la reforma de la Constitución, funcionó en la sede de la Oficina, documento que fué profusamente circulado entre los Gobiernos Miembros. La Delegación de Costa Rica observa con sorpresa que no se ha cumplido ese encargo, que creo fué el motivo del nombramiento de ese Comité, sino que nos han producido una nueva Constitución. Contestada esta pregunta aclaratoria, me voy a permitir continuar interviniendo, con la venia del señor Presidente.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Secretario para responder a la pregunta formulada.

El SECRETARIO: El señor Presidente de la Comisión II podría informar sobre los detalles del trabajo de esa Comisión, ya que actuó en este asunto.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Presidente de la Comisión II.

El Dr. HURTADO (Cuba): Estimo que el señor Delegado de Costa Rica analiza erróneamente la actitud de la Comisión II, de su Comité y de su grupo de trabajo.

El tema, "Revisión de la Constitución," fué adjudicado al análisis, estudio y resolución de la Comisión II, en cumplimiento de los preceptos que rigen en nuestro sistema tradicional de trabajo. La Comisión II recibe, por mandato de la Comisión General, este tema titulado "Revisión de la Constitución". Recibe el informe del comité especial que funcionó sobre la reforma de la Constitución. ¿Pero encuentra fundamento el señor Delegado de Costa Rica para suspender el

régimen tradicional de la Conferencia? Este informe es, simplemente, un documento de trabajo al que la Comisión II está en el derecho, primero, e inmediatamente en el deber, de admitir como criterio del Comité, para traerlo al pleno de la Conferencia. La Comisión II como la I, son órganos de este pleno donde se debaten y analizan con más detenimiento los proyectos. ¿Hay o no ponencias? Hay ponencias; las estudia, las considera aceptables o no en su totalidad; las pasa al pleno con recomendación favorable. Si cree que deben enmendarse, las enmienda y las pasa al pleno con informe de enmienda. Esa es la posición orgánica de la Comisión II que, en síntesis, ha cumplido exactamente sus funciones; ha organizado un grupo de trabajo en cuyas manos ha puesto un documento básico para su discusión y debate; ha recibido una opinión del grupo de trabajo y, después, en sesión plenaria la ha discutido, con partes aceptadas y partes modificadas. Aquí está a título de información, a disposición de los delegados. Es documento básico sobre el cual la discusión tiene que organizarse, a reserva de hacer cualquier referencia o pregunta determinada. Es la opinión del Relator de la Comisión II acerca de los documentos sobre los cuales trabajó. No hay ninguna alteración, no hay ninguna desviación de la conducta tradicional de la Conferencia. La Comisión II ha cumplido con su deber, y está sobre la mesa su informe, que termina presentando a esta Conferencia su criterio sobre la reforma constitucional. Estamos perfectamente dentro de la reglamentación establecida.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de Costa Rica.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): En ningún momento he tratado de ignorar los procedimientos establecidos para el trabajo de las comisiones. Solamente quería aclarar la duda de si el grupo de trabajo había sido nombrado para redactar una nueva Constitución, o si se había limitado su opción en alguna forma. Acepto y agradezco la explicación dada por el señor Presidente de dicha Comisión y me permito recordar a los señores delegados que este asunto de la Constitución ha venido dando tumbos desde hace varios años. Comisiones, discusiones, papel y más papel, con gran trabajo para la Secretaría. En un cálculo prudencial de la inversión de nuestros propios fondos en este tema, se ha evaluado en unos 25,000 dólares lo invertido en papeles, secretaría y tiempo, de las múltiples comisiones que han intervenido en este asunto.

No sé hasta dónde tenemos derecho para, no diré malgastar, pero sí, gastar con ligereza nuestros propios fondos. Esto, por un lado. Por otro, el documento que se nos ha presentado no sé si los señores delegados han tenido tiempo de compararlo con la Constitución original de la Organización. Al hacerlo van a notar, tal vez en esta interpretación esté equivocado, pero es la impresión de la Delegación de Costa Rica que no se ha descubierto la pólvora en este nuevo documento. Es tan similar al documento original, que me pregunto si vale la pena intentar, en esta Conferencia, cambiar algo en su redacción, allí una coma, allí un punto, o si resultaría mucho más económico conservar la Constitución existente, que nos ha servido bien por cuatro años, por ocho años, perdón . . .

El Dr. HURTADO (Cuba): Una cuestión de orden, señor Presidente.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): Si me permite el señor delegado, voy a terminar.

El Dr. HURTADO (Cuba): Quiero plantear una cuestión de orden, que tiene prioridad y atención inmediata, estatutariamente.

El PRESIDENTE: Reglamentariamente, procede aceptar la petición del señor Delegado de Cuba, que tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): He aquí la cuestión de orden: las manifestaciones del señor Delegado de Costa Rica se refieren a la discusión del fondo del asunto, y no al tercer proyecto de resolución que está sobre el tapete. Está a consideración el citado proyecto de resolución que pide y reitera una votación de dos tercios para decidir sobre cuestiones de reforma constitucional. Esa es la cuestión de orden, señor Presidente.

El PRESIDENTE: Puede terminar el señor Delegado de Costa Rica.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): Muchas gracias, señor Presidente.

El Dr. HURTADO (Cuba): ¿Qué solución da la Mesa a la cuestión de orden?

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): Voy a referirme, señor Delegado de Cuba, al documento . . .

El Dr. HURTADO (Cuba): Me dirijo a la Presidencia. ¿Qué solución da la Presidencia a la cuestión de orden?

El PRESIDENTE: En realidad, el señor Delegado de Costa Rica se está refiriendo a un problema distinto del que está directamente puesto a discusión. En realidad, debe referirse a la proposición hecha por la Comisión II, de manera que rogaría al señor delegado que simplemente diera su opinión con respecto a lo propuesto.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): Sí, señor Presidente. Acepto respetuosamente su fallo, aclarando sólo que lo mencionado anteriormente por la Delegación de Costa Rica era a manera de preámbulo para poder hacer la objeción que me permitiré hacer al documento presentado. Por consiguiente, refiriéndome al documento presentado, omitiendo, a solicitud del Delegado de Cuba, todo comentario, que realmente sobra y debe sobrar ya después de ocho años, sobre este asunto.

La Delegación de Costa Rica propone que este documento, antes de que sea discutido y votado, circule ampliamente entre los Gobiernos Miembros, pues, por lo menos en lo que a la Delegación de Costa Rica se refiere, no se encuentra aquí con plenos poderes para tomar una actitud legal ante una votación en la materia.

El PRESIDENTE: El señor Secretario tiene la palabra.

El SECRETARIO: Muy atentamente me permito hacer notar que este proyecto de resolución no toca todavía el problema de las enmiendas a la Constitución. Lo que ocurre es que el Artículo 25 de la Constitución actual dispone que la Conferencia o el Consejo Directivo podrá aprobar y poner en vigencia, de acuerdo con las normas que determine, las enmiendas a la Constitución vigente. Pero resulta que la Conferencia no tiene normas para aprobar las enmiendas. Con

objeto de que la Conferencia determine esas normas, se presenta el proyecto de resolución. De otra manera, no habría una norma determinada a seguir por la Conferencia, al respecto.

El proyecto de resolución que se discute es realmente reglamentario del Artículo 25 y está limitado a esta Conferencia. Nada más. En caso de aprobarse este proyecto de resolución reglamentario, vendría la otra parte: la proposición de enmiendas. Ahora, se trata simplemente de que la Conferencia no entre a discutir la Constitución sin saber cómo ha de aprobar las enmiendas.

El PRESIDENTE: Escuchadas las explicaciones del señor Secretario, se pone a debate nuevamente el proyecto de resolución propuesto por la Comisión II. Tiene la palabra el señor Delegado de México.

El Dr. ZOZAYA (México): La Delegación de México propone que se acepte la resolución.

El PRESIDENTE: El señor Delegado de la República Dominicana tiene la palabra.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana): En vista de que el proyecto de resolución que está sobre la mesa no se refiere al fondo del proyecto de enmienda, sino que se limita, exclusivamente, a dar cumplimiento a una disposición del Artículo 25 de la Constitución actual, la cual obliga a la Conferencia a decidir, antes de conocer el fondo del proyecto de enmiendas, cuál será el sistema que se ha de seguir para la aprobación o rechazamiento de ellas, la Delegación de la República Dominicana aprueba el texto propuesto.

El PRESIDENTE: Se ofrece la palabra. Cerrado el debate. Si no hay oposición lo daré por aprobado.

Aprobado.¹

Se pasará, entonces, a conocer el proyecto revisado de Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana. Tiene la palabra el señor Secretario de la Comisión.

Tema 15: Revisión de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana

El Sr. Hinderer (Jefe, Administración, OSP) comienza la lectura del texto inglés del segundo proyecto de resolución.

El Dr. GRUNAUER (Ecuador): Señor Presidente, ¿qué documento es el que se está leyendo?

El SECRETARIO: Se está leyendo ahora el segundo proyecto de resolución que se encuentra en el tercer informe de la Comisión II.

El PRESIDENTE: Puede proseguir el señor Secretario de la Comisión.

El Sr. Hinderer termina la lectura del proyecto de resolución de que se trata.

El PRESIDENTE: Se va a leer en castellano.

El Secretario lee en español el segundo proyecto de resolución.

¹ Véase Resolución XXXIX del Acta Final, pág. 673.

El PRESIDENTE: Creo que en estos momentos corresponde resolver si el plenario acepta o no la primera parte de esta resolución, que dice: "Enmendar la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana aprobada en octubre de 1947, cuyo texto en adelante será el siguiente," es decir, aprobar primero, o no, la enmienda de la Constitución, dado que ya se ha presentado el caso de que algunos señores delegados opinan que no valdría la pena enmendarla, sino que simplemente se podría mantener la antigua.

Así que, si le parece al pleno, examinaremos esta primera parte. Y, si hubiera aprobación de enmendarla, seguiríamos, entonces, estudiando el proyecto. El señor Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Desearía someter a la consideración de este pleno un sencilla método de procedimiento. Recomendaría la discusión de la totalidad del proyecto, lo cual daría oportunidad a los señores que no se han manifestado con anterioridad en consideraciones de orden general acerca de la conveniencia o no de la reforma; y, una vez considerada la totalidad del proyecto y producida la decisión del pleno, que no podrá ser más que a favor o en contra de la enmienda, total o parcial, entrar a discutir. Y para facilitar, ordenar y ahorrar tiempo en el debate, ya que es materia bastante conocida, no obstante cuanto se ha manifestado, también recomendaría, si es del agrado del pleno, que esta discusión de carácter general y previo en cuanto a la propiedad del proyecto, orientada a discutir ventajas o inconvenientes de la reforma, en general o en particular, se desarrollara ofreciendo alternadamente dos o tres turnos, a lo más, en pro y en contra de la totalidad del proyecto. El documento es conocido, los antecedentes están muy generalizados y con este ordenamiento podríamos ahorrar tiempo y resolver. Si la Presidencia estima conveniente el método, y el pleno lo acepta, ahorraría mucho tiempo someter la totalidad del proyecto previamente a un debate ordenado de dos o, a lo sumo, tres turnos alternados en pro y en contra del proyecto.

El PRESIDENTE: En realidad, hay coincidencia, en parte, por lo menos, entre la proposición de la Mesa y la del Dr. Hurtado. Por eso creo que la primera cosa que debiéramos resolver es si aceptamos enmendar la Constitución o no, es decir, si dejamos vigente la que había; haciéndome eco de una opinión emitida aquí: aceptar la discusión general o no. Una vez tomado este acuerdo, entraríamos a discutir las enmiendas a la Constitución. En todo caso, en estas enmiendas podría seguirse un sistema de inscripción previa para intervenir en el debate, si le parece al plenario. Tiene la palabra el señor Delegado del Ecuador.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): Creo, en realidad, que no podemos entrar a discutir de hecho y como cuestión previa si se enmienda o no la Constitución, porque tenemos, desde el principio de esta Conferencia y desde hace mucho tiempo y especialmente ahora, unos proyectos de reforma de la Constitución, lo cual quiere decir que cuando hemos comenzado nuestra labor había en estudio un proyecto de reforma constitucional en relación con el cual había un comité especial, un informe que había costado mucho dinero y mucho tiempo, lo que ha demostrado la preocupación, la intención, el interés o propósito de la Organización en sus diversos organismos, Comité Ejecutivo, Consejo Directivo, Conferencia, sobre el

estudio de la Constitución, y lo que debe reformarse en ella, puesto que si no, no se hubiera hablado nunca de un Comité de reforma de la Constitución.

Ahora bien, al iniciarse esta Conferencia, hemos considerado tan seriamente el problema de las reformas que, desde el primer momento aquí en el plenario, se habló de la designación de un grupo de trabajo para que estudiara especialmente el proyecto presentado. De manera que la intención de la Conferencia ha sido entrar a conocer, a discutir este proyecto de reforma mediante el informe de un grupo de trabajo y de la Comisión II. Ahora bien, pudiera ser que de la consideración del informe de la Comisión que vamos a conocer aquí, el plenario resolviera no aceptar ninguna modificación y, por consiguiente, esto no tendría lugar; pero si el plenario aceptara alguno de los puntos de vista de la Comisión, porque no inútilmente hemos trabajado tanto tiempo, o considerara, después de examinar todos esos artículos, que no hay que hacer enmiendas, no las habría; pero si alguna reforma hubiera que adoptar, entonces tendría que adoptarse esto que se enmienda, en cualquier detalle, aunque no fuera más que eso lo que vamos a hacer: discutir sobre si se enmienda o no la Constitución, por ejemplo, empezar con eso, por ahora, habiendo una resolución negativa, quiere decir que hay una posibilidad de que consideramos que ha sido inútil absolutamente y sin razón ni efecto todo el trabajo que se ha hecho en las comisiones que han tratado sobre esta materia aquí en la Conferencia. Eso, quizás, habría cabido considerarlo en el primer momento, cuando se hablaba del temario, para incluir o no en él la consideración de la reforma. Creo que la resolución de esto debe ser una consecuencia de la discusión del informe de la Comisión. Una vez discutido, y según las conclusiones a que se llegue, se resolverá si esta resolución se adopta o no en el sentido de enmendar en una forma u otra la Constitución o, sencillamente, no enmendarla. Esa es mi opinión, señor Presidente.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado del Paraguay.

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay): Para manifestar que la Delegación del Paraguay está en todo de acuerdo con el Delegado del Ecuador. Teóricamente, el proyecto de enmienda no lo conocemos sino quienes hemos participado en la Comisión II. Es imprescindible, a nuestro entender, que los demás componentes del plenario conozcan ese proyecto de enmienda, para decidir si vale o no la pena enmendar la Constitución.

Antes de conocer el proyecto de enmienda, me parece que sería imposible adoptar un acuerdo sobre si debe o no enmendarse la Constitución. En definitiva, estamos de acuerdo con lo que ha expuesto el señor Delegado del Ecuador: conocer el proyecto. Si lo creemos muy importante, se enmendará la Constitución, si no, se dejará la Constitución anterior.

El PRESIDENTE: La Mesa acoge las proposiciones de los señores Delegados del Ecuador y del Paraguay y, si el plenario lo estima conveniente, pasaremos a oír el informe del Secretario de la Comisión II sobre proposiciones de enmienda. Después, si estimamos que son en algún sentido aceptables, aprobaremos las enmiendas a la Constitución en todo lo que la Conferencia estime conveniente, o rechazaremos las enmiendas que no cuenten con su acuerdo; para discutir, final-

mente, los demás puntos incluidos en el informe de la Comisión. Tiene la palabra el señor Secretario de la Comisión II.

El señor Hinderer (Jefe, Administración, OSP) da lectura del texto inglés de las modificaciones introducidas por la Comisión II al proyecto de revisión de la Constitución preparado por el Grupo de Trabajo No. 1, que figuran en el informe de que se trata.¹

El PRESIDENTE: Se ha escuchado el informe leído por el señor Secretario de la Comisión II.

Volviendo, entonces, a nuestro punto de partida, corresponde a la Conferencia pronunciarse sobre el proyecto en general, en el sentido de aprobar la idea de legislar, es decir, de enmendar la Constitución. Aprobada esa idea, y visto ya, más o menos, el alcance de las reformas a la Constitución, se procederá a la discusión particular de cada una de las enmiendas propuestas.

Tiene la palabra el señor Delegado de los Estados Unidos.

El Sr. BELTON (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Con el objeto de aclarar un punto, para que todos puedan entenderlo perfectamente; el documento que acaba de leer el Secretario de la Comisión II indica que muchos artículos fueron aprobados sin modificación alguna.

Conviene señalar que los artículos que fueron aprobados sin modificaciones eran, en muchos casos, artículos que habían sido propuestos por el grupo de trabajo de la Comisión II. No son artículos presentados originalmente por el Comité Permanente de Revisión de la Constitución.

La Delegación de los Estados Unidos considera que cabe decir, a este respecto, que la mayor parte de las modificaciones introducidas por el grupo de trabajo en los documentos sometidos por el Comité Permanente fueron cambios que tendían a que la revisión propuesta volviera a la forma de la Constitución actualmente en vigor.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): El informe leído por el Secretario de la Comisión ha sido, naturalmente, muy sintético, con referencias numerales que probablemente no son bastante suficientes para que los señores delegados tengan oportunidad de formarse concepto inmediato acerca de en qué consisten las reformas, en qué consiste la posibilidad del cambio.

Quisiera hacer algunos comentarios generales en relación con la reforma, que tal vez faciliten la actitud ulterior de los señores delegados. Primero, se gesta un proyecto de reforma en el cual se ha venido trabajando durante largo tiempo, justamente cuatro años, ya que esta reforma se inició en la Conferencia de Ciudad Trujillo, en 1950. Allí la Conferencia no tomó decisión. Encargó el asunto al Comité Ejecutivo, y éste organizó un Comité Permanente a ese efecto, primero con sede en Ciudad Trujillo y después en Washington. Durante toda esta etapa ha estado trabajando el Comité Permanente, y ha entregado a los gobiernos el proyecto original de reforma integral de la Constitución, las opiniones de la Organi-

¹ Véase pág. 593.

zación de los Estados Americanos, que fué consultada, y la opinión particular del Director, quien también tenía su particular proyecto de reforma, dado a conocer en Ciudad Trujillo.

A esto debe referirse el Delegado de Costa Rica, al hacer mención del consumo de papel. No sé si el papel que llegó a Costa Rica era de cromo satinado; el nuestro fué papel corriente. Sin embargo, no estoy al cabo de los precios del papel últimamente.

La Comisión terminó su estudio con un informe, y ese informe está sobre la mesa. Pero, lo esencial, señores: ¿qué se decía en la reforma? Se suprimía el Consejo Directivo. Reforma esencial, esencialísima. Se suprimía, repito, el Consejo Directivo, y se repartían las funciones que tiene el Consejo entre la Conferencia y el Comité Ejecutivo. En seguida, como segunda reforma, se recomendaba convocar la Conferencia cada dos años, en lugar de cada cuatro. Tercera, el Comité Ejecutivo, que normalmente se reúne por lo menos cada seis meses, según el proyecto de reforma, se reuniría solamente una vez al año. Hay algunas otras pequeñas cosas, muy ligeras, en materia de reforma. En efecto, en esto quiero complacer a mi excelente amigo el Delegado de Costa Rica, todo ese gran proyecto de reforma cae por tierra desde el momento en que el grupo de trabajo no acepta el proyecto de reforma que elimina al Consejo Directivo y restaura a esa entidad; es decir, el grupo de trabajo, primero, y la Comisión II, después, dicen a la Conferencia: no enmiendes la Constitución tolerando que se suprima el Consejo Directivo; mantén el Consejo Directivo. Es verdad, ahí está conservado el Consejo Directivo. En cuanto al Comité Ejecutivo, tampoco acepta el grupo de trabajo, primero y la Comisión II, después, que el Comité Ejecutivo tenga limitadas sus reuniones a una vez al año, sino que, por el contrario, proponen que continúe reuniéndose dos veces al año. Es decir, elimina también la reforma recomendada.

En cuanto al Comité Ejecutivo, también otros países recomendaron algunas reformas substanciales, como, por ejemplo, el cambio del número de integrantes del Comité, elevándolos de 7 a 9. Este proyecto lo desestimó el grupo de trabajo y también la Comisión II. De manera, pues, que las conclusiones de la Comisión II dicen al pleno: No aceptéis la enmienda relativa a variar en el Comité Ejecutivo el número de sus miembros, y no se acepta el proyecto de enmienda.

También, respecto del Comité Ejecutivo, otro país recomendó otra reforma substancial, y era que los señores miembros del Comité Ejecutivo cumplieran una fracción de su mandato con residencia en la ciudad de Washington, para conectarlos con la vida íntima de la Oficina Sanitaria Panamericana. Esta recomendación fué desestimada, tanto por el grupo de trabajo como por la Comisión II, con lo cual quedó eliminada otra gran reforma que se recomendaba en algunos proyectos.

Otra reforma, que puede tener alguna particularidad o que la tiene en mucho, era la eliminación del texto constitucional de los cargos de Subdirector y de Secretario General de la Oficina. Estos dos cargos figuran en el texto constitucional vigente, y en el proyecto de reforma se nos proponía la eliminación de ambos. ¿Qué hizo el grupo de trabajo? ¿Qué hizo la Comisión II? No aceptó el proyecto de reforma y en el texto que recomienda revalida ambos cargos, mantiene la

existencia de estos cargos de Subdirector y de Secretario General. Ambas cosas no son nuevas, están vigentes en el texto constitucional que nos rige.

A primera vista, son éstas las modificaciones más salientes que se han considerado y ya he dicho el trato que han recibido. Después, vienen textos, arreglos idiomáticos, correcciones de sintaxis muy variadas, que dependen del idioma, sea éste inglés o español. En esto, doy toda la razón al señor Delegado de Costa Rica. No por lo que se haya gastado, pues está bien gastado, pero en realidad, depurado el proyecto de reforma, nos quedamos en que la reforma se ha disuelto y no hay, prácticamente, ninguna reforma esencial.

Y dejo para lo último lo que puede ser más polémico de la reforma, donde hubo tres votos particulares específicos de algunos países que lo hicieron constar de modo reiterado y enfático. Y es: aclarar la posición de los Miembros de la Organización. La Constitución vigente declara que son Miembros de la Organización las 21 repúblicas que integran la Organización de los Estados Americanos, y después da a la Conferencia poderes para determinar el método, la forma y la extensión en que pueden participar en la Organización los territorios que no se gobiernan por sí mismos, sino que son dependientes de metrópolis extracontinentales.

Este es el punto más polémico, porque en el nuevo texto se ha ampliado un tanto esta posibilidad. Algún país, incluso presentó la recomendación de clasificar a los Miembros en completos, totales, asociados o adherentes, para dar alguna denominación a los territorios, lo cual no fué aprobado. Pero hubo tres países que, específicamente, afirmaron reservas categóricas, que ni por este texto, ni por otro texto, ni por ningún texto se abra la posibilidad de voz y participación igualitaria a los territorios con los países auténticamente Miembros de la OEA, y que deben ser considerados Miembros en iguales condiciones.

Esta es la afirmación categórica de determinados países, que, a título de reserva, consta en las actas. De momento, recuerdo tres que la especificaron categóricamente. ¿Y qué ha habido de esa posición? En este proyecto, a que hace referencia el señor Secretario de la Comisión II, se aceptó el texto presentado por el Comité Permanente, texto abierto, flexible, que asegura y mantiene nuestras relaciones con esos territorios. Desde luego, esto es, prácticamente, el *status* actual: sin embozo participan, trabajan en coordinación, aunque no tienen, en el orden político absoluto y completo, la igualdad de derechos que tienen los Miembros totales de las repúblicas pertenecientes a la Organización de los Estados Americanos.

Por todas estas circunstancias, señores delegados, el Gobierno de Cuba, que estudió la reforma desde el año 1950, que ha mandado numerosos informes a la Oficina Sanitaria Panamericana, comentando toda esta documentación; que, incluso, presentó enmiendas muy variadas, hasta el número de diez, al texto de la Constitución, muchas de las cuales, la mayoría, no han sido aceptadas y, prácticamente, en general, ninguna otra; quiere declarar hoy que, efectivamente, el texto que se propone no difiere fundamentalmente del texto vigente. Desde luego, no llega a compartir en su totalidad el criterio del Delegado de Costa Rica; cuando ese es un trabajo hecho y efectivamente hay mejoría en el léxico, en el estilo, en la determinación misma de algunos principios fundamentales de la doctrina inter-

americana, no habría tampoco por qué lanzar al cesto la totalidad de ese proyecto. En definitiva, los que sean constitucionalistas ortodoxos y quieran mantener el régimen vigente pueden estar tranquilos que el régimen propuesto conserva íntegramente la doctrina de la presente Constitución, y las reformas que introduce son simplemente ligeras, que benefician, repito, al texto y, aun, en algunas partes, ligeramente a nuestra propia doctrina.

Por esa razón, señor Presidente, la Delegación de Cuba votaría, de una votación previa general, a favor, por la aceptación de lo que propone en su informe la Comisión II, que recoge estas enmiendas. Pero insistiendo y declarando, con mucha pena, que el espíritu de reforma amplia, honda y profunda con que Cuba soñó en otras oportunidades, por razones que expuso en su momento, no ha sido interpretado en el presente proyecto de reforma. Este es el criterio de la Delegación de Cuba.

EL PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para dar una información.

EL DR. SOPER (Director, OSP): Deseo llamar la atención de la Conferencia sobre el hecho de que en el informe de la Comisión II, en relación a la segunda resolución, que está en discusión, hay una omisión que dificulta el manejo de este documento. Se alude en él al proyecto de revisión elaborado por el Comité Permanente, y, después, al que presenta la Comisión II, sin referirse al documento intermedio del grupo de trabajo. Entonces, cuando he querido seguir la discusión y la presentación del Relator en el documento del Comité Permanente, aquí mencionado, no he encontrado posibilidad de ponerlos en relación.

Por lo tanto, este documento debe relacionarse con el presentado por el Grupo de Trabajo No. 1 y no con el del Comité Permanente.

EL PRESIDENTE: Si el señor Delegado de Costa Rica no insiste en su proposición de no hacer enmiendas a la Constitución, podremos dar por aprobada la idea general en ese sentido y pasar a la discusión particular del problema. Si le parece al plenario, daremos por aprobada esta forma y pasaremos a la discusión particular de las reformas propuestas, una por una.

Vamos a entrar en la discusión particular de las proposiciones de enmienda, pero antes daré la palabra al señor Delegado de los Estados Unidos.

EL SR. BELTON (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): La Delegación de los Estados Unidos desearía que se aclarara la situación.

Teníamos entendido que la proposición del Delegado de Costa Rica era que, en primer lugar, se decidiera si hemos de enmendar o no la Constitución. Si esta es la situación y la hemos entendido bien, lo que ahora estamos discutiendo es la cuestión en general, es decir, si hemos de enmendar o no la Constitución; no estamos discutiendo las enmiendas concretas al articulado. ¿No es así?

EL PRESIDENTE: Sí, ese era el primer punto propuesto y precisamente se provocó esta situación por la proposición previa de Costa Rica de no enmendar la Constitución, porque las propuestas de enmienda no eran sustanciales. Fué eso, precisamente lo que planteé nuevamente. Si el plenario no acoge la proposición de Costa Rica, se dará por aprobada la idea de enmendar la Constitución en ge-

neral. Aprobado esto, nos corresponde, entonces, entrar en la discusión particular de cada una de las enmiendas. Como nadie se ha adherido a la actitud de Costa Rica en ese sentido, se da por subentendido que el plenario acepta la idea de enmendar la Constitución en general; y pasamos, entonces, nuevamente . . .

Tiene la palabra el señor Delegado de Costa Rica.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): La Delegación de Costa Rica deseaba que, antes de entrar a discutirse este punto, se decidiera, tal como lo expresó en la primera sesión, al comienzo de esta Conferencia, si iba o no a modificarse la Constitución. No sé si los señores delegados entendieron la proposición, y si, naturalmente, la mayoría considera que se debe revisar la Constitución; yo no tengo objeción que hacer, fuera de mi voto negativo. Pero entiendo que, en el momento en que el señor Presidente mencionó el asunto, aun mi misma proposición en general estaba fuera de lugar, como decidió el señor Presidente, pues la intervención había sido anterior al documento, como señaló el Delegado de Cuba, con mucha razón, con la intención de que se fuera formando conciencia sobre el asunto.

Yo rogaría al señor Presidente que consultara de nuevo al plenario, ya en forma específica: Queremos reforma constitucional o no queremos, o, mejor, no es necesaria la reforma constitucional, ya que no es cuestión de que queramos o no, en vista del documento presentado.

El PRESIDENTE: Han escuchado la proposición de Costa Rica, pero la Mesa ha estado insistiendo en varias oportunidades en este sentido, para orientar la discusión. El primer punto lo habíamos puesto en discusión: si se legislaba o no se legislaba, si se trataba o no en general. Se ha escuchado una serie de opiniones, y creo que lo correcto en este momento es proceder a votar, en vista de que se insiste en ello; y seguir lo establecido, de manera que se necesitan dos tercios para aceptar una posibilidad de enmienda. Tiene la palabra en señor Delegado de los Estados Unidos.

El Sr. BELTON (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): La Delegación de los Estados Unidos aprovecha la oportunidad para exponer su punto de vista acerca de la cuestión planteada por el señor Delegado de Costa Rica.

Como ya mencionamos en una de las primeras sesiones de esta Conferencia, la Delegación de los Estados Unidos vino a ella con la convicción de que ni la Constitución vigente ni la nueva, propuesta por el Comité Permanente, le parecían satisfactorias. Sin embargo, nuestra delegación consideraba entonces que la nueva Constitución propuesta por el Comité Permanente no incluía suficientes cambios que justificaran una nueva Constitución o una nueva revisión constitucional. Por esta razón, expresamos nuestra preferencia (no un criterio cerrado, sino una preferencia) de que se mantuviera la Constitución vigente.

Las actividades posteriores de la Conferencia han venido a confirmar nuestra opinión de que es preferible mantener la Constitución vigente. En realidad, prácticamente toda la labor del grupo de trabajo de la Comisión II y la de la propia Comisión se ha dedicado a introducir nuevos cambios en el proyecto presentado por el Comité Permanente, cambios que tienden a que la Constitución propuesta se parezca ahora más a la actual Constitución. Por esta razón, consideramos que es

innecesario proceder ahora a la reforma constitucional, puesto que no hay cambios fundamentales. En nuestra opinión, todas las modificaciones, como ha expresado muy bien el señor Delegado de Cuba, son meramente de títulos, de puntos y comas, y no tienen carácter fundamental.

Creemos, además, que una constitución es un documento muy fundamental que, en modo alguno, debe ser modificado o adoptado a la ligera. Los cambios que se han introducido en el proyecto del Comité Permanente durante la pasada semana son cambios aparentemente satisfactorios y nuestra delegación declara que si esa Constitución, en la forma propuesta, fuese adoptada, podríamos vivir también con arreglo a ella a entera satisfacción. Sin embargo, nos damos cuenta, tal vez en mayor grado después de la sesión de ayer en la Comisión II, que en este proceso de revisión constitucional se pueden deslizar y se deslizan errores técnicos y creemos ahora que existen, aunque no sabemos de ninguno, pero creemos, repito, que pueden haber errores técnicos en la Constitución propuesta; por esta razón consideramos que sería peligroso adoptarla en este momento como Constitución de la Organización.

Por otra parte, no nos sentimos inclinados a que ese proyecto se envíe a los gobiernos para su estudio. Si se ha de enviar un proyecto de esta naturaleza, debe contener algunos cambios fundamentales que merezcan la pena que los estudien los gobiernos. Nos parece que sería casi pueril someter ahora a los gobiernos un documento de esta naturaleza que no contiene más que cambios de carácter editorial en relación a la Constitución en vigor.

En estas circunstancias, consideramos que la Conferencia debe expresar su preferencia en favor de seguir bajo la Constitución presente hasta tanto que en el futuro se manifieste claramente una gran necesidad y el deseo, por parte de varios gobiernos, de que se introduzcan algunas modificaciones fundamentales y positivas.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado del Paraguay. En seguida, México, Ecuador y el Uruguay.

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay): Por eso, a mí me parece que el planteamiento que ha hecho el Delegado de Costa Rica no es el verdadero. No se puede decir: quiere la Conferencia reforma, o no quiere la Conferencia reforma. Quizá la Conferencia quiere reforma. El hecho es que los gobiernos han enviado proyectos de reforma. La consulta debe ser, a mi entender, si la reforma que se propone, este proyecto de reforma que se propone, tiene suficiente importancia para reemplazar a la antigua Constitución. No sé si me explico, pero éste debe ser el planteamiento. Como las enmiendas son tan pequeñas y no modifican en modo alguno el fundamento de la Constitución, si son cambios de poca importancia, quizás valga la pena mantener la antigua Constitución, que ha regido muy bien a nuestra Institución durante tanto tiempo.

En este sentido, estoy totalmente de acuerdo con lo que ha expuesto el señor Delegado de los Estados Unidos; estas enmiendas que se proponen son pequeñas, no tienen trascendencia. Al contrario, quizá no se les han dedicado estudios preferentes, puesto que en legislación es muy importante también la forma, y una coma puede cambiar totalmente el significado de un artículo.

En consecuencia, la Delegación del Paraguay, considerando que las enmiendas propuestas son de poca importancia, de poca trascendencia, y quizás

no preferentemente estudiadas, está por que se mantenga la antigua Constitución, hasta que aparezcan reformas fundamentales que nos obliguen a modificarla.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de México.

El Dr. ZOZAYA (México): Lo expuesto por la Delegación de los Estados Unidos y por otras delegaciones no cabe duda de que tiene una base de verdad. En donde se ha fracasado, a mi parecer, es en el deseo de modificar la Constitución, como se planeó primitivamente; lo que creo que ninguno de los que estamos aquí puede aceptar, después que, como manifesté en sesión plenaria, hemos estado en cuatro Consejos Directivos insistiendo en esto, y después de haberse formado un Comité Permanente. Porque, como se ha dicho, no es posible que todos estén equivocados todo el tiempo.

Lo que creo que ha pasado es que no nos hemos enfrentado a las verdaderas realidades y defectos que tiene nuestra Constitución. Los hemos dejado iguales. Los defectos de la Constitución siguen siendo los mismos. Las mismas personas que en Ciudad Trujillo pedimos la reforma de la Constitución, tendríamos hoy exactamente las mismas razones para volverla a pedir. Y quiero decir que no se ha hecho nada de lo que se ha pedido.

El problema que nos ha agobiado como fundamental en esta Constitución es el Artículo 3 (participación de los territorios). Se ha dejado igual. Quiere decir que la Conferencia o el Consejo determinan. Nosotros queríamos que la Constitución, de una vez por todas, definiera el estado político y técnico dentro de nuestra Organización. Yo sigo insistiendo: lo dejamos otra vez igual. No quiere esto decir que la Constitución no tenga defectos. Tiene muchos; pero no los hemos atacado. Los hemos dejado iguales.

De manera, pues, que yo insisto en que lo que ha pasado no es que hayamos estado equivocados. Y sigo insistiendo.

Lo mismo existen muchos otros problemas sin resolver, respecto a los cuales se había pensado en hacer modificaciones. Y ahora se vuelven a notar los mismos defectos. En ninguna constitución existen nombramientos de personas como obligatorios de un Subdirector o de un Secretario; solamente del Director, porque tal cosa entra en un reglamento del personal que tienen todas las instituciones. ¿Por qué tener que cambiar la Constitución cuando un Director quiere hacer un cambio administrativo en su oficina? Este es un defecto que tiene la Constitución. Y lo sigue teniendo hoy, igual que en Ciudad Trujillo.

Entonces, no es la Constitución la que no tiene defectos, y por eso la hemos dejado igual. Somos nosotros los que no nos hemos enfrentado con los problemas. Así, lo de los territorios lo hemos dejado igual. Siempre hemos estado con que el Consejo Directivo puede votar lo que debe hacer un territorio. Es una equivocación. Así se hizo en un momento de emergencia. Hoy hay oportunidad de cambiar eso. ¿Por qué no se amplía esa situación? Incluso suponiendo que se les diera voto (la Delegación de México no está de acuerdo en dárselo) ya, por lo menos, se deja establecido en la Constitución. Actualmente, la Constitución sigue diciendo que los territorios y los grupos territoriales actuarán según la Conferencia; y esto y lo otro.

Así es que yo insisto en que los que no sabemos somos nosotros. La Consti-

tución está llena de defectos y no nos arriesgamos a decir los defectos o a modificarlos.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado del Ecuador.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): En mi intervención anterior solicité justamente esto: que no se comenzara por votar si se enmendaba o no la Constitución, sino que conociéramos, previamente, el informe de la Comisión respectiva, las sugerencias que ese informe contenía, para que a base de ese informe y del análisis y, las sugerencias que tuviera, resolviéramos si se hacía o no una enmienda de la Constitución. He escuchado la lectura del informe, el cual, sinceramente, no he podido seguir paso a paso, porque hay sobre todo en el primer párrafo alguna cosa un poco confusa que no me ha sido posible entender claramente; pero mejor que eso, he escuchado la explicación adicional que ha dado el Dr. Hurtado, Delegado de Cuba, y, a través de ella, he podido apreciar (difiero completamente del tenor de su exposición) que las modificaciones propuestas a la Comisión II no son, ninguna, de carácter fundamental; porque, en realidad, había puntos sobre los cuales se presumía pudiera hacerse una reforma fundamental de la Constitución, pero diversas circunstancias no han sido apreciadas así por la Comisión y, en consecuencia, su informe ha sido desfavorable.

Estoy de acuerdo con el Dr. Zozaya cuando dice que la Constitución tiene, en realidad, defectos y que simplemente no se han tocado; quizás su apreciación sea exacta en muchos términos, en muchos aspectos, pero es que esos defectos que existen, ya no tendremos oportunidad ni tiempo de estudiarlos en una plenaria. Lo hemos mandado a una comisión para que lo estudie un grupo de trabajo; lo han estudiado detenidamente, algunos han puesto de relieve ciertas modificaciones, pero, al fin y al cabo, el conjunto de representantes nuestros que integraba la Comisión II no los ha estimado adoptables. Tendríamos que reanudar en una plenaria el debate. Entonces, y en términos generales, nosotros tendríamos que llegar a la conclusión de que en esta Conferencia no nos sería posible hacer esa revisión de la Constitución. Eso, hablando en términos generales; pero hay un punto especial sobre el cual sí creo que valdría la pena determinar el criterio de la Conferencia, porque este asunto ha sido debatido y considerado durante mucho tiempo, y considerado muy particularmente; y tiene una especial trascendencia, y no solamente eso sino que, incluso, ha preocupado a algunos de los gobiernos la forma en que este problema puede ser resuelto. Es el asunto contenido en el Artículo 3 de la Constitución referente a la participación o, mejor dicho, al grado de participación que los territorios americanos que no tienen gobierno propio pueden tener o deban tener en la Organización Sanitaria Panamericana. Me parece que, como ha dicho muy bien el señor Delegado de México, esta Conferencia debe pronunciarse por lo menos sobre este aspecto, porque este es el aspecto que ha sido verdaderamente neurálgico de todas las discusiones y de todas las inquietudes acerca de la Constitución.

Ahora bien, para resolver este aspecto, es preciso modificar la Constitución o no lo es; puede ser que lo sea o que no. En realidad, siendo la constitución de cualquiera organización un documento básico, un documento que debe significar su perdurabilidad a través de los tiempos, siempre me inclino a respetar hasta donde es posible las constituciones como elementos básicos de la estructura de

la vida de una institución o de lo que sea. De manera que mi tendencia personal es respetar la integridad del texto constitucional hasta donde sea posible o hasta donde las necesidades no lo hagan preciso. Pero yo propondría, como discusión previa, esta discusión del tenor del Artículo 3 de la Constitución, de las disposiciones allí contenidas, para determinar, cuando la Conferencia considerara estos puntos, si estima que debe introducirse una reforma en la Constitución simplemente mediante una resolución.

Yendo al fondo del asunto, todos sabemos que la preocupación estriba en el grado de participación de los territorios. Todos nosotros, o si acaso me equivoco al decir todos, pues creo hay un gran número que piensa de esa manera, estamos seguros de la conveniencia de que los territorios o los gobiernos que los representan intervengan en nuestras deliberaciones, en la política sanitaria americana, no solamente en términos generales, sino porque la Conferencia forma parte de la Organización Mundial de la Salud, de la cual también forma parte nuestro organismo. La Conferencia Sanitaria Panamericana y el Consejo Directivo están equiparados al Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, en la cual los gobiernos que representan a los territorios americanos que no tienen gobierno propio, tienen, pleno derecho a intervenir. De manera que, sobre ese punto, sobre la conveniencia de que ellos intervengan en nuestras deliberaciones y el derecho, que lo tienen, en cierto tipo de deliberaciones, creo que no hay cuestión. En lo que ha habido cuestión y sigue habiéndola es en el grado de intervención que pueden tener en los asuntos que competen a la Organización Sanitaria Panamericana como organismo panamericano especializado, como órgano especializado de la Organización de los Estados Americanos. Como organismo especializado de la Organización de los Estados Americanos es lógico que solamente tengan representación y cabida los Miembros de los Estados Americanos autónomos, las repúblicas americanas autónomas; pero, entonces esto es el problema.

Ha habido resoluciones del Consejo Directivo, las cuales han regulado nuestras relaciones con los territorios en el sentido de otorgarles pleno derecho de deliberación en nuestras reuniones, y concederles voto en los asuntos de la Oficina solamente en el caso de que se trate del presupuesto de la Oficina, siempre y cuando contribuyan, como lo hacen, con cuotas para el financiamiento del mismo. De manera que, exclusivamente, en el asunto del presupuesto se les ha dado voto.

Quizás si acaso fuera el criterio general, o por lo menos de la gran mayoría, que esta situación se mantuviera de la misma manera, podría la Conferencia adoptar una resolución previa. Por ejemplo, podría ser, si no se quiere reformar la Constitución, que las relaciones de la Organización Sanitaria Panamericana con los territorios o la posición de los territorios con relación a la Organización Sanitaria Panamericana se siga regulando por la resolución del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana de tal y cual fecha, no la tengo en la memoria; pero los señores delegados, enterados de los asuntos, saben a lo que me estoy refiriendo; se seguirá regulando por eso, con cualquiera aclaración que se quiera hacer.

Yo, por mi parte, de acuerdo con criterios que he sostenido también en esta Conferencia, la única aclaración que quisiera añadir a eso es que, en la parte

final del primer inciso, cuando dice: "y los otros asuntos que competen a la Organización Sanitaria Panamericana," se entienda que la designación de Miembro del Comité Ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana es un asunto estrictamente de la Organización Sanitaria Panamericana.

Es mi opinión que, si hubiere una resolución de la Conferencia aclarando ya definitivamente este asunto, podría ser, en todo caso, la única reforma que quizás valdría la pena introducir por ahora en la Constitución: dejar todo lo demás sin resolver. Podría haber un inciso 2 del Artículo 3, que dijera: La relación de estos Estados se regirá por las disposiciones contenidas en la resolución tal del Consejo Directivo, con la determinación de que el Comité Ejecutivo es estrictamente un organismo de la Organización Sanitaria Panamericana. Esa es mi opinión.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado del Uruguay.

El Dr. CAPPELETTI (Uruguay): Simplemente para hacer conocer al plenario de la Conferencia que la Delegación del Uruguay no va a votar ninguna modificación al texto actual de la Constitución.

El PRESIDENTE: Creo que, en este momento, el problema a que estamos abocados podría resumirse en una decisión de la Conferencia, en el sentido que se había planteado por la Mesa en su primera instancia. Es decir, la proposición de resolución decía: "enmendar la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana . . ." Sobre esto existe esa Constitución, la proposición del Comité Permanente y la proposición actual de la Comisión II. Se conoce, más o menos, el tenor de todas ellas.

Creo que la Conferencia debiera pronunciarse exactamente sobre si acepta o no acepta enmendar la Constitución. Si no acepta enmendar la Constitución, se sobreentiende que queda rigiendo la antigua Constitución; si acepta enmendarla, entraríamos a discutir la proposición de enmienda hecha por la Comisión II, y la Conferencia, en ese momento, estará en condiciones de aceptar, rechazar, modificar o agregar lo que acuerde.

Hemos discutido, creo que en forma bastante amplia, este problema. Creo que lo que corresponde hacer sería simplemente pronunciarnos sobre este primer punto previo: si esta Conferencia acepta enmendar esta Constitución o no. Y creo que debiéramos proponer, entonces, votar simplemente si la Conferencia acepta enmendar o no. Tiene la palabra el señor Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): Para hacer una proposición, señor Presidente. Que debe emplearse la frase: "Enmendar o no enmendar." El pleno tiene ante su vista el informe de la Comisión en relación con enmiendas constitucionales. Se ha informado en qué consisten las enmiendas, se ha informado del origen y evolución de la reforma, y está, en nuestro criterio, probado que el proyecto de enmiendas que está sobre la mesa no incluye ninguna de las reformas esenciales a que aspirábamos los delegados de muchos de los Gobiernos Miembros.

En vista de estas consideraciones, la Delegación de Cuba propone al pleno de esta Conferencia rechazar en su totalidad el proyecto de enmiendas presentado.

El PRESIDENTE: Pero, al ser rechazado el proyecto de enmiendas propuesto, queda subsistente el mismo problema.

El Dr. HURTADO (Cuba): No queda nada. Hay un proyecto de enmienda. Se rechaza en su totalidad el proyecto; la Constitución está vigente. Nadie la ha tocado.

El PRESIDENTE: Si se rechaza el proyecto de enmiendas, se entenderá que la Conferencia acepta que quede la Constitución tal cual está.

El Dr. HURTADO (Cuba): No hay que hacer mención de tal afirmación. Al declarar que queda rechazada la enmienda, automáticamente la Constitución sigue. Si la Constitución no ha dejado de ser, ¡ni por un minuto! En este minuto, está la Constitución vigente.

El PRESIDENTE: ¿Me permite, Dr. Hurtado? Hay que aclarar perfectamente el alcance de las decisiones que se van a adoptar, por cuanto, además, tenemos la proposición del señor Delegado de México, en la cual rechaza la proposición de enmiendas propuesta por la Comisión, pero, a su vez, insiste en la necesidad de reformar la Constitución.

El Dr. HURTADO (Cuba): Ese es un criterio particular.

El PRESIDENTE: Pero es uno más, y debemos considerar todos los criterios. Es nuestra obligación.

El Dr. HURTADO (Cuba): Pero ahí tiene Ud. sobre la mesa, señor Presidente, un proyecto de reforma que ha sido conocido por el pleno. Si el pleno rechaza todas las reformas propuestas, el asunto está terminado, y quedan abiertas de nuevo todas las oportunidades de reforma que se quiera, porque éstas siempre están abiertas. Pero esta etapa de la reforma está terminada. Procede pronunciarse sobre este documento: se acepta o no se acepta.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado del Ecuador.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): Es mi opinión que, habiéndose leído el informe de la Comisión, la primera resolución que procede tomar es si la Conferencia acepta o no acepta el informe. Lo acepta parcialmente, o no parcialmente, o no lo acepta, sin usar el término de "rechazar", que me parece demasiado categórico; simplemente, no acepta el informe, no aprueba el informe. Listo. Ahora, al no aprobar el informe, queda el segundo punto: no habiéndose aprobado el informe, no habiendo, entonces, documento sobre la mesa, la Conferencia resuelve enmendar o no la Constitución. Después, la Conferencia dice: No habiendo proyecto sobre qué discutir, se resuelve no enmendar la Constitución, por ahora; abstenerse de toda enmienda a la Constitución. Son dos tiempos, me parece a mí.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de la República Dominicana.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana): El Gobierno de la República Dominicana en ningún momento emitió opinión en relación con el proyecto de enmiendas, y esto lo hizo precisamente porque fué un representante de nuestro Gobierno quien en Ciudad Trujillo sometió al Comité Ejecutivo la proposición de enmendar. Sin embargo, nos ha enviado aquí para que tomemos una actitud definitiva al respecto. Si las enmiendas no se ponen a discusión, entendemos que no necesitamos pronunciarnos.

Ahora bien, en relación con el punto sometido a discusión, entiendo que no es si se acepta enmendar o no se acepta enmendar, porque la Conferencia, o la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, aceptó, o, mejor dicho, designó un Comité para que preparara el proyecto de enmiendas. Lo que debe ser discutido aquí es si se aceptan o no las enmiendas presentadas. Se ha leído la resolución y, como anexo de esta resolución, el proyecto. Si el proyecto no se pone a discusión, no se puede saber de antemano si uno está o no de acuerdo con los textos que se presentan. Por consiguiente, hay que cumplir el mandato de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, que autorizó las enmiendas; y someterlas a discusión aquí, para que sean o no aceptadas.

El PRESIDENTE: Se propone la aceptación o el rechazamiento de las enmiendas propuestas por nuestra Comisión II. Creo que valdría la pena votar. Si la Conferencia lo estima, la votación se hará secreta o nominal.

El Dr. HURTADO (Cuba): Pido que la votación sea nominal, o sea llamando por lista de países.

El PRESIDENTE: ¿Hay oposición? Se va a proceder a votación sobre si se acepta o no el proyecto presentado por la Comisión II. En votación.

El Dr. ZOZAYA (México): Pido la palabra, señor Presidente.

El PRESIDENTE: Estamos en votación.

El Dr. ZOZAYA (México): Si, señor; lo único que queda pendiente, al discutir eso, es si queda eliminada la posibilidad de discutir cualquiera de los artículos de la Constitución.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana): Precisamente, con la aclaración del señor Delegado de México, dije que debía leerse el anexo del proyecto de resolución y el texto de las enmiendas, porque es muy posible que haya delegados que quieran introducir en la plenaria modificaciones al texto del artículo, si no les parece que sea prudente en bloque, sino en la forma que ha dicho el señor Delegado de México, porque se da a los señores delegados la posibilidad de introducir reformas en el texto de los diferentes artículos que han sido presentados.

El PRESIDENTE: Habría que pronunciarse previamente sobre el sentido de la votación: si acepta o no este cuerpo de enmiendas; y el no aceptarlo no significa que se cierre la discusión sobre la reforma constitucional; o bien, si el rechazarlo significa simplemente rechazar la idea de reformar la Constitución en esta Conferencia. Esta es una cosa sobre la cual la Conferencia debe pronunciarse. Tiene la palabra el señor Delegado del Ecuador.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): Me parece, señor Presidente, que son dos tiempos distintos y dos resoluciones: la una, aceptar o no el informe. Estoy de acuerdo con la resolución del Presidente de votar sobre si se acepta o no el informe; el segundo punto que tiene que resolver la Conferencia (supongamos denegado el informe) es el de algunas sugerencias concretas distintas del informe o especiales sobre reforma de la Constitución. Son dos resoluciones, según me parece.

El PRESIDENTE: Se acoge la proposición. Tiene la palabra el señor Delegado de la Argentina.

El Dr. SEGURA (Argentina): En caso de que se apruebe el informe en general, ¿ello no significa que ha quedado aprobado en particular el informe y que no se admiten otras enmiendas posteriores?

El PRESIDENTE: Entonces, votaremos la primera situación. Antes, tiene la palabra el señor Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): Quería hacer una aclaración. De hecho, cualquiera que sea la variante en que se pretenda colocar este pleno, no está haciendo otra cosa que proceder a votar la totalidad del proyecto de reforma presentado. Y los que aquí nos sentamos y tenemos hábito parlamentario debemos saber muy claramente lo que significa votar la totalidad de un proyecto. Proyecto cuya totalidad se vota, y obtiene la aprobación, entra a la discusión detallada de su articulado. Proyecto para el cual se rechaza la totalidad ha muerto legislativamente; y nuevas iniciativas habrán de pronunciarse.

Esta es la técnica habitual parlamentaria, y esto es lo que estamos siguiendo aquí en este momento. Si el pleno de esta Conferencia rechaza el documento que contiene las distintas reformas proyectadas, cuya naturaleza conoce, porque no podemos engañarnos, sabemos exactamente qué dicen; si las rechaza, digo, ahí ha terminado, por este momento, el proyecto de reforma constitucional; y cualquier delegado de un país que intente introducir una reforma parcial sobre algún tema tiene la puerta abierta. Naturalmente, la va a encontrar muy estrecha ante las normas tradicionales de los reglamentos, porque tendrá que presentarla de nuevo; tendrá que ir a la comisión, y tendrá que pasar al comité correspondiente, etc., etc. Y, entonces, será más fácil asegurar que vaya al próximo Consejo Directivo, que es un órgano deliberante que dentro de unos meses se vuelve a reunir.

Quiero aclarar de manera definitiva esta cuestión. Tal es el concepto de la votación que se va a realizar. Se va a votar globalmente un grupo de reformas proyectadas. Si se rechaza la totalidad de las reformas, este asunto ha terminado aquí esta mañana.

El PRESIDENTE: El señor Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. SEGURA (Argentina): Señores miembros de la Conferencia, estamos frente a un problema de gran importancia. Algo de lo que nosotros tenemos que tratar en estos momentos toca a lo más profundo de nuestras organizaciones políticas en América.

Hemos estado esperando cuatro años la ocasión de que se trajera la voz representativa de lo que constituye la médula de la unión de los países americanos, en nuestra acción, en cada una de las organizaciones en que se reparten las actividades de todo Estado. Si, después de esa espera, llega el momento en que deben aclararse los conceptos, en que debe ponerse en evidencia cuanto hay de sincero y de verdad en nuestras aspiraciones americanas, tratamos de rehuir toda demostración de nuestros pareceres, un poco por comodidad, otro poco por intereses que van subrogados a nuestras acciones exclusivamente técnicas, y tomamos una posición como la que está por adoptarse, para que pueda no tenerse la

oportunidad de aclarar las cosas, de recibir los unos de los otros las sugerencias que determinados asuntos merecen, y hay que considerar que, cuando los países tienen sus pareceres, es a base de profundas convicciones y de profundos estudios, no creo que sea un procedimiento recomendable, por concreta que resulte la resolución que adoptemos, el de no aceptar en total unas enmiendas, lo que trae como corolario cerrar definitivamente la posibilidad de exponer más situaciones.

Considera nuestra delegación que lo menos que puede hacerse para con los que se vienen ocupando asiduamente, durante un período tan largo, de este asunto, y que han demostrado haber puesto la mayor conciencia en los trabajos que han traído, es dar la oportunidad final de escuchar a esos países y ver cuáles pueden ser los argumentos. Y puede ser, también, que algunos países que tengan un concepto un poco indeciso, no claro, oyendo esas sugerencias, puedan, a su vez, coparticipar en determinadas maneras de actuar.

Por lo tanto, nuestra delegación llama a consideración de las delegaciones hermanas que debe darse la oportunidad de escuchar las argumentaciones que pueden tenerse en un caso como éste, en que, sin temor de engaño, sabemos que tenemos por medio un problema que es sanitario en parte, pero que tiene una profunda médula política. Y, por lo tanto, no es rehuyendo y cerrando los oídos como se hace una mejor obra americana.

Si después de oír los argumentos todavía se sigue creyendo que los puntos contrarios son los ciertos, ¡bienvenidos! Pero dése la oportunidad de escuchar a quien tiene la intención de hacerse oír.

Por lo tanto, nuestra delegación cree firmemente que lo menos que debe hacerse ante un tema tan trascendental es no darle un golpe violento de puerta, cerrándolo definitivamente, cuando queden detrás muchas ideas en fermento de inquietudes, de inseguridades y de decepciones de un ideal americano, tan puesto en vigencia en cuanta reunión se habla y que, en la realidad, puede ser de tan poca eficiencia.

Por lo tanto, nuestra delegación pide, con toda conciencia, con toda seriedad y con todo respeto, que, antes de determinar si hemos de cerrar la puerta a esta acción, se dé la oportunidad de hablar a aquellos que creemos que la Constitución debe ser modificada.

El PRESIDENTE: Estamos en votación y vamos a aclarar que se va a votar el proyecto de reforma propuesto por la Comisión II.

Su aprobación sería en general y habría que pasar en seguida a tratarlo en particular. Ahí cabe toda posibilidad de enmienda de la Constitución. Si se rechazara en general la idea de legislar y en caso de haber otras proposiciones, habría que seguir el camino señalado por el señor Delegado de Cuba.

La Conferencia, naturalmente, es libre para decidir la forma en que podría tratarse una segunda instancia.

El Dr. SECURA (Argentina): La segunda instancia, ¿es diferida de esta reunión? ¿Se trataría en otra reunión o en ésta?

El PRESIDENTE: La Conferencia lo decidirá. Si viene una nueva proposición de reforma, esta proposición será propuesta a la Comisión General de esta Conferencia y ella decidirá el camino que se ha de seguir para tratarla.

El Dr. SEGURA (Argentina): Yo preferiría, señor Presidente, que la moción fuera más específica. Si los señores delegados, por mayoría, deciden no tomar en consideración las enmiendas y que no se pueda dar lugar a que se vuelva a hablar, a renglón seguido, sobre determinados artículos de la Constitución, esto significará que bien podemos no tener oportunidad de hablar en esta XIV Conferencia sobre dicho tema, para diferirlo a un Consejo posterior.

Esa no es la proposición de la Argentina. La Argentina cree que deben tratarse los temas específicos de la Constitución, algunos por su trascendental importancia, y no caer en un error de interpretación, de procedimiento, que cierre definitivamente la posibilidad de hablar. Es decir, la Argentina está frente a una situación seria y, por lo tanto, prefiere hablar claramente y decir que desea se considere, sobre todo, el Artículo 3 de la Constitución.

Por lo tanto, quiere clara y específicamente saber si va a poder o no hablar sobre este tema en esta reunión.

El PRESIDENTE: Según la práctica tradicional de las discusiones de todos los proyectos de resolución que puedan ser adoptados por esta Conferencia, el hecho de aprobar en general un proyecto no significa la aprobación de todos sus detalles, en la forma como viene, sino que significa que se aprueba la idea de legislar. Aprobar, en general, en este caso este proyecto, cabe, en segunda instancia discutir cualquier punto que este proyecto toque, en el sentido que la Conferencia desee.

Así, pues, la proposición de la Argentina sería, simplemente, aprobar en general la proposición de la Comisión y del grupo de trabajo, y si ésta se llega a aprobar, tratar, en seguida, lo que a ella le inquieta.

Ahora, si la Conferencia estima conveniente no aceptar en general el proyecto, tendremos que atenernos a otro sistema de reposición.

Al tomar una decisión en este momento, decimos en forma bastante clara: si se aprueba en general el proyecto, nos abocaremos al análisis particular de todos los aspectos que el proyecto incluye. Si no lo aceptamos, esto querrá decir que cualquier otra proposición de reforma tendría que seguir el camino reglamentario señalado con anterioridad.

Es, en estos momentos, la Conferencia la que ha de resolver, libremente, el camino que va a adoptar; y que se sepa en forma bien clara qué se va a votar y las consecuencias de esa votación. Simplemente, si la proposición de la Argentina es discutir, me parece que ella debe votar por aprobar la proposición de la Comisión General. Creo que es la forma más simple de terminar y decidir. Valdría la pena votar, simplemente, uno de los dos caminos. Tiene la palabra el señor Delegado de México antes de cerrar el debate.

El Dr. ZOZAYA (México): Solamente para demostrar la inquietud de la Delegación de México sobre esa proposición de votación. Me parece que el Delegado de Cuba aclaró este punto y estoy de acuerdo en que si se vota un documento totalmente, en bloque, y no se acepta, resultará muy difícil que la Conferencia vuelva a tratar cualquiera de los puntos del proyecto. No sé cómo se llegará a eso, que es lo que nos dice el señor Presidente.

El PRESIDENTE: No sé si me he expresado mal, pero debo reiterar que si el

documento se aprueba en general, se discute lo que en ese documento se propone y la Conferencia podrá decidir cualquier cosa con respecto a eso.

El Dr. ZOZAYA (México): O sea, que se va a discutir.

El PRESIDENTE: Si acaso se aprueba en general, se discutirá lo que en ese documento se propone. Si se rechaza, vendrá una nueva proposición que tendrá que seguir un camino distinto a éste: tendrá que ir a la Comisión General y ésta dictaminará qué se hace con tal proposición.

El Dr. ZOZAYA (México): Como eso sería muy largo, propongo, en vista del tiempo, considerar el asunto, ya que los puntos por discutir son muy pocos. Realmente si se pusiera a discusión la selección de dos o tres puntos que tiene la Constitución, que deben aclararse de acuerdo con lo que ha expresado la Delegación de la Argentina, con lo que está totalmente de acuerdo la Delegación de México, se evitaría todo este trámite. En lugar de rechazar en bloque, en primer lugar, y después hacer todas las gestiones para volver sobre dos o tres, que posiblemente en muy poco tiempo se pasen y aclaren.

El PRESIDENTE: Insisto, nuevamente, ante el señor Delegado de México, en que, si su delegación vota favorablemente, aceptando en general la proposición de la Comisión, en seguida esa delegación podrá plantear el tema que más le interese y proponer las modificaciones que estime convenientes.

Es el camino más sencillo de terminar con esta situación. Es la fórmula corriente en las prácticas parlamentarias: primero se aprueba en general, y luego se introducen las modificaciones y se señalan los puntos que interesan. O bien, al rechazar un proyecto en general, se quiere decir que el legislador rechaza el proyecto y tiene que venir otro.

Es la Conferencia la que ha de decir, en este momento, lo que ha de hacerse. Creo, al respecto, mucho más sencillo someterlo a votación. Así es que estamos en votación, e insisto en que la votación es nominal, a menos que se prefiera hacerla secreta. Parece haber consenso para que sea nominal.

Aprobado.

El SECRETARIO: Señor Presidente, de acuerdo con la resolución aprobada, se necesitarán dos tercios de votos de los presentes. Como según los Artículos 15 y 18 los delegados de los territorios no tienen derecho a votar, por ser un asunto constitucional, quedan veinte países. Dos tercios son catorce. Se procede a la votación.

El Dr. HURTADO (Cuba): Quisiera que me explicara el señor Secretario por qué razón esta votación es de dos tercios.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de la Argentina.

El Dr. SEGURA (República Argentina): Sugeriríamos, dada la importancia que el asunto tiene, que este plenario terminara sin hacerse esta votación, y que se suspendiera la sesión hasta las primeras horas de la tarde, para continuar el estudio de este tema, dada la hora que es, y creo que podría haber . . .

El PRESIDENTE: ¿Usted pide que se aplace la votación?

El Dr. SEGURA (República Argentina): Que lo dejamos hasta la tarde y que continuemos en el punto en que estamos.

El PRESIDENTE: Estamos en votación. Hay una proposición de la República Argentina para aplazar la votación hasta las primeras horas de la tarde. Pediría el acuerdo unánime para aceptarla. ¿Hay oposición?

Primero vamos a ordenar un poco la situación. El señor Secretario va a contestar a la pregunta sobre los dos tercios. En seguida, vamos a decidir si aplazamos o no la votación.

El SECRETARIO: Se trata de aprobar enmiendas a la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, y se ha aprobado una resolución, hace un momento, adoptando ese procedimiento.

El PRESIDENTE: Entonces, habíamos pedido votación; pero el señor Delegado de la Argentina pide el aplazamiento de esta votación hasta las primeras horas de la tarde. Pido el asentimiento de la asamblea. ¿Hay oposición?

El Dr. HURTADO (Cuba): La Delegación de Cuba no acepta el aplazamiento.

El PRESIDENTE: Hay oposición. Por consiguiente, debemos proceder a la votación.

El señor Secretario ha aclarado todas las cosas previas y va a tomar la votación. Si el resultado es "sí", significa aceptar la proposición del proyecto que propone la Comisión II, y si es "no", simplemente se rechaza en general el proyecto y debe buscarse otra fórmula.

El señor Secretario procede a tomar la votación. Votan a favor: Colombia, República Dominicana, El Salvador, Ecuador, México y Guatemala.

Votan en contra: Costa Rica, Estados Unidos, Venezuela, República Argentina, Uruguay, Panamá, Chile, Cuba, Perú, Bolivia, Brasil y Paraguay.

Han votado 18 países, dos tercios son 12 y los votos en contra son exactamente 12. No participan en la votación por estar ausentes: Haití y Nicaragua.

El SECRETARIO: Queda rechazado, o no aprobado, el proyecto.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): ¿No se necesitan los dos tercios para tomar esta decisión?

El Dr. HURTADO (Cuba): No alcanzó a los dos tercios.

El SECRETARIO: Son los dos tercios de los presentes en el momento de la votación.

Los votos afirmativos tienen que ser dos tercios, perdón; yo conté los votos negativos. Los votos de la aprobación son 6: Colombia, República Dominicana, El Salvador, Ecuador, México y Guatemala. De manera que no queda aprobado.

El proyecto de revisión propuesto por la Comisión II queda rechazado.¹

¹ Véase Resolución XL del Acta Final, pág. 673.

El PRESIDENTE: Ahora, cualquier proyecto constitucional puede presentarse a la Comisión General, para decidir acerca del procedimiento a seguir. Tiene la palabra el señor Delegado de la Argentina.

El Dr. SEGURA (Argentina): Vuelve a plantearse, ahora, lo que yo previne antes de la votación; por eso había pedido al señor Presidente que me dijera si el rechazar la admisión del documento en general permitía o no tratar un punto en particular, inmediatamente. Esa fué la aclaración que pedí; la Presidencia no nos dió ninguna contestación en ese sentido y hemos dicho que era conveniente tratar algunos de los temas de la Constitución; y asintió el señor Presidente que podía tratarse cualquiera de esos temas. Y, a raíz de la aclaración del señor Delegado de Cuba, surgieron las dudas que expresó el señor Delegado de México. Y pareció que el señor Presidente había admitido la posibilidad de que, a posteriori, pudiéramos tratar algunos temas que no eran motivo de objeciones por parte de los señores delegados.

El PRESIDENTE: El señor Delegado entendió mal. Dije que, rechazado en general el proyecto de resolución, no cabía hacer mayores consideraciones, y el asunto quedaba definitivamente terminado, por lo que respecta a esta Conferencia. Agregué que tal era el camino determinado en todos los procedimientos reglamentarios, en el parlamento. Expliqué que, aprobado en general un proyecto, se puede tratar inmediatamente todo lo que en ese proyecto se consigna, en uno u otro sentido. En ese caso, sí hay libertad para empezar a tratarlo. Pero, al rechazar el proyecto, como acaba de ocurrir, cualquier modificación tendría que ser propuesta previamente a la Comisión General, para que esa Comisión General determinara el procedimiento que se hubiera de seguir con esa proposición. Tengo entendido que el resto de los señores delegados han entendido esta actitud de la Mesa.

Siento que el Dr. Segura no lo haya entendido así, pues fué mi propósito explicarlo en esa forma. Y tenía entendido, interpretando la posición de la Argentina, que el voto de la Argentina iba a ser favorable a la aprobación, precisamente para poder discutir el asunto.

Tiene la palabra el señor Delegado de la Argentina.

El Dr. SEGURA (Argentina): ¿Quiere decir que con esta votación queda terminado el tema de la modificación de la Constitución, en cuanto a que tal modificación sea considerada en el pleno de esta Conferencia?

El Dr. HURTADO (Cuba): Sí.

El PRESIDENTE: Queda la posibilidad de que la Comisión General determine, como puede determinarlo, cualquier procedimiento para seguir el estudio a base de las proposiciones hechas por los delegados presentes. No podría yo adelantarme al juicio futuro de la Comisión General. Tiene la palabra el señor Delegado de la Argentina.

El Dr. SEGURA (Argentina): La Delegación de Argentina propone a la Comisión General que considere la posibilidad de llevar a la discusión el Artículo 3 de la Constitución de la Organización Sanitaria.

El PRESIDENTE: La Mesa agradecería al señor Delegado de la Argentina

hiciera llegar por escrito esa proposición a la Comisión General, para ser considerada en la próxima reunión. No hay más asuntos de que tratar.

Continuación de la Sesión

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): ¿Me permite, señor Presidente?

¿Sería posible, para terminar el trabajo, considerar el informe del grupo de trabajo sobre treponematosi, que es muy corto, y el relativo a la malaria, y facilitar así la labor de la Comisión General, que tiene que aprobar el proyecto de Acta Final, y de la Secretaría, que tiene que copiarla y distribuirla? Creo que en diez minutos podemos terminar el estudio de esos temas.

El PRESIDENTE: La Conferencia decidirá.

Se ha hecho una proposición para continuar tratando los puntos señalados en el orden del día. Si no hay oposición, quedará así acordado.

Aprobado.

Ruego al Dr. Vargas Méndez que pase a presidir.

Deja la Presidencia el Dr. Altamirano, y pasa a presidir el Dr. Vargas Méndez (Costa Rica).

Segundo Informe de la Comisión I

Tema 24: Treponematosi (Grupo de Trabajo "E")

El PRESIDENTE: Continuando la sesión, y de acuerdo con el temario, vamos a considerar el proyecto de resolución sobre el Tema 24, Treponematosi. El señor Secretario dará lectura al documento de que se trata.

El Secretario lee el proyecto de resolución sobre treponematosi que figura en el informe del Grupo de Trabajo "E".¹

El PRESIDENTE: Señores delegados, se somete a vuestra consideración el proyecto de resolución, que ha leído el señor Secretario, sobre treponematosi. Se ofrece la palabra. Si nadie formula observación se aprobará.

Aprobado.²

Tema 32: Erradicación de la Malaria en las Américas (Grupo de Trabajo "D")

El PRESIDENTE: Pasamos al tema siguiente del orden del día. El señor Secretario dará lectura al documento respectivo.

El Secretario da lectura del proyecto de resolución que figura con el título "Erradicación de la malaria en las Américas" en el informe del Grupo de Trabajo "D".³

El PRESIDENTE: Se ofrece la palabra.

¹ Véase pág. 474.

² Véase Resolución XLI del Acta Final, pág. 674.

³ Véase pág. 472.

Como los señores delegados recordarán, había ya una resolución del plenario, para que la parte económica de esto se separara. El señor Secretario leerá la resolución respectiva.

*El Secretario da lectura del proyecto de resolución sobre
"Uso de Fondos para la Intensificación de Actividades Anti-
maláricas" que se encuentra en el referido informe.¹*

El PRESIDENTE: Señores delegados, han oído ustedes la lectura de ambos documentos. Se concede la palabra. Tiene la palabra el señor Delegado de la Argentina.

El Dr. SEGURA (Argentina): Nuestra delegación está de acuerdo con el proyecto de resolución sobre erradicación de la malaria en las Américas.

En cuanto al uso de fondos para la intensificación de estas actividades anti-maláricas, hay dos incisos en la resolución, en uno de los cuales se autoriza al Director a tomar 100.000 dólares de ese superávit para la campaña, como así mismo a un aumento de 100.000 dólares en el nivel presupuestario de 1956, indicando un uso de fondos respecto de los cuales no tenemos suficiente autorización para dar nuestro parecer. Queremos dejar constancia de que esta delegación no toma ninguna resolución, llevando el problema a la resolución de las autoridades competentes que puedan tratar este tema y, después, dar la respuesta en forma oficial.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, señor Delegado de la Argentina.

La Presidencia cree que, por haberse producido la primera objeción o reserva al documento sobre fondos para la erradicación, vamos a proceder a votar separadamente el primer documento y, luego, el segundo.

¿El plenario acepta el proyecto de resolución sobre erradicación de la malaria en las Américas? Se concede la palabra. De no haber objeciones, se considerará aprobado.

Aprobado.²

El PRESIDENTE: Se procederá a la consideración del proyecto de resolución sobre fondos. ¿Hay algún delegado que quiera formular objeciones? El señor Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): Objeciones no, señor Presidente, sino todo lo contrario. Pero, en vista de que se han hecho objeciones, deseo llamar la atención de este pleno, que tomará muy en cuenta lo que significa esta solicitud a que se refiere la resolución; y declarar, desde luego, que la Delegación de Cuba está en favor, e invita y recomienda a las demás delegaciones a votar en favor del crédito que se solicita para la erradicación de la malaria.

El PRESIDENTE: ¿Hay algún otro delegado que quiera expresar su opinión? La opinión, en contra, del señor Delegado de la Argentina se hará constar. Tiene la palabra el señor Delegado de la Argentina.

El Dr. SEGURA (Argentina): La Delegación de la Argentina no ha mostrado un espíritu en contra. Dice que esta resolución la elevará a la consideración de

¹ Véase pág. 473.

² Véase Resolución XLII del Acta Final, pág. 674.

su Gobierno y él es el que contestará, en nombre de la República, porque no tengo suficiente autorización para tomar por mi cuenta una decisión, por simpática que me resulte.

El PRESIDENTE: La Presidencia se excusa y cambiamos el término por “reservas” al documento. ¿Hay alguna otra observación? De no haber ningún otro pronunciamiento, se va a aprobar el documento que da base económica al programa de erradicación de la malaria en las Américas.

Aprobado.¹

El señor Secretario nos informará si aún queda a este plenario algún otro tema, antes de levantar la sesión.

**Tema 25: Unidad de Acción en los Programas de Salud Pública y
Tema 35: Programa de Asistencia Técnica para 1955 (continuación)**

El SECRETARIO: Está pendiente la resolución adoptada por un grupo de trabajo que se reunió, para la Asistencia Técnica; pero no se ha terminado de mimeografiar, de manera que no se ha distribuido.

El PRESIDENTE: La Presidencia somete al plenario la posibilidad de que se lea y que esa lectura sirva de información a las delegaciones, para proceder a su aceptación o rechazamiento.

Si están de acuerdo, se pedirá al señor Secretario que lea el documento que no ha podido todavía ser mimeografiado y circulado.

El SECRETARIO: Voy a darle lectura lentamente, advirtiendo que éste es el tema que se discutió con toda amplitud el día de ayer y que se inició en el debate del Tema 25 (documento presentado por el Director de la Oficina, sobre unidad de acción en los programas de salud pública en las Américas) y se completó con el documento del Tema 35: Programas de Asistencia Técnica.

El anteproyecto de resolución sobre este tema (Documento CSP14/90) dice:

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, considerando que la Resolución WHA7.41 de la Séptima Asamblea Mundial de la Salud (mayo 1954) declaró que las variaciones de un año a otro en el importe de los fondos de Asistencia Técnica puestos a disposición de la OMS desorganizan los programas planeados para ser financiados con todos los recursos de la Organización, y son perjudiciales para la estabilidad en la planificación y ejecución de proyectos individuales y retrasan la realización del programa general de actividades aprobado para un período específico; y la difícil situación por que atraviesan actualmente los programas de la Organización que están en desarrollo, financiados con fondos provenientes de la Asistencia Técnica con motivo de las disposiciones dictadas por el ECOSOC en sus resoluciones; y teniendo en cuenta las observaciones hechas por los representantes de distintos países y las informaciones del señor Director en relación con la materia,

Resuelve: Tomar nota de toda la información referente a los acuerdos relacionados con la Asistencia Técnica Ampliada de las Naciones Unidas e instruir al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para que a nombre de la Conferencia notifique a los Gobiernos Miembros de esta situación, recomendándoles la mayor

¹ Véase Resolución XLIII del Acta Final, pág. 675.

consideración al respecto, tomando la más amplia información posible de sus organismos técnicos sanitarios en forma que pueda instruir convenientemente a sus representantes en las Naciones Unidas con el fin de promover una adecuada revisión de los acuerdos del ECOSOC en la materia relacionada con el Programa de Asistencia Técnica Ampliada.

El PRESIDENTE: Los señores delegados han oído el texto de la resolución, y la Presidencia los invita a expresar sus opiniones. Tiene la palabra el señor Delegado de los Estados Unidos.

El Dr. BRADY (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Cuando anoche se discutió este tema, se acordó que un grupo de trabajo preparara un proyecto de resolución. No hubo decisión alguna acerca de si se adoptaría o no; se trataba más bien de presentarla para información de la Conferencia.

La Delegación de los Estados Unidos participó complacida en la redacción de ese proyecto de resolución.

Como se indicó anoche, esta cuestión está ahora a debate en la Asamblea General y sentimos la duda, señor Presidente, de que sea oportuno distribuir en este momento una resolución de este tipo. Por ello, la Delegación de los Estados Unidos tendrá que abstenerse si este proyecto de resolución se somete a votación. Personalmente, creo que la discusión de anoche y la lectura del proyecto de resolución esta mañana ya han servido el propósito para el que fué redactado.

El PRESIDENTE: Han oído a la Delegación de los Estados Unidos. ¿Hay alguna otra manifestación? Se ofrece la palabra.

Será necesario decidir, en este momento, si en realidad, en vez de adoptar una resolución sólo se toma nota de ella, y que figure en las actas. El plenario decidirá.

Como manifestó el Delegado de los Estados Unidos, como se está discutiendo ahora este asunto en la Asamblea de las Naciones Unidas, quizá no sea oportuna una presentación de documentos.

Al decir que aparecerá en las actas, la Presidencia se corrige; aparecerá en la Memoria de la Conferencia. En el Acta Final, propiamente dicha, no puede figurar sino lo que está aprobado.

Tiene la palabra el señor Delegado del Ecuador.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): La Delegación del Ecuador hizo anoche la sugerencia de que fuera presentada una proposición en este sentido afirmativo, es decir, que fuera presentado un proyecto de resolución de la Conferencia; y lo hizo porque se presentó en la Conferencia un problema de trascendencia y de importancia para el desarrollo de los Programas de Asistencia Técnica que, en lo que a salud pública se refiere, son de tanta significación y de tanta trascendencia para nosotros. Considerando esto y las explicaciones que aquí se han dado, se pensó que a nosotros, representantes de los Gobiernos Americanos, en lo que a actividades sanitarias se refiere, nos correspondía plenamente llevar a nuestros gobiernos la inquietud sobre la resolución del ECOSOC. La forma en que consideramos que esta resolución puede perjudicar al desarrollo de la política sanitaria internacional, de la parte sanitaria internacional que nos han encomendado llevar a nuestros gobiernos haciéndoles presente esta inquietud y esta impresión, y solici-

tando de ellos, así como les pedimos otras cosas, que vean la manera de intervenir mediante sus representantes ante las Naciones Unidas para determinar si es posible elevar hasta ellas esta resolución, que anteriormente se había tomado por uno de sus organismos especializados.

En realidad, no veo ningún inconveniente para que nosotros, así como sugerimos a nuestros gobiernos que aumenten sus presupuestos para sanidad, que den mayor importancia a esto o lo otro, es decir, que ejerzan actos de gobierno, así también les hagamos referencia de un problema que tanto nos inquieta, que pensamos que puede ser perjudicial para los intereses de la Organización y para la labor en que todos estamos empeñados.

Creo que la forma en que está redactada la resolución es justamente la que cuadra con los términos en que nosotros podemos dirigirnos a nuestros gobiernos, haciendo una insinuación en un aspecto técnico nuestro, porque concierne a nuestros programas técnicos.

Incluso había hecho yo una sugestión para que al final se completara el inciso, diciendo algo en el sentido de que se asegure la participación de las organizaciones técnicas especializadas en la planificación de los programas. Entiendo que los señores miembros de la comisión no han aceptado esa adición que yo propuse, en cuyo caso no insisto en ella, para que quedara esa resolución como una decisión o como una opinión expresada por la Conferencia Sanitaria Panamericana.

El PRESIDENTE: La plenaria tiene, pues, a consideración, observaciones que se han hecho en el curso del debate sobre este proyecto de resolución. La Presidencia desea consultarla acerca de si el tema se aprueba o no como resolución de la Conferencia. Los que estén porque se adopte este proyecto como resolución de la Conferencia se servirán levantar la mano.

Aparentemente, es el sentir de la mayoría que este proyecto de resolución no se adopte ahora, y que sólo se tome nota del problema para hacer referencia de él a los gobiernos. ¿Hay acuerdo en ese sentido?

Aprobado.

Hemos terminado el orden del día. El señor Secretario hará algunos anuncios.

Horario de las Próximas Sesiones

El SECRETARIO: El primer anuncio se refiere a la novena sesión de la Comisión General, que estaba anunciada para las tres de la tarde. Algunos señores delegados han manifestado que en vista de la hora y, por nuestra parte, con objeto de terminar las versiones de los documentos tratados aquí esta mañana, estamos de acuerdo en ello, sería conveniente proponer que esa sesión se celebre a las cuatro de la tarde. Hacemos esa proposición, salvo que los señores miembros de la Comisión determinen alguna otra cosa.

El día de mañana se destinará a la elaboración del Acta Final, con la aprobación de los artículos que hoy haya visto la Comisión General, y quedará la sesión para el viernes a las 10 de la mañana, con la presentación previa, a las 9 h. 30 m. de la película sobre fiebre aftosa y de otra sobre la Conferencia.

La Comisión Chilena de la Conferencia ha presentado el siguiente mensaje:

Se ruega a los señores delegados inscribirse para visitar el jueves 21 del presente, de 9 a 12, la Unidad Sanitaria de Quinta Normal y el Centro de Salud San Juan de Dios; de las 15 a las 17 h.30 m., la Escuela de Salubridad y el Instituto Bacteriológico.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado del Perú.

El Dr. MONTES DE PERALTA (Perú): Quisiera proponer que la sesión del viernes comenzara a las 9 de la mañana, pues algunas delegaciones, entre ellas la del Perú, deben partir el viernes a mediodía de regreso a la patria; y si la sesión no termina temprano, los miembros de esas delegaciones se verán privados de asistir hasta el fin a la sesión plenaria y de firmar el Acta. Por ello, me permito proponer que la sesión de clausura comience a las 9 de la mañana, en lugar de las 9 y media.

El PRESIDENTE: En la práctica, no se ve ningún inconveniente para que la sesión de clausura comience a las 9 de la mañana con la presentación de la película primero, y luego con la sesión plenaria misma.

Señores delegados, esto nos lleva al fin de las sesiones plenarias de trabajo. Creo que es pertinente hacer notar, y agradecer a los delegados, la colaboración prestada en todo momento a la Mesa, en las deliberaciones, así como hacer resaltar el alto espíritu de compañerismo y camaradería que ha reinado en estas discusiones. Muchas gracias.

Reconocimiento a las Autoridades de Chile

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador): Antes de terminar la sesión, quiero que se deje especial constancia del reconocimiento del plenario hacia las autoridades de la República de Chile: Su Excelencia el Presidente de la República, el señor Ministro de Salud Pública, las autoridades sanitarias, los miembros de la Comisión Organizadora, los miembros de las sociedades de Salubridad de Chile y los profesionales médicos, todos los cuales nos han dispensado tantas atenciones y tanta cordialidad, y han producido un ambiente de lo más favorable para el desarrollo de los trabajos de esta Conferencia. De ello debe quedar constancia en el Acta, no sólo como una cuestión de procedimiento, sino como la expresión del profundo sentimiento del plenario. Que estos votos de agradecimiento a las autoridades, que me he permitido enunciar, queden como una espontánea manifestación del plenario.

Que también quede constancia de un voto especial de agradecimiento para el Comité de Damas chilenas que ha atendido, abrumando con su maravilloso espíritu de hospitalidad a las damas que integran las delegaciones.

Aplausos prolongados.

El PRESIDENTE: El aplauso unánime que ha recibido la proposición del señor Delegado del Ecuador evita hacer comentarios respecto a la aprobación de lo que él pide. La Comisión General dejará constancia, en el Acta Final, de los votos de agradecimiento.¹ El señor Delegado de Chile tiene la palabra.

¹ Véase Resolución XLIV del Acta Final, pág. 676.

El Dr. HORWITZ (Chile): Al acoger las gratas expresiones del señor Delegado del Ecuador, confirmadas por los aplausos del plenario, quiero agradecerlas y repetir lo que tuve a honor manifestar en la sesión preliminar de esta Conferencia: el Gobierno de Chile y los distintos miembros que han participado en el curso y desarrollo de esta Conferencia no han hecho más que cumplir con la tradición; hemos procurado imitar a los países que han servido de sede en el pasado para las Conferencias Sanitarias Panamericanas. Y estamos ciertos de que, en lo futuro, los países que sirvan de huésped para la celebración de una gesta de tanta trascendencia procurarán rodearla de igual ambiente de cordialidad fraterna, que se requiere para debates de tanta importancia. Muchas gracias, señor Presidente.

Aplausos prolongados.

El PRESIDENTE: La Mesa agradece las palabras del señor Delegado de Chile y se suma a los aplausos del plenario. Se levanta la sesión.

Se levanta la sesión a las 11 h. 55 m.

SESION DE CLAUSURA

Viernes, 22 de octubre de 1954, a las 10 h.

Presidente: Dr. SERGIO ALTAMIRANO P. (Chile)

El PRESIDENTE: Se abre la sesión. En ésta, la última sesión de la Conferencia, tenemos como único tema la lectura, aprobación y firma del Acta Final. El señor Secretario va a dar lectura al Acta, que los señores delegados ya conocen. Irá leyendo las partes fundamentales del preámbulo, algunos títulos, los acuerdos de fondo; y si la Conferencia, en cualquier momento, desea que se dé lectura completa a alguna de las resoluciones, puede hacerlo saber, para que el señor Secretario lo haga. De otra manera, el señor Secretario irá informando a la Conferencia, en forma resumida, del contenido de esta Acta, la cual, por otra parte, ya está en posesión de los señores delegados. Seguidamente, los señores Presidentes de las Delegaciones pasarán a firmar el Acta correspondiente. Tiene la palabra el señor Secretario.

Lectura, Aprobación y Firma del Acta Final

El SECRETARIO: El Acta Final de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, VI Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas es el Documento CSP14/102, de fecha de hoy, 22 de octubre. El original existe tanto en español como en inglés, y ambos textos son igualmente auténticos. Como los señores delegados tienen una copia exactamente igual a la del documento que se guardará después en los archivos, y que será la firmada, podríamos, según el señor Presidente lo ha indicado, leer solamente aquellas partes esenciales que hace oficial la clausura de la Conferencia. En caso de que algunos

de los señores delegados deseen que se lea alguna parte o todas las resoluciones, o toda el Acta, así lo haremos.

El Secretario prosigue con la lectura del Acta Final de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, VI Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.¹

El PRESIDENTE: Se ha escuchado la lectura del Acta hecha por el señor Secretario. Se pone en discusión. Tiene la palabra el señor Delegado de los Países Bajos.

El Dr. SWELLENGREBEL (Países Bajos) (*traducción del inglés*): Quiero hacer una pequeña observación. En la página 21, línea seis, antes de la palabra "Países Bajos", ruego que se agregue "Surinam".

El PRESIDENTE: El señor Secretario va a leer las indicaciones reglamentarias relativas a la petición hecha por el señor Delegado de los Países Bajos.

El SECRETARIO: Las exposiciones del informe fueron hechas abarcando todo el territorio de América, de cada uno de los Gobiernos informantes; por esa razón no se incluyó específicamente el de cada uno de los territorios, porque el mismo caso se habría presentado para Francia e igualmente para el Reino Unido y los Estados Unidos, en donde no se hace mención de ningún Estado en particular. Por otra parte, los informes se han distribuido y circulado, y consta, indudablemente, en las actas de la sesión que fué el informe específico de Surinam. Por esta razón no se pusieron los diversos informes parciales cuando integraron el informe total.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el señor Delegado de los Países Bajos.

El Dr. SWELLENGREBEL (Países Bajos) (*traducción del inglés*): Comprendo bien la explicación del señor Secretario. Está bien así.

El PRESIDENTE: Si no hay otra objeción, entonces, daríamos por aprobada el Acta Final de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, VI Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.

Aprobada.

A continuación, el señor Secretario irá llamando por orden de precedencia a los jefes de las delegaciones, para que se acerquen a firmar los documentos oficiales.

Seguidamente los jefes de las delegaciones firman el Acta Final por el siguiente orden: Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América, República Dominicana, Venezuela, Argentina, Uruguay, El Salvador, Ecuador, México, Países Bajos, Francia, Panamá, Chile, Cuba, Guatemala, Perú, Bolivia, Brasil, Reino Unido, Paraguay, y finalmente el Dr. Soper, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, y el Dr. Bustamante, Secretario de la Conferencia.

¹ Véase pág. 647.

Lectura de un Cable de Guatemala

El PRESIDENTE: El señor Secretario va a leer un cable recién llegado.

El SECRETARIO: Se ha recibido el siguiente cable de Guatemala:

“Al Presidente de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana agradezco alto honor se me confiere en nombre de Guatemala. Formulo sinceros votos éxito Conferencia. El Ministro de Salubridad.”

El PRESIDENTE: Muy bien, hemos dado término al primer punto del orden del día, que se refería a la lectura, aprobación y firma del Acta Final.

Discurso de Clausura

El PRESIDENTE: Señores delegados, señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, señores. Ponemos fin en esta reunión a la XIV Conferencia de la Organización Sanitaria Panamericana. Como Presidente de esta Conferencia, puedo dar testimonio del alto nivel científico, de la ponderación y espíritu público que han informado todas vuestras reuniones. Hemos recorrido nuestra problemática actual, y hemos cautelado sus tesis resolutivas para hacer un futuro mejor.

Hemos revisado nuestros conceptos al hacer la planificación del próximo período de trabajo, y, al hacerlo, hemos descartado algunos, reafirmado otros. Nuestros debates técnicos se han basado sobre principios aceptados por todos nosotros sin discusión, criterio unificado que ha venido formándose a través de catorce Conferencias.

Son puntos de partida aceptados:

Que el progreso en la salud de los pueblos es condición inescapable de su progreso económico;

Que subsisten en las Américas condiciones inaceptables que debemos hacer desaparecer;

Que el retraso sanitario de una región anula los esfuerzos de las zonas vecinas;

Que en la planificación de programas de salud los límites geográfico-políticos no deben interferir cuando se trata de sanear regiones infectadas;

Que el conocimiento completo de nuestros problemas es la base científica y segura para la programación de nuestras actividades sanitarias, y que este conocimiento debe buscarse en cifras estadísticas exactas y oportunas;

Que no se puede hacer obra sanitaria de algún alcance sin contar con la colaboración activa del pueblo a que ella está consagrada;

Que el adiestramiento y la especialización del personal de los servicios de salud pública merecen atención preferente en todos los programas internacionales de salud;

Que hay enfermedades tan evitables como la viruela y la malaria, que aún van segando millares de vidas, porque el progreso de la ciencia y la civilización no tocan aún grandes regiones de nuestro Continente.

Y es porque hablamos este idioma común, que hemos podido adoptar resoluciones como las que hemos suscrito hoy en nombre de nuestros gobiernos.

Las dos comisiones que abordaron el estudio de los aspectos técnicos y de los aspectos administrativos, financieros y jurídicos de nuestro programa de temas hicieron sus estudios y llegaron a conclusiones inspirándose en muy elevados propósitos de bien común.

Debo señalar y agradecer, también, la eficiencia y abnegación de la Secretaría, que nos aseguró la oportunidad de la documentación necesaria, y del personal técnico y auxiliar que nos hizo posible la comunicación y el testimonio de nuestro trabajo y opiniones.

Debemos congratularnos de que asistiera a esta Conferencia el Director de la Organización Mundial de la Salud, Dr. Marcolino G. Candau; de que asistiera a todas sus sesiones el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Fred L. Soper; y que los gobiernos de los países americanos, reconociendo la importancia de esta reunión internacional, hayan enviado a ella a los hombres que llevan la responsabilidad máxima de los servicios de salud pública en sus respectivos países.

El haberse reunido aquí todas estas personalidades, ha sido un honor para Chile, que nuestro primer gobernante reconoció al daros la bienvenida. Hoy, al despediros, al deseáros un feliz retorno a vuestras patrias, quiero reconocer de nuevo, en nombre de mi Gobierno, cuán honrado se ha sentido Chile por haber sido la sede de esta magna Conferencia, y por las distinciones que nos habéis otorgado. Habéis sido huéspedes transitorios de mi país; seréis huéspedes eternos en nuestro afecto americano.

Quedamos enriquecidos en ideas, vigorizados por el estímulo de lo que aquí se ha plasmado; sintiéndonos más conscientes de los problemas de nuestra patria: Chile; más orgullosos de nuestra patria grande: América.

Aplausos.

Con esto, señores delegados, queda clausurada la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

Se levanta la sesión a las 10 h. 50 m.

TERCERA PARTE

**ACTAS RESUMIDAS
DE LA COMISION GENERAL Y DE
LAS COMISIONES PRINCIPALES**

**ACTAS RESUMIDAS
DE LA COMISION GENERAL Y DE
LAS COMISIONES PRINCIPALES**

COMISION GENERAL

PRIMERA SESION

Viernes, 8 de octubre de 1954, a las 17 h. 15 m.

Presidente: Dr. SERGIO ALTAMIRANO P. (Chile), Presidente de la Conferencia

El PRESIDENTE abre la sesión y concede la palabra al Secretario, quien da cuenta de las funciones reglamentarias propias de la Comisión General.

Asignación de los Temas del Programa

El PRESIDENTE a continuación manifiesta que debe efectuarse la asignación de los temas del programa a las Comisiones I y II.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) manifiesta que algunos de los temas deberían ser examinados por las Comisiones I y II conjuntamente.

El SECRETARIO da lectura de los temas que integran el programa aprobado en sesión plenaria.

El PRESIDENTE, después de consultada la Comisión, propone que pasen directamente a sesión plenaria los Temas 10, 11-A, 27 y 28; a la Comisión I los Temas 11-B, 24, 25, 26, 32, 35, 36 y 38; a la Comisión II los temas 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 29, 30, 31, 33, 34, 37, 39 y 40; y a las Comisiones I y II conjuntamente los Temas 12, 29 y 22.

Así se acuerda.

Constitución de la Comisión II

El Dr. HURTADO (Cuba) propone que la Comisión II se constituya mañana con objeto de que examine el Tema 15, Revisión de la Constitución.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador) apoya la proposición del Representante de Cuba.

El Dr. ZOZAYA (México) declara que sería conveniente constituir la Comisión

II inmediatamente después de que se hayan examinado los informes del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en sesión plenaria.

Así se acuerda.

Informes Cuadrianales de los Gobiernos

El Dr. HURTADO (Cuba) manifiesta que podría suprimirse la lectura de los informes cuadrianales en sesión plenaria, ya que éstos, por su carácter, más bien han de ser objeto de estudio por parte de los representantes. Señala que la Oficina ha logrado algo que merece una sincera felicitación, ya que ha conseguido que los gobiernos contesten al formulario que les había remitido y además, ha preparado un resumen, que también merece felicitación, de todos los informes de los gobiernos.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) pone de relieve que los informes remitidos por los gobiernos son de carácter estadístico y que es conveniente una explicación de los mismos en sesión plenaria.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador) está de acuerdo con el Representante de Costa Rica, pero estima oportuno que se limite el tiempo de las intervenciones de los representantes en sesión plenaria.

El PRESIDENTE consulta a la Comisión si no sería procedente, además, invitar a los representantes que quieran resumir en sesión plenaria los informes de sus gobiernos, a inscribirse previamente en la Secretaría de la Conferencia.

El Dr. ZOZAYA (México) apoya la proposición de la Presidencia en el sentido de que se deje en libertad a los representantes de hacer uso de la palabra para exponer los informes correspondientes a sus países, pero limitando el tiempo de sus intervenciones en sesión plenaria.

El PRESIDENTE propone que haya informes verbales de los representantes en sesión plenaria, relativos a las condiciones y progresos sanitarios alcanzados en el período transcurrido entre la XIII y la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana; que estas intervenciones se limiten a diez minutos y que los representantes que deseen hacerlas se inscriban previamente cerca del Secretario de la Conferencia.

Así se acuerda.

Se levanta la sesión a las 18 h. 5 m.

SEGUNDA SESION

Sábado, 9 de octubre de 1954, a las 17 h. 30 m.

Presidente: Dr. W. PALMER DEARING (Estados Unidos)

Vicepresidente de la Conferencia

Fijación del Orden del Día de la Próxima Sesión Plenaria

El SECRETARIO señala que a esta sesión le corresponde fijar, según el Reglamento, el orden en que se han de examinar los temas en la sesión plenaria del lunes

11. Da cuenta de que los países que han solicitado su inscripción a los efectos de a presentación de sus respectivos informes son: Panamá, Chile, Cuba, Guatemala, Países Bajos, Perú, Bolivia, Reino Unido, Paraguay y Estados Unidos.

El PRESIDENTE, después de oír a la Comisión, propone que prosiga la presentación de los informes cuatrienales sobre las condiciones y progresos alcanzados por los países en materias sanitarias, el lunes 11 hasta las 11 horas; que seguidamente se inicie el debate sobre el informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, y que los países que no pueden presentar su informe el lunes, lo hagan en la sesión plenaria del jueves 14.

Así se acuerda.

Coordinación de las Sesiones

El Dr. HURTADO (Cuba) da cuenta de que se reunió el grupo de trabajo de la Comisión II con el fin de estudiar las reformas constitucionales, y que acordó reunirse todos los días, a partir del lunes, a las 9 y las 15 horas.

El Dr. SECURA (Argentina) y el Dr. ZOZAYA (México) se adhieren a este criterio.

El Dr. VARGAS (Costa Rica) pone de relieve la necesidad de conocer las horas de reunión y los temas a discutir, con objeto de que la Comisión General coordine los trabajos de todos los órganos de la Conferencia.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador) señala la conveniencia de respetar los días y horas de sesión plenaria.

El PRESIDENTE resume las opiniones expresadas, según las cuales corresponde a las comisiones determinar el orden a seguir en sus sesiones en la discusión de los temas y en la preparación de sus horarios, tanto en relación a ellas como a los grupos de trabajo que se constituyan en su seno, pero que la convocatoria y los temas a discutir deben figurar en el orden del día, al objeto de que los delegados tengan conocimiento de ellos y puedan preparar su trabajo.

Así se acuerda.

Temas Asignados a la Comisión II

El SECRETARIO solicita de la Comisión que fije el orden del día de la Comisión II que ha de reunirse el lunes 11.

El Dr. HURTADO (Cuba) manifiesta que sería suficiente transmitirle a la Comisión II la lista de los temas que la Comisión General le ha asignado.

Se acuerda que se indiquen en el orden del día, los números correspondientes a los temas.

Se levanta la sesión a las 18 h. 30 m.

TERCERA SESION

Lunes, 11 de octubre de 1954, a las 13 h. 15 m.

Presidente: Dr. SERGIO ALTAMIRANO P. (Chile), Presidente de la Conferencia

Proposición de la Delegación de Nicaragua

El SECRETARIO da lectura a una comunicación del Delegado de Nicaragua, Dr. Sánchez Vigil, en la que solicita por instrucciones del jefe de la delegación de su país, el Dr. Leonardo Somarriba, Ministro de Salubridad Pública, que la discusión de los Temas 27 y 28 relativos a elecciones tenga lugar el día lunes 18 del presente.

El PRESIDENTE explica que esta petición se debe, posiblemente, a la fecha en que la Delegación de Nicaragua tendrá que salir de Santiago.

Se acuerda, por unanimidad, que los Temas 27 y 28 figuren en el orden del día de la séptima sesión plenaria que tendrá lugar el día 18 de octubre de 1954.

Reunión Conjunta de la Comisión I y la Comisión II

El SECRETARIO da cuenta de que sería conveniente fijar la fecha para la reunión conjunta de las Comisiones I y II, que han de estudiar los Temas 12, 19 y 22.

Se acuerda que la reunión conjunta de las Comisiones I y II se celebrará el jueves 14 por la mañana, después de la sesión plenaria.

Se levanta la sesión a las 13 h. 25 m.

CUARTA SESION

Miércoles, 13 de octubre de 1954, a las 12 h. 45 m.

Presidente: Dr. SERGIO ALTAMIRANO P. (Chile), Presidente de la Conferencia

Orden del Día y Presidencia de la Sexta Sesión Plenaria

El SECRETARIO indica que corresponde a los Presidentes de las Comisiones I y II informar sobre el funcionamiento de sus respectivas comisiones. Da cuenta, a continuación, de que en el orden del día de la sexta sesión plenaria de mañana figuran los asuntos siguientes: (1) segundo informe de la Comisión de Credenciales; (2) informe de la Comisión General; (3) Tema 11-A (informes cuatrienales de los Estados Miembros), para el que figuran inscritos: Paraguay, Estados Unidos, Cuba y Nicaragua. Cree que si las intervenciones se ajustan a los 10 minutos señalados, se podrá terminar la sesión a las 10 h. 45 m. y la sesión conjunta de las Comisiones I y II podrá comenzar a las 11 h. para estudiar los Temas 12, 19 y 22.

Se aprueba el orden del día de la sexta sesión plenaria que ha de celebrarse el jueves 14 de octubre, en la forma señalada.

El PRESIDENTE manifiesta que no podrá presidir la sesión plenaria de mañana y ruega al Delegado de Costa Rica que ocupe la presidencia.

Actividades de las Dos Comisiones Principales

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador) informa que los grupos de trabajo de la Comisión I desarrollan normalmente su labor, y cree que la Comisión I estará en condiciones de presentar su informe en sesión plenaria pasado mañana, si tiene lugar.

El Dr. HURTADO (Cuba) explica que la Comisión II se ha constituido y ha estudiado siete de los temas que tiene asignados; y que el Grupo de Trabajo N° 1 que estudia las reformas constitucionales prosigue su labor.

Grupo de Trabajo para Estudiar el Tema 32 (Erradicación de la Malaria)

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) señala la conveniencia de aprovechar la presencia de los Dres. Gabaldón, Alvarado, Pampana y de otros especialistas para constituir un grupo de trabajo que estudie el tema relativo a la erradicación de la malaria.

El Dr. SOPER (Director, OSP) explica que ya están en relación los especialistas señalados y que el Dr. González colabora con ellos, y que él personalmente hará lo posible por participar en los trabajos.

El SECRETARIO, de acuerdo con el programa de sesiones, propone que el Tema 32: Erradicación de la Malaria en las Américas, figure en el orden del día de la séptima sesión plenaria que ha de tener lugar el lunes 18 del presente.

El Dr. SOPER (Director, OSP) estima que podría adelantarse esa fecha, teniendo en cuenta los distintos factores que integran el problema.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador) declara que la Comisión I consideró la conveniencia de formar un grupo de trabajo para estudiar dicho tema. En razón de que el documento correspondiente no había sido repartido y a la falta de locales, no se tomó una decisión en este asunto, pero que se podría constituir el grupo de trabajo mañana, y que podría disponer del salón asignado al grupo de trabajo "C" que debe terminar hoy sus trabajos.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) está de acuerdo con el punto de vista del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El Dr. SOPER (Director, OSP) indica que sería suficiente recomendar a la Comisión I que estudie el Tema 32 lo antes posible. Una vez la Comisión I termine, la Comisión General podría fijar la fecha de la discusión en sesión plenaria.

El PRESIDENTE propone, teniendo en cuenta los criterios expuestos en relación a este punto: (1) que se constituya un grupo de trabajo encargado del estudio del Tema 32; (2) reunir la Comisión I mañana jueves 14 de octubre antes de la reunión conjunta para que instale dicho grupo de trabajo, y (3) que este grupo de trabajo se reúna en el mismo salón que el grupo de trabajo "C", a las 4 de la tarde.

Así se acuerda.

Se levanta la sesión a las 13 h. 5 m.

QUINTA SESION

Jueves, 14 de octubre de 1954, a las 13 h. 15 m.

Presidente: Dr. SERGIO ALTAMIRANO P. (Chile), Presidente de la Conferencia

Fijación del Orden del Día y de las Próximas Sesiones

El SECRETARIO propone, de acuerdo con el programa de sesiones, el siguiente orden del día para el viernes, 15 de octubre: (1) De las 9 a las 11 horas, tercera reunión de la Comisión I que examinaría los informes de los relatores de sus tres grupos de trabajo; (2) de las 9 a las 11 horas, cuarta reunión de la Comisión II que seguiría estudiando los temas asignados; (3) a las 11 horas, segunda reunión conjunta de las Comisiones I y II, que han de considerar los Temas 19 y 22; y (4) a las 12 h. 30 m., sexta sesión de la Comisión General. Por la tarde a las 14 h. 30 m. se podría reunir, primero, la Comisión I y la Comisión II y luego a las 16 h. 30 m. podría tener lugar la sesión conjunta y, a las 17 horas, se reuniría el grupo de trabajo que estudia la revisión de la Constitución.

El Dr. SEGURA (Argentina) desea saber si la Comisión II se podría reunir esta tarde de las 17 h. en adelante.

El SECRETARIO da cuenta al Representante de Argentina de que a la hora señalada se dispondría de salones de reunión.

El Dr. ZOZAYA (México) pregunta, si suponiendo que el grupo de trabajo de la Comisión II, que estudia el Tema 15 (Revisión de la Constitución) terminara hoy sus deliberaciones se podría repartir mañana el documento.

El SECRETARIO explica que la Secretaría necesita por lo menos dos días para traducir, copiar y distribuir ese extenso documento.

El PRESIDENTE propone que se apruebe el orden del día en la forma propuesta por el Secretario.

Así se acuerda.

Se levanta la sesión a las 13 h. 30 m.

SEXTA SESION

Viernes, 15 de octubre de 1954, a las 13 h. 10 m.

Presidente: Dr. OSCAR VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica), Vicepresidente de la Conferencia

Orden del Día de la Próxima Sesión Plenaria

El SECRETARIO da lectura del orden del día para la tarde de hoy. Se señala la conveniencia de que el grupo de trabajo "D" que estudia la erradicación de la malaria, se reúna a las 15 h.

Así se acuerda.

El SECRETARIO manifiesta que en el orden del día de la sesión plenaria del lunes por la mañana se podría incluir el primer informe de la Comisión I, el primer informe de la Comisión II y el primer informe de la Comisión conjunta; y luego se pasaría a tratar los Temas 27 y 28. Informa a la Comisión de lo dispuesto en el Artículo 40 del Reglamento interno. En la tarde del lunes proseguirían sus trabajos la Comisión I y la Comisión II.

El Dr. HURTADO (Cuba) opina que si se considerara el Tema 22 en sesión plenaria, la Comisión II podría dedicar su reunión del lunes por la tarde al examen del informe del grupo de trabajo que estudia las reformas constitucionales.

El SECRETARIO informa que la Comisión I tiene pendientes de estudio los Temas 24, 25, 26, 35, 36 y 38.

El Dr. SOPER (Director, OSP) opina que, una vez que la Comisión II termine sus deliberaciones, los temas pendientes de la Comisión I pueden también ser tratados directamente en sesión plenaria.

El SECRETARIO explica que si la Comisión General lo aprueba, el martes podrían proseguir las sesiones plenarias y que el miércoles 21 se podría reunir la Comisión General a las 15 h. con el objeto de examinar el Acta Final.

El Dr. ZOZAYA (México) opina que la única incógnita es el Tema 15 (Revisión de la Constitución), cuya discusión podría prolongarse.

El PRESIDENTE resume las opiniones vertidas y propone que los Temas 24, 25, 26, 35, 36 y 38 pasen a sesión plenaria; que se apruebe el orden del día para el lunes 18 con las reuniones y temas indicados por el Secretario, y que la próxima reunión de la Comisión General tenga lugar el lunes 18 a las 9 de la mañana.

Así se acuerda.

Se levanta la sesión a las 13 h. 20 m.

SEPTIMA SESION

Lunes, 18 de octubre de 1954, a las 9 h. 15 m.

Presidente: Dr. W. PALMER DEARING (Estados Unidos),
Vicepresidente de la Conferencia

Informe de la Comisión I¹

El SECRETARIO da lectura al orden del día para la sesión plenaria de hoy y señala la conveniencia de que la Comisión General examine, de acuerdo con el Artículo 40 del Reglamento interno de la Conferencia, los informes de las Comisiones I y II, y el informe de la reunión conjunta.

A continuación da lectura de los puntos principales del informe de la Comisión I (Documento CSP14/79).

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador) estima que el proyecto de resolución sobre el control de las diarreas infantiles² resume claramente las recomendaciones que la Comisión somete a la Conferencia, pero que en el punto (1) habría que agregar al final "con las modificaciones introducidas por la Comisión I".

El Dr. SOPER (Director, OSP) manifiesta que, a su entender, la Comisión I estima que la Oficina Sanitaria Panamericana puede llevar a efecto medidas relativas al control de las diarreas infantiles que, en realidad, estarán a cargo de los gobiernos.

El Dr. HURTADO (Cuba) declara que el proyecto de resolución debería ser mucho más extenso e incluir las recomendaciones técnicas pertinentes. Se refiere, luego, al trabajo presentado por el Dr. Hardy y opina que en ningún caso el proyecto de resolución debe basarse solamente en dicho trabajo. El Dr. Hardy ha resumido sólo la experiencia norteamericana en el campo de las diarreas infantiles, pero no hace ninguna referencia a la escuela bacteriológica uruguaya, de señalada importancia, ya que sin diagnóstico bacteriológico de las *Salmonellas* y de las *Shigellas* no puede haber control de las diarreas.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador) sugiere, además de lo que propuso anteriormente, que se introduzca un tercer punto referente a la "educación higiénica". Respecto al punto 10, del informe de la Comisión I, explica que la intención es que el Director haga consultas y obtenga datos de los Gobiernos Miembros, durante el año, sobre el problema de las diarreas y que luego informe sobre estas consultas al Consejo Directivo. Manifiesta que no se hizo mención de la bacteriología en el control de las diarreas infantiles, porque se limitó el proyecto de resolución a recomendaciones para el control de las diarreas. Cree que en sesión plenaria se podría cambiar el proyecto de resolución, pero que la Comisión General no debe entrar a discutir su contenido técnico.

El Dr. HURTADO (Cuba) opina que hay que redactar un proyecto de reso-

¹ Véase pág. 456.

² Véase tercera sesión de la Comisión I, texto de la resolución original, pág. 362.

lución totalmente nuevo e insiste en que el párrafo I debe referirse a resoluciones técnicas, incluyendo recomendaciones sobre el control bacteriológico de la diarreas; y que las recomendaciones al Director deberían ser más precisas.

El Dr. SOPER (Director, OSP), refiriéndose al párrafo 2 del proyecto de resolución, explica que el Director presenta anualmente al Consejo Directivo un informe sobre todos los servicios y programas de la Oficina.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador) declara que es obligación de la Comisión General ver si el proyecto de resolución condensa el informe de la Comisión Técnica, pero sin discutir las resoluciones mismas. A su modo de entender, es a la sesión plenaria a quien corresponde la discusión detallada del proyecto de resolución.

El PRESIDENTE resume las opiniones expresadas y propone que se pida a la Comisión I que presente un nuevo proyecto de resolución más extenso, con mayor referencia a las cuestiones técnicas discutidas y que las recomendaciones se dirijan a todos los Gobiernos Miembros y no en especial a la Oficina Sanitaria Panamericana.

Así se acuerda.

Primer Informe de la Comisión II ¹

El SECRETARIO da lectura a los puntos principales del primer informe de la Comisión II.

Se aprueba por unanimidad.

Informe de la Comisión Conjunta ²

El SECRETARIO da lectura al informe de la sesión conjunta de la Comisión I y de la Comisión II.

Se aprueba por unanimidad.

Modificación del Orden de los Temas en Sesión Plenaria

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) señala la conveniencia de alterar el orden en que serán tratados los diferentes puntos de la sesión plenaria, para dar tiempo a la Comisión I de redactar un nuevo proyecto de resolución.

El Dr. SEGURA (Argentina) propone que el punto 1, del orden del día para la sesión plenaria de hoy, pase al último lugar.

Así se acuerda.

Se levanta la sesión a las 10 h.

¹ Véase pág. 543.

² Véase pág. 623.

OCTAVA SESION

Martes, 19 de octubre de 1954, a las 13 h. 20 m.

Presidente: Dr. OSCAR VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica),
Vicepresidente de la Conferencia

Próximas Sesiones Plenarias

El PRESIDENTE, después de señalar los temas pendientes de consideración por parte de la Conferencia, propone que se celebre una sesión plenaria esta tarde a las 16 h. 30 m.

Así se acuerda.

El Dr. SEGURA (Argentina) propone que se anuncie inmediatamente una sesión plenaria para mañana a las 9 h.

Así se acuerda.

El Dr. SOPER (Director, OSP) señala a la Comisión General la conveniencia de que fije definitivamente la fecha y hora de la sesión de clausura.

El PRESIDENTE estima que la aprobación y firma del Acta Final podría tener lugar el viernes 22 a las 10 de la mañana.

Así se acuerda.

Se levanta la sesión a las 13 h. 40 m.

NOVENA SESION

Miércoles, 20 de octubre de 1954, a las 15 h.

Presidente: Dr. SERGIO ALTAMIRANO P. (Chile), Presidente de la Conferencia

Proposiciones de la Delegación de Chile

El PRESIDENTE pone a consideración las dos proposiciones de Chile sobre: (1) medidas para facilitar el análisis de los presupuestos, y (2) medidas para contribuir al fortalecimiento de las administraciones de salud pública, que la Conferencia ha transmitido a la Comisión General.¹

El Dr. HURTADO (Cuba) manifiesta que la consideración de estas proposiciones prolongaría los trabajos de la Conferencia, que ya están terminados. Estima, en cuanto al primer proyecto, que los datos que se solicitan se encuentran en el presupuesto y, en cuanto al segundo, que la Oficina ha venido siguiendo la línea de conducta que en el proyecto se señala. Propone que no se pasen a plenaria los proyectos de resolución de que se trata.

¹ Véase décima sesión plenaria, págs. 299 y 300.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) estima muy interesantes las proposiciones de Chile, pero teniendo en cuenta que la Conferencia ha llegado a su término y que únicamente falta la formalidad de la firma del Acta Final no se pueden discutir.

El Dr. DEARING (Estados Unidos) pregunta qué medidas se podrían tomar en relación a las propuestas de Chile y le parece que la más indicada sería transmitir las a la próxima reunión del Comité Ejecutivo.

El Dr. HORWITZ (Chile) declara que no se opone a que las proposiciones presentadas por su delegación pasen a la próxima reunión del Comité Ejecutivo.

Se acuerda transmitir a la próxima reunión del Comité Ejecutivo los dos proyectos de resolución presentados por la Delegación de Chile.

Carta de la Delegación de México

El SECRETARIO da lectura de una carta de la Delegación de México en la que se solicita que se examinen los Artículos 3 y 8 del Proyecto revisado de Constitución, que figura como Anexo 1 del Documento CSP14/78.¹

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) manifiesta que reglamentariamente no se puede acceder a la petición de la Delegación de México, ya que el documento a que hace referencia no tiene valor alguno, puesto que el pleno de la Conferencia lo rechazó.

El Dr. ZOZAYA (México) declara que reglamentariamente puede tener razón el Delegado de Costa Rica, pero que en la sesión plenaria, en respuesta a una pregunta suya y en respuesta también a una pregunta análoga del Delegado de Argentina, la presidencia les manifestó que ese era el camino a seguir para poder discutir los artículos de que se trata.

El Dr. HURTADO (Cuba) dice que desde el punto de vista reglamentario la Comisión General no es competente para examinar la cuestión planteada por el Delegado de México, quien debería introducir una nueva moción, y que, por otra parte, la Conferencia ha agotado su programa de temas. Propone que se rechace la moción, de la misma manera que no se ha dado curso a las proposiciones de Chile para que pudieran ser discutidas en sesión plenaria.

El Dr. ZOZAYA (México) declara que no está de acuerdo con el Delegado de Cuba y que en la sesión plenaria se le dijo que el envío de una carta a la Comisión General era suficiente para abrir el debate.

El PRESIDENTE manifiesta que la posición de la Mesa en sesión plenaria fue muy clara, y desea mantenerla, y que las objeciones reglamentarias no son del caso puesto que se le dijo al Delegado de México que la Comisión General estudiaría toda moción que quisiera presentársele.

El Dr. DEARING (Estados Unidos) está de acuerdo con el criterio de la presidencia, pero recuerda los términos del Artículo XIX del Acuerdo entre el Consejo de la Organización de los Estados Americanos y el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, que dispone que: "Cuando vaya a ser some-

¹ Véanse págs. 596 y 597.

tido a los órganos competentes de la Organización Sanitaria Panamericana un proyecto que implique cambios substanciales en su estructura o en sus bases financieras, le será comunicado con anticipación y en la debida oportunidad al Consejo de la Organización de los Estados Americanos.”

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) recuerda que la Delegación de Costa Rica se ha manifestado, en el curso de la Conferencia, contra la revisión, pero no está de acuerdo con la interpretación que da el Delegado de los Estados Unidos al Artículo XIX del Acuerdo entre la Organización de los Estados Americanos y la Organización Sanitaria Panamericana. Los actos sanitarios no pueden a veces separarse de los políticos; sin embargo, hay que tener en cuenta que corresponde a la Organización de los Estados Americanos aclarar los puntos políticos que se planteen a nuestra Organización.

El Dr. ZOZAYA (México) declara que si la objeción del Delegado de los Estados Unidos fuera exacta, la Conferencia no hubiera podido tomar ninguna resolución, ya que, según la interpretación de dicho delegado, hubiera sido preciso consultar con la Organización de los Estados Americanos. Insiste en que no sólo su proposición, sino todo lo que se ha hecho en la Conferencia, se habría realizado con una ignorancia lamentable y triste. Las opiniones expresadas por el Delegado de Costa Rica le parecen un poco confusas, ya que no es posible separar el aspecto sanitario del político. Desea dejar sentado de una manera bien clara que nunca ha creído ni propuesto que no deban participar los territorios, en materia sanitaria, en las actividades de la Organización.

El PRESIDENTE ruega que se tome una determinación, de manera que se decida si se pasa o no a sesión plenaria, al Comité Ejecutivo o a consulta de la OEA la proposición presentada por la Delegación de México, ya que estos tres criterios han sido mantenidos en el curso del debate.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador) pone de relieve las limitaciones de tiempo que impiden transmitir a sesión plenaria la proposición de México y propone que se transmita al Consejo Directivo.

El Dr. DEARING (Estados Unidos) desea que el Asesor de la Delegación de los Estados Unidos aclare el criterio expresado por él anteriormente.

El Sr. BELTON (Estados Unidos) está de acuerdo con la proposición que acaba de hacer el Delegado del Ecuador, ya que el Consejo Directivo podría considerar de una manera total y completa la proposición de la Delegación de México y tomar una decisión definitiva. Por otra parte, hay que cumplir con lo dispuesto en el Artículo XIX del Acuerdo con la OEA, de manera que la proposición se transmita a los Gobiernos y éstos tengan la posibilidad de dar a conocer su criterio acerca de la revisión propuesta.

El Dr. HURTADO (Cuba) insiste en que la solicitud del Delegado de México no puede aceptarse desde el punto de vista reglamentario, porque se trata de una reforma constitucional que tiene que seguir trámites obligados con arreglo a la Constitución vigente, que es la única aplicable. Propone que con toda cortesía y respeto se conteste a la Delegación de México que no ha lugar a lo solicitado.

El PRESIDENTE no está de acuerdo con el punto de vista personal del Delegado de Cuba y mantiene el criterio expresado en la última sesión plenaria y está dispuesto a dar a la proposición de México el curso que la Comisión General acuerde.

El Dr. HURTADO (Cuba) niega a la presidencia que tenga capacidad jurídica para tomar una determinación como la que propone.

El PRESIDENTE ruega al Delegado de Cuba que pida la palabra antes de expresar sus opiniones e insiste en mantener el criterio expresado en sesión plenaria. Afirma que se trata de un problema que preocupa a varias delegaciones y que él, en nombre de la Delegación de Chile, está dispuesto, si la Comisión General lo acuerda, a aceptar la discusión de la proposición de México, sin que ello prejuzgue en manera alguna el criterio que sostendrá la Delegación de Chile, en cuanto al fondo del asunto. Pone de manifiesto que los problemas no se resuelven aplazándolos y que la Delegación de Chile, siguiendo una tradición invariable en su historia, no quiere excusar una discusión por ser el problema grave, ni ponerse a cubierto al amparo de disposiciones reglamentarias.

El Dr. HURTADO (Cuba) dice que discrepa totalmente de la opinión expresada por la presidencia en su doble carácter de Presidente y de Delegado de Chile. Niega capacidad a la presidencia para sostener el criterio propuesto ya que, en sesión plenaria, se ha rechazado en su totalidad el proyecto de revisión de la Constitución que, por lo tanto, está muerto. Lo que propone la Delegación de Chile es una moción nueva que tiene que seguir el procedimiento establecido. Le extrañan las opiniones expresadas y no llega a comprender cómo las dos mociones que Chile ha presentado reglamentariamente en sesión plenaria no se han querido discutir por falta de tiempo y han sido transmitidas al Comité Ejecutivo y, en cambio, la proposición de México, que no se ha presentado reglamentariamente, se quiere discutir, cuando existen, además, las mismas limitaciones de tiempo que para las otras. En cuanto al fondo de la cuestión, la Delegación de Cuba quiere hacer constar que su actitud durante la Conferencia ha sido específicamente la de no querer dar oportunidad a que se abriera un debate político. Cuba tiene su criterio en la cuestión y se extraña de que la Argentina haya votado en contra de la revisión en sesión plenaria, cuando venía sosteniendo lo contrario. Ahora bien, Cuba no estima procedente que se planteen cuestiones políticas en la Conferencia Sanitaria Panamericana. Un debate como el que pretende abrir la Delegación de México podría hacer fracasar a esta Conferencia. La Delegación de México ha tenido las máximas oportunidades para plantear lo que ahora pretende y no lo ha hecho. Para terminar, declara que mantiene su posición inicial y está en contra de que se pase a la Conferencia la proposición de México y de que se pase al Consejo Directivo.

El Dr. ZOZAYA (México) recuerda una vez más que tanto a la Delegación de Argentina como a la de México se les dijo que presentaran la moción a la Comisión General, la cual determinaría el curso a darle. También al Delegado del Ecuador, que formuló una reserva análoga, se le dió la misma respuesta. La Delegación de Cuba no hizo referencia en sesión plenaria al procedimiento que dicta ahora el Dr. Hurtado. Quedó bien claro que el procedimiento a seguir

es el que ha seguido la Delegación de México y que quedaba abierto el tema para tratar cualquier modificación parcial.

El PRESIDENTE mantiene el criterio expuesto anteriormente y acepta la responsabilidad plena de sus decisiones. No está dispuesta la presidencia a decir otra cosa de lo que ha manifestado en sesión plenaria. La Conferencia tomó una decisión y la Conferencia es soberana. La Delegación de Chile estima que hay que tomar una resolución. Es posible que en el momento de votar coincida con la Delegación de Cuba, pero no puede aceptar el criterio sostenido por su representante de que no se pueda discutir la cuestión. Insiste en que hay que pronunciarse claramente sobre si se discute o no la moción presentada por la Delegación de México de que se modifiquen los Artículos 3 y 8 del Proyecto revisado de Constitución. Hoy dos proposiciones, una de la Delegación de Cuba de que se conteste en el sentido de que no hay lugar a la discusión y otra de la Delegación de Chile favorable a que se acepte y se discuta la moción presentada por la Delegación de México.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador) ruega a la Secretaría que aclare el procedimiento a seguir en la reforma constitucional, con arreglo a la Constitución vigente.

El SECRETARIO da lectura del Artículo 25 de la Constitución, que dice: "La Conferencia o el Consejo Directivo podrá aprobar y poner en vigencia, de acuerdo con las normas que determine, las enmiendas a esta Constitución." A continuación da lectura del Artículo 25 del Reglamento Interno de la Conferencia, que dice: "Podrán agregarse temas complementarios a la agenda durante cualquiera sesión de la Conferencia, de aprobarlo dos terceras partes de las delegaciones participantes y con derecho a voto."

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador) manifiesta que no logra descubrir los impedimentos reglamentarios y constitucionales expuestos por el Dr. Hurtado en los textos que acaba de leer el Secretario y que son aplicables al caso.

El Dr. HURTADO (Cuba) interrumpe diciendo que no ha habido votación de dos tercios en la sesión plenaria.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador) ruega al Dr. Hurtado que no le interrumpa.

El Dr. HURTADO (Cuba) dice que está hablando con la montaña.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador) insiste en que la propuesta presentada por la Delegación de México es procedente y debe aceptarse.

El Dr. DEARING (Estados Unidos) pide que se aclare el procedimiento que se seguiría y cuál es la medida a tomar por la Comisión General en este caso.

El SECRETARIO aclara que si la Comisión General resuelve aceptar la moción de la Delegación de México, ésta pasará a sesión plenaria, la cual, antes de entrar a discutirla, deberá decidir por un voto de los dos tercios que la incorpora como tema complementario a su programa de temas.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) dice que en estas discusiones se ha olvidado la parte que califica de mecánica y que se resume en la imposibilidad material en que se encuentra la Conferencia de discutir la proposición de México. La

Comisión General, órgano coordinador de la Conferencia, no puede transmitir ahora una proposición de tema complementario a la sesión plenaria.

El PRESIDENTE da por cerrado el debate y somete a votación la aceptación de la moción presentada por la Delegación de México, en el sentido de que se transmita a sesión plenaria para su discusión, siempre que ésta con anterioridad lo acuerde por un voto de los dos tercios.

El Dr. SEGURA (Argentina) solicita votación secreta.

El Dr. HURTADO (Cuba) se extraña, una vez más, de la actitud de la Delegación de Argentina y pide a la Secretaría que lea los textos reglamentarios relativos a las votaciones secretas.

El SECRETARIO dice que el único texto que hace referencia a votación secreta es el Artículo 42 del Reglamento Interno, que dispone: "Todas las elecciones se realizarán por el sistema de voto secreto por boletas; en otros casos puede utilizarse este sistema si la Conferencia así lo dispone; en ambos casos se asignarán dos escrutadores de entre las delegaciones participantes para ayudar en el escrutinio".

La PRESIDENCIA designa a los Delegados del Ecuador y de Costa Rica como escrutadores.

Se procede a votación.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador) anuncia el resultado siguiente: a favor 2; en contra 3; en blanco 2.

La PRESIDENCIA anuncia que no se acepta la transmisión de la moción de México a sesión plenaria. Seguidamente invita al Secretario a que dé cuenta del estado de la redacción del Acta Final.

Redacción del Proyecto de Acta Final

El SECRETARIO da cuenta de que las resoluciones adoptadas en el curso de la Conferencia han sido distribuidas, en texto mimeografiado, a todos los miembros de la Comisión General. Añade que estas resoluciones van precedidas de un breve resumen de las principales actividades de la Conferencia y da lectura a un borrador que ha preparado la Secretaría, y anuncia que en la próxima sesión todo los miembros de la Comisión dispondrán de un ejemplar para que puedan examinarlo y hacer las correcciones o modificaciones que estimen necesarias.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) propone que a la Resolución XV sobre la elección de Miembros del Comité Ejecutivo se le añada "y expresar el agradecimiento de la Conferencia a los Gobiernos de Ecuador y México por los servicios prestados a la Organización".

El Dr. SEGURA (Argentina) propone que al título de la Resolución XXXIX sobre enmiendas a la Constitución se le añada "normas para aceptar".

El Dr. HURTADO (Cuba) propone que se incluya una resolución específica sobre las enmiendas a la Constitución.

El SECRETARIO explica que no había preparado esta resolución por entender que no era necesario ya que sería una resolución de carácter negativo.

El Dr. HURTADO (Cuba) insiste en su proposición.

El Dr. ZOZAYA (México) manifiesta que su mucha experiencia le permite pensar que se variará de criterio en nuevas ocasiones cuando concurren delegaciones distintas.

El SECRETARIO informa que se aclarará el párrafo segundo de la Resolución XXIX (Programa y Presupuesto para 1956) con una referencia al párrafo segundo de la Resolución XLIII (Uso de fondos para actividades antimaláricas).

Se acuerda aceptar todas las proposiciones formuladas anteriormente, quedando la Secretaría encargada de darles cumplimiento.

Se levanta la sesión a las 16 h. 45 m.

DECIMA SESION

Jueves, 21 de octubre de 1954, a las 11 h. 45 m.

Presidente: Dr. W. PALMER DEARING (Estados Unidos),
Vicepresidente de la Conferencia

Proyecto de Acta Final

El PRESIDENTE anuncia que se va a proceder al examen del proyecto de Acta Final preparado por la Secretaría.

El SECRETARIO da lectura del proyecto de Acta Final, en el que se introducen ligeras correcciones de estilo. Anuncia que en el texto se incorporará un nuevo párrafo relativo a los informes cuatrienales presentados por los Estados Miembros.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador) sugiere que en el proyecto se suprima la doble mención de la Mesa Directiva de la Conferencia.

Así se acuerda.

El Dr. HURTADO (Cuba) propone que se incorpore como anexo al Acta Final la lista del personal de la Secretaría como reconocimiento a los servicios prestados durante la Conferencia.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador) señala que en la décima sesión plenaria propuso un voto de gracias a las autoridades de la República de Chile: Excelentísimo señor Presidente de la República, señor Ministro de Salud Pública, autoridades sanitarias, miembros de la Comisión Organizadora, Comisión de Damas, etc., que tantas atenciones han tenido para las delegaciones. Ruega que, al redactarse la correspondiente resolución de votos de gracias, se corrija cualquier omisión en que haya podido incurrir y pide también que se haga constar el agradecimiento

al personal de la Secretaría por su eficaz colaboración que ha permitido el desarrollo eficaz de las tareas de la Conferencia.

El Dr. HURTADO (Cuba) propone que se haga mención especial al personal del servicio de interpretación.

El Dr. ZOZAYA (México) está de acuerdo en que se incluya como anexo la lista del personal de Secretaría y, en cuanto a la mención del mismo en la resolución de votos de gracias, cree que debe hacerse en forma sobria.

El SECRETARIO explica que la Secretaría no tenía el propósito de incluir la mención de su personal en la referida resolución.

Se acuerda incluir en la resolución de voto de gracias la mención al personal de Secretaría sugerida por el Representante del Ecuador, e incorporar como anexo al Acta Final la lista del referido personal.

El Dr. ZOZAYA (México) señala que en lista de observadores figurarán dos enviados por la Organización de los Estados Americanos. Se extraña de que no intervinieran en las múltiples ocasiones que tuvieron para exponer los puntos de vista de la referida Organización sobre los problemas debatidos en la Conferencia.

El SECRETARIO informa que la Organización de los Estados Americanos envía observadores a todas las reuniones de la Organización Sanitaria Panamericana.

Se aprueba el proyecto de Acta Final presentado por la Secretaría con las correcciones de estilo introducidas y las propuestas aceptadas durante su examen (Documento CSP14/102 y Anexo I).

El SECRETARIO informa de que la 24a Reunión del Comité Ejecutivo tendrá lugar el día 22 a las 8 h. 30 m. de la mañana y a las 9 se celebrará la sesión de clausura de la Conferencia en la que se procederá a la firma del Acta Final.

Se levanta la sesión a las 12 h. 45 m.

COMISION I (Asuntos Técnicos)

PRIMERA SESION

Lunes, 11 de octubre de 1954, a las 15 h. 20 m.

Presidente: Dr. JUAN MONTALVÁN CORNEJO (Ecuador)

Designación del Vicepresidente y del Relator

El PRESIDENTE abre la sesión y anuncia que se va a proceder a la designación del Vicepresidente y del Relator de la Comisión.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) propone para Vicepresidente al Dr. Ricardo Cappeletti, Representante del Uruguay, y para Relator a un miembro de la Delegación de Chile.

El Dr. GRUNAUER (Ecuador) y el Dr. MARTONE (Argentina) se adhieren a la propuesta del Representante de Costa Rica.

Se aprueba por unanimidad.

El PRESIDENTE pide a la Delegación de Chile que indique el nombre de la persona que ha de ocupar el puesto de Relator de la Comisión.

El Dr. COUTTS (Chile) manifiesta que la delegación de su país desea proponer al Dr. Arturo Scroggie.

El Dr. SCROGGIE (Chile) declina la designación por no disponer del tiempo suficiente.

El PRESIDENTE indica que le parece mejor dejar en suspenso el nombre de la persona que ha de ocupar el puesto de Relator en nombre de la Delegación de Chile hasta la próxima sesión de la Comisión I.

Así se acuerda.

Instalación de Tres Grupos de Trabajo

El PRESIDENTE indica que se procederá a instalar los tres grupos de trabajo de la Comisión I. Seguidamente da lectura de los nombres de los delegados inscritos para participar en los tres grupos de trabajo.

En el grupo "A" (Métodos para mejorar la exactitud y fidelidad de los datos estadísticos primarios indispensables para programas de salubridad), se han inscrito para asistir en forma permanente los siguientes delegados: Dr. Gon-

zalo Montes Duque (Colombia), Dr. Oscar Vargas Méndez (Costa Rica), Dr. Roy Anduze (Estados Unidos), Dr. Darío Curiel (Venezuela), Dr. Richard Nemorin (Haití), Dr. Miguel Bravo (México), Dr. Bonamour (Francia), Dr. Hugo Behm, Dr. Teodoro Zenteno y Dr. Jerjes Vildósola (Chile), Dr. José Fajardo (Guatemala) y Dr. Antonio Menna (Paraguay).

En el grupo "B" (Control de las diarreas infantiles a la luz de los últimos progresos científicos), están inscritos para asistir en forma permanente los siguientes representantes: Dr. Andrés Rodríguez Gómez y Dr. Marcos L. Villegas (Colombia), Dr. Fernando Escalante, Dr. Jorge Salas Cordero y Srta. Elena Quesada Saborío (Costa Rica), Dr. Juan A. Pons (Estados Unidos), Dr. Ramón Bergés Santana (República Dominicana), Dr. Pastor Oropeza y Dr. Arnoldo Gabaldón (Venezuela), Dr. Francisco J. Martone (Argentina), Dr. Juan Allwood Paredes (El Salvador), Dr. Juan Montalván (Ecuador), Dr. Lucien Pierre-Noël (Haití), Dr. Nicolaas H. Swellengrebel y Dr. G. E. van Beek (Países Bajos), Dr. R. G. Hyronimus y Dr. Hervé Floch (Francia), Dr. Amador Neghme, Dr. Arturo Scroggie, Dr. Adalberto Steeger, Dr. Arturo Baeza, y Dr. Francisco Mardones Restat (Chile), Dr. Félix Hurtado, Dr. Alberto Recio y Dr. Pedro Nogueira (Cuba), Dr. José Fajardo (Guatemala), Dr. Armando Montes de Peralta (Perú), Dr. J. W. P. Harkness, Dr. L. W. Fitzmaurice, Dr. A. A. Peat (Reino Unido), Dr. Julio Martínez Quevedo (Paraguay) y Dr. Arturo Vergara (Observador, FAO).

Los delegados inscritos en el grupo "C" (Aplicación de métodos de educación higiénica en zonas rurales de América Latina) son los siguientes: Dr. Jorge Jiménez Gandica (Colombia), Srta. Graciela Carrillo Castro y Sr. Germán Sojo Arias (Costa Rica), Dr. E. Ross Jenney (Estados Unidos), Dr. Franz Baehr, hijo (República Dominicana), Dr. Daniel Orellana y Dr. Santiago Ruesta (Venezuela), Dr. Ricardo Capeletti (Uruguay), Dr. Alberto Aguilar Rivas (El Salvador), Dr. Carlos Grunauer Toledo (Ecuador), Dr. Vásquez (México), Dr. E. Van der Kuyp (Países Bajos), Dr. Hervé Floch (Francia), Dr. Alberto Bissot, Jr. (Panamá), Dr. Avogadro Aguilera, Dr. Alfredo Taborga, Dr. Rolando Armijo, Dr. Jorge Bravo Murphy y Dr. Jorge Román (Chile), Dr. Roberto Villa León (Cuba), Ing. Humberto Olivero, hijo (Guatemala), Dr. Carlos Lazarte Echegaray (Perú), Dr. Jorge Doria Medina (Bolivia). Dr. J. P. O'Mahony (Reino Unido) y Dr. J. R. Cazal (Paraguay).

El PRESIDENTE señala que así quedarán constituidos los tres grupos de trabajo de la Comisión.

El Dr. MARTONE (Argentina) hace saber que la delegación de su país asistirá a las reuniones de los tres grupos de trabajo, haciendo síntesis de los trabajos que ha de presentar en cada una e interviniendo ocasionalmente en los debates.

El PRESIDENTE explica que el hecho de que se haya preparado una lista de los delegados que han expresado su deseo de participar permanentemente en los distintos grupos de trabajo no excluye la participación de los demás delegados que deseen asistir a los mismos.

Se aprueba por unanimidad la instalación indicada para los grupos de trabajo.

Temas Asignados a la Comisión I

El SECRETARIO da lectura de la lista de los temas asignados a la Comisión I en la primera sesión de la Comisión General.¹

El PRESIDENTE hace observar que aún no han sido distribuídos todos los documentos relacionados con los temas a tratar. Señala que la próxima sesión de la Comisión se celebrará el lunes próximo y que, por lo tanto, los grupos de trabajo que se reunirán en los próximos días deben tratar de tener preparados sus informes respectivos a fin de que puedan ser examinados en la sesión del lunes próximo.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador) sugiere que el Presidente de la Comisión llame la atención de la Comisión General sobre la necesidad de celebrar reuniones nocturnas, aduciendo que según el actual ritmo de trabajo no se logrará discutir el número de temas que figuran en el programa.

El Dr. CAPPELETTI (Uruguay) manifiesta que apoya en principio la sugerión del Delegado de El Salvador pero que le parece que, como los tres grupos de trabajo van a tener poco trabajo, éstos, podrían muy bien examinar los temas restantes del programa.

El Dr. ORELLANA (Venezuela) cree que si se asignan los temas restantes a los grupos de trabajo, éstos no estarían bien distribuídos. Propone que la Comisión vuelva a reunirse pronto para considerar los otros temas que aparecen en el programa.

El Dr. LAZARTE (Perú) se adhiere a la propuesta del Delegado de Venezuela en el sentido de que los temas restantes sean examinados en una plenaria de la Comisión.

El Dr. JIMÉNEZ GANDICA (Colombia) apoya también la proposición del Delegado de Venezuela.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) estima necesario pedir a los grupos de trabajo que trabajen con toda la rapidez posible. Agrega que si no se examina el programa de temas habrá entonces necesidad de celebrar reuniones nocturnas.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador) dice que la propuesta del Delegado de Venezuela recoge muy bien el sentir de su moción original y que desea adherirse a lo expuesto por el Dr. Orellana. Hace observar que sería conveniente tomar en cuenta la importancia de los distintos temas para considerarlos en una sesión plenaria de la Conferencia.

El PRESIDENTE sugiere que se levante la sesión a fin de que puedan iniciar sus trabajos los grupos de trabajo y que, tan pronto como haya un informe preparado, se convoque de nuevo la Comisión para seguir examinando los otros temas.

Así se acuerda.

Se levanta la sesión a las 16 horas.

¹ Véase pág. 339.

SEGUNDA SESION

Jueves, 14 de octubre de 1954, a las 11 h. 25 m.

Presidente: Dr. JUAN MONTALVÁN CORNEJO (Ecuador)

**Formación del Grupo de Trabajo "D"
(Erradicación de la Malaria)**

El PRESIDENTE abre la sesión e invita al Secretario a que dé cuenta del número de delegaciones presentes.

El SECRETARIO informa que hay 20 delegaciones representadas en la sesión.

El PRESIDENTE anuncia que, en vista de que se ha reunido el quórum requerido por el Artículo 17 del Reglamento Interno de la Conferencia, el objeto de esta sesión es decidir sobre la formación de un grupo de trabajo encargado del estudio del Tema 32: "Erradicación de la Malaria en las Américas" y la designación de sus componentes.

El Dr. GABALDÓN (Venezuela) manifiesta que muchos delegados están deseosos de trabajar en un grupo de esta clase y recomienda al Dr. Swellengrebel (Países Bajos) como Director de Debates, en vista de que es un malariólogo de reconocido prestigio internacional.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) propone al Dr. Gabaldón como Relator.

El PRESIDENTE advierte que la designación de Director de Debates y de Relator se ha de efectuar por el grupo de trabajo una vez que se haya constituido. Indica que para que su labor sea más efectiva convendría que el grupo de trabajo no fuese muy numeroso y propone que lo constituyan Delegados de Colombia, Costa Rica, Estados Unidos, Venezuela, Ecuador, México, Países Bajos, Francia, Panamá y Perú. Como Asesores propone a los Dres. Carlos L. González, Oficina Sanitaria Panamericana; Dr. Carlos A. Alvarado, Consultor Regional de Malaria de la OMS-OSP y el Dr. E. J. Pampana, de la OMS.

El Dr. HORWITZ (Chile) sugiere, si es posible, que el Dr. Neghme forme parte, como observador, de este grupo.

El PRESIDENTE responde que no hay objeción alguna y somete luego a la consideración de los delegados las proposiciones que ha presentado anteriormente.

Se acuerda constituir un grupo de trabajo compuesto por Delegados de Colombia, Costa Rica, Estados Unidos, Venezuela, Ecuador, México, Países Bajos, Francia, Panamá y Perú.

El PRESIDENTE anuncia que el grupo de trabajo se reunirá a las 16 horas en el salón lateral del Roof Garden.

Se levanta la sesión a las 11 h. 50 m.

TERCERA SESION

Viernes, 15 de octubre de 1954, a las 4 h. 30 m.

Presidente: Dr. RICARDO CAPPELETTI (Uruguay)

El PRESIDENTE abre la sesión e invita al Secretario a que dé cuenta del número de delegaciones presentes.

El SECRETARIO informa que hay 18 delegaciones representadas en la sesión.

El PRESIDENTE anuncia que se va a poner a discusión el primer tema del orden del día, en vista de que se ha reunido el quórum requerido por el Artículo 17 del Reglamento Interno de la Conferencia.

Tema II-B (iii): Aplicación de Métodos de Educación Higiénica en Zonas Rurales de la América Latina (Informe del Grupo de Trabajo "C")¹

El Dr. HORWITZ (Relator, Chile), da lectura al informe del grupo de trabajo "C", y el PRESIDENTE invita a los Delegados a que hagan uso de la palabra.

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador) discrepa del contenido de la recomendación 2 que propone el adiestramiento de auxiliares de educación sanitaria cuando no haya número suficiente de educadores sanitarios profesionales. Sería muy inconveniente para los servicios sanitarios de un país dejar en manos de funcionarios sin preparación adecuada las delicadas tareas de difundir los principios de la medicina social y de ayudar a las comunidades a solucionar sus urgentes problemas de mejoramiento de sus niveles de vida y de práctica de la higiene. Cree que, entre otras formas, es deseable adiestrar a determinados trabajadores de la medicina, como son, enfermeras, inspectores de saneamiento y visitadoras sociales, del mismo modo que a los maestros, en las materias específicas de educación sanitaria, y que ellos sirvan como auxiliares bajo la vigilancia permanente del educador sanitario profesional.

El Dr. TABORCA (Chile) aclara que el objetivo de dicha recomendación es el de suplir la escasez de educadores sanitarios profesionales mediante el entrenamiento eventual de auxiliares, ya que no se puede distraer al resto del personal paramédico en funciones específicas que no son las suyas. En todo caso, la acción científica de los servicios sanitarios no puede sufrir menoscabo alguno, porque el campo de operaciones del auxiliar de educación sanitaria es restringido y siempre está vigilado por el profesional correspondiente.

El Dr. PIERRE-NOËL (Haití) comparte las opiniones del Dr. Montalván, recalcando que la eventualidad en las labores del auxiliar puede prolongarse por tiempo indefinido y perjudicar así la seriedad de la labor de los servicios médico-asistenciales. Un profesional preparado con ligereza es más perjudicial que beneficioso.

¹ Véase pág. 456.

El Dr. ORELLANA (Venezuela) se adhiere a lo manifestado por el Representante del Ecuador, en cuanto a la necesidad de que los educadores sanitarios sean profesionales con una alta preparación.

El Dr. LAZARTE (Perú), el Dr. JIMÉNEZ GANDICA (Colombia) y el Dr. BISSOT (Panamá) apoyan el contenido de la recomendación del informe. Reconocen que sería deseable que todos los educadores sanitarios fuesen profesionales; pero, al mismo tiempo, reconocen las dificultades de orden práctico que se oponen a ello. No todos los países se encuentran en una situación económicamente privilegiada, y por eso hubo que pensar en la utilización de personal auxiliar. Es claro que el auxiliar habrá de actuar vigilado por el educador sanitario profesional, en circunstancias que ofrezcan las debidas garantías.

El Dr. PONS (Estados Unidos) dice que su delegación apoya el documento en la forma en que fué redactado originalmente, y cree que la labor realizada por el grupo de trabajo ha sido espléndida. Alude a la organización de la educación sanitaria en Puerto Rico y a la perfecta coordinación que allí existe entre la actividad de los educadores sanitarios.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) apoya la labor del grupo de trabajo y pide que en el último párrafo de la parte dispositiva del documento se inserten las palabras "los Gobiernos", de forma que el párrafo quede redactado en los siguientes términos: "Que los Gobiernos y la Oficina Sanitaria Panamericana amplíen aún más sus esfuerzos . . ."

El Dr. MONTALVÁN (Ecuador) propone que el final del párrafo 2 de la parte dispositiva quede redactado en los términos siguientes: ". . . será necesario adiestrar personal seleccionado y capacitado para que secunde en estas labores educadores a los educadores sanitarios profesionales." De esta forma desaparecería todo riesgo en cuanto a la capacitación del personal auxiliar, ya que el educador sanitario seleccionaría, como es lógico, a los elementos más útiles para esas tareas.

A continuación se desarrolla un breve debate en el que intervienen el Dr. JIMÉNEZ GANDICA (Colombia), el Dr. HYRONIMUS (Francia), el Dr. PONS (Estados Unidos) y el Dr. ORELLANA (Venezuela), quienes insisten en los puntos de vista anteriormente expuestos.

El Dr. COUTTS (Chile) propone que los párrafos 2 y 3 de la parte dispositiva se refundan en uno solo.

Decisión: Por unanimidad se aprueba el informe del grupo de trabajo "C" con la refundición de los párrafos 2 y 3 propuesta por el Delegado de Chile.

Tema 11-B (ii): Control de las Diarreas Infantiles a la Luz de los Últimos Progresos Científicos (Informe del Grupo de Trabajo "B")¹

El Dr. STEEGER (Relator, Chile), da lectura al informe del grupo de trabajo "B" y el PRESIDENTE ofrece la palabra a los delegados.

El Dr. SCROGGIE (Chile) propone que se substituya el término "hidrosalino" por "hidroelectrolítico" en el segunda párrafo correspondiente a la parte clínica,

¹ Véase pág. 458.

y que se cambie la palabra "desnutridos" por "distróficos", término este último de general uso en los países americanos. Asimismo, propone que se agregue la frase "y ácidas" después de "leches industrializadas" en la recomendación de la parte correspondiente a control.

El Dr. PONS (Estados Unidos) observa que en el párrafo 3 de la parte correspondiente a "Epidemiología", que se refiere al contagio habitual en la shigelosis en forma directa por las manos del enfermo o del portador, y de manera indirecta por medio de las moscas, ambos modos de contagio aparecen, según el texto, en la misma proporcionalidad causal, lo que es anticientífico por el marcado predominio del contagio de persona a persona, ya que, según los datos de que se dispone, un 2% de los casos son causados por el agua y la leche, un 10% por las moscas y un 85% por contagio directo. Añade que desearía que se le informara sobre si llega a producirse un cierto grado de inmunidad y cuánto tiempo dura.

El Dr. HARDY (OSP) manifiesta que no hay conocimientos ciertos sobre la inmunidad, aunque sí se ha observado una cierta inmunización. Sin embargo, no hay nada que pueda considerarse como una indicación clara desde un punto de vista práctico.

El Dr. LAZARTE (Perú) desea saber si las recomendaciones formuladas en el documento significan un compromiso económico para la Oficina. De ser así, se pregunta si puede aceptarse ahora que ya se han aprobado los presupuestos.

El Dr. WEGMAN (OSP) explica que, si bien se han aprobado ya los presupuestos, se podrían utilizar algunos otros fondos, si se autoriza a la Organización para ello. Desde luego, son problemas a largo plazo y tiempo habrá para tenerlos en cuenta en la confección de futuros presupuestos.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador) dice que conviene adoptar una resolución y que como lo que se está discutiendo ahora es un documento de trabajo, ha preparado el texto de un proyecto de resolución que la Comisión puede elevar a la Conferencia, recomendando que sea aprobado. Este proyecto dice así:

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, considerando la importancia que tienen las diarreas infantiles como causa predominante de enfermedad y muerte en muchos países americanos; y tomando en cuenta las deliberaciones sostenidas en el seno del grupo de trabajo nombrado para estudiar este tema y el informe y recomendaciones propuestos por el mismo, *resuelve*: (1) Encomendarle al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que dé amplia difusión al trabajo preparado por el Dr. Albert V. Hardy y al informe del grupo de trabajo *ad-hoc*. (2) Solicitar al Director de la Oficina que presente al Consejo Directivo, en su próxima reunión, un informe acerca de las gestiones que la Oficina haya realizado en favor de la lucha contra las diarreas infantiles, de acuerdo con las recomendaciones mencionadas.

Tras breves intervenciones aclaratorias de los Dres. PONS (Estados Unidos), JIMÉNEZ GANDICA (Colombia), ALLWOOD PAREDES (El Salvador), y OROPEZA (Venezuela), se adopta la decisión siguiente.

Decisión: Por unanimidad, se aprueba el informe de grupo de trabajo "B"

sobre control de las diarreas infantiles a la luz de los últimos progresos científicos y el proyecto de resolución propuesto por el Delegado de El Salvador.

Se levanta la sesión a las 17 H. 45 M.

CUARTA SESION

Lunes, 18 de octubre de 1954, a las 16 h.

Presidente: Dr. JUAN MONTALVÁN CORNEJO (Ecuador)

El PRESIDENTE abre la sesión e invita al Secretario a que dé cuenta del número de delegaciones presentes.

El SECRETARIO informa que hay 20 delegaciones representadas en la sesión.

El PRESIDENTE somete a consideración el primer punto del orden del día, en vista de que se ha reunido el quórum requerido por el Artículo 17 del Reglamento Interno de la Conferencia.

Tema 11-B (i): Métodos para Mejorar la Exactitud y Fidelidad de los Datos Estadísticos Primarios para Programas de Salud (Informe del Grupo de Trabajo "A")¹

El PRESIDENTE anuncia que el informe que el grupo "A" ha rendido a la Comisión, va a ser presentado por el Dr. Hugo Behm (Chile) como Relator del grupo.

El Dr. BEHM (Relator, Chile) da lectura al citado informe. Explica que, por una omisión involuntaria, no figura la Delegación de Guatemala entre los participantes del grupo de trabajo.

Terminada la lectura, prosigue diciendo que, debido a la naturaleza del grupo y al tiempo limitado de que ha dispuesto, este informe no puede tener ni la extensión ni los detalles que tendría el informe de un comité de expertos en esta materia. Manifiesta que se estimó que las recomendaciones que se formularan a la Conferencia debían ser de carácter general. A continuación, da lectura de las recomendaciones que el grupo propone.

El PRESIDENTE somete a consideración el informe del grupo de trabajo "A" y anuncia que se va a leer el proyecto de resolución que resume las conclusiones a que llegó el grupo.

El Dr. BEHM (Relator, Chile) da lectura del proyecto de resolución.

Decisión: Se aprueba por unanimidad y sin modificación alguna el proyecto de resolución mencionado.²

El PRESIDENTE felicita al grupo de trabajo "A" por la acuciosidad, empeño e inteligencia con que resolvió asuntos tan difíciles.

¹ Véase pág. 462.

² Véase pág. 469.

Tema 11-B (ii): Control de las Diarreas Infantiles a la Luz de los Últimos Progresos Científicos (*continuación*) (Proyecto de resolución presentado por el Grupo de Trabajo "B")

El PRESIDENTE explica que el texto definitivo del proyecto de resolución sobre este tema se formuló de acuerdo con lo dispuesto en la séptima sesión de la Comisión General.

El SECRETARIO da lectura del texto definitivo del proyecto de resolución.

Decisión: Se aprueba por unanimidad y sin modificación alguna el proyecto de resolución, quedando éste incorporado al informe correspondiente.¹

Tema 11-B (iii): Aplicación de Métodos de Educación Higiénica en Zonas Rurales de América Latina (*continuación*) (Proyecto de resolución presentado por el Grupo de Trabajo "C")

El PRESIDENTE indica que el grupo de trabajo "C" ha resumido sus recomendaciones en un solo proyecto de resolución, al que se han agregado ligeras modificaciones recomendadas por la Comisión General.

Decisión: Se aprueba por unanimidad y sin modificaciones el proyecto de resolución.²

Tema 32: Erradicación de la Malaria en las Américas (Informe del Grupo de Trabajo "D")³

El PRESIDENTE anuncia que para estudiar este tema se había designado el grupo de trabajo "D" del cual es Relator el Dr. Arnoldo Gabaldón.

El Dr. GABALDÓN (Relator, Venezuela) da lectura del informe del grupo de trabajo "D" sobre erradicación de la malaria en las Américas. Terminada la lectura del informe, hace saber que posteriormente tuvo ocasión de reunirse con los miembros del grupo de trabajo y que en esta reunión se acordó la siguiente redacción para el último párrafo del informe, a los efectos de que quedara más claro:

Que use fondos en 1955 para el programa de erradicación de la malaria en una suma hasta de \$100.000 por encima de las asignaciones provistas en las resoluciones de esta Conferencia, si tales fondos están disponibles y sin obligar para el primero de enero de 1955, y solicite de los Gobiernos Miembros en el presupuesto propuesto para 1956 una suma igual, específicamente destinada a la erradicación de la malaria.

El Dr. SOPER (Director, OSP) explica que el propósito de la modificación propuesta es hacer que quede disponible anualmente la suma de \$100.000 para la campaña de erradicación de la malaria, empezando en 1955. En vista de que el monto del presupuesto de 1955 ya ha sido fijado, se propone autorizar el gasto de \$100.000 de cualquier excedente que hubiera disponible al finalizar el

¹ Véase pág. 462.

² Véase pág. 458.

³ Véase pág. 470.

año. Se sugiere también que la Conferencia autorice al Director y al Comité Ejecutivo a aumentar el presupuesto de 1956 en la suma de \$100.000, suma que ha de ser utilizada específicamente para la lucha antimalárica. Hace hincapié en que la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana no tiene que recomendar aumento alguno del presupuesto de 1956, puesto que esa es función que corresponde al Consejo Directivo que se reunirá el año próximo.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador) dice que se trata sencillamente de un asunto de redacción, puesto que en la presente redacción del párrafo se entiende que el Director queda autorizado para utilizar \$100.000 de los excedentes, y aún la Conferencia no ha aprobado el presupuesto del presente año. Señala que se debe enmendar esa parte de la resolución para no referirse a la Conferencia, que no ha intervenido para nada en la elaboración del presupuesto de 1954.

El Dr. BRADY (Estados Unidos) indica que, en parte, es también responsable de la nueva redacción leída por el Relator. Le preocupa la redacción de la propuesta original, la que indica que el Director queda autorizado para utilizar el excedente del actual presupuesto. Añade que, hasta donde él sabe, no se tiene seguridad alguna de que haya tal excedente en el presupuesto actual. El Reglamento Financiero autoriza al Director a gastar hasta la cantidad total que aparece en el presupuesto, y que, para 1955, asciende a \$2.100.000. Señala que en otra resolución de la Conferencia se autoriza al Director a emplear \$144.000 específicamente para la erradicación de la viruela. La resolución que está en consideración debe indicar claramente que se autoriza al Director a utilizar otros \$100.000, siempre y cuando esa suma esté disponible como excedente al terminar el año 1954. Debe atenderse cuidadosamente a la redacción de esta resolución a fin de dar cumplimiento al Reglamento Financiero y de autorizar al Director a utilizar una suma adicional a la que ya ha sido aprobada por la Conferencia. Sería conveniente, añade, que uno de los expertos financieros presentara la redacción apropiada de esta resolución.

El Dr. NECHME (Chile) dice que ha notado que en el informe que ha presentado el grupo de trabajo se ha omitido la proposición que hizo su delegación y por la cual se encomendaba a la Oficina Sanitaria Panamericana que fomentara la realización de investigaciones para conocer el mecanismo íntimo, biológico y fisiológico, de la producción de resistencia a los insecticidas modernos, por parte de las instituciones científicas y de salud pública de los países de América. Señala el interés que tiene este asunto para el futuro de la labor sanitaria.

El Dr. SOPER (Director, OSP) recuerda que hace unos días un delegado preguntó cuándo entraría el grupo de trabajo en la discusión técnica. Se le informó que el grupo de trabajo no tenía la función de repetir la labor que ya realiza el Comité de Expertos en Malaria. Opina que el informe es demasiado detallado en sus recomendaciones. Cree que sería mejor que no se incluyeran en el mismo detalles técnicos ni sugerencias a los Gobiernos o a la Oficina sobre los mismos. Señala que las condiciones varían grandemente en los distintos países y que, al llevar a cabo los programas, se necesitan ciertos ajustes que se deben encomendar a los técnicos de la Oficina. Agrega que en el caso de la erradicación del *Aedes*

aegypti el programa está basado en una resolución de la primera reunión del Consejo Directivo, muy concisa y breve.

A continuación da lectura de la resolución mencionada e indica que la Oficina tiene que resolver distintos problemas y deducir variadas conclusiones en cada país. En el caso de la malaria, es necesario que la Conferencia proclame que este asunto tiene una extrema urgencia y que una vez hecho esto decida sobre el papel que debe desempeñar la Oficina y sobre el financiamiento del programa. No cree conveniente que se formulen, por el momento, bases técnicas que pueden variar de un año a otro. El informe también dice que el problema puede ser resuelto en cinco años con la colaboración de los países. Estima que, si un país determinado dispone de todo el equipo moderno necesario, entonces se podría resolver el problema en cinco años. La mayor parte de la campaña se puede llevar a cabo dentro de los próximos cinco años, pero añade que son tantos los países que siempre se presentan inevitables demoras. Se puede decir que el período mencionado debe utilizarse para iniciar una campaña intensiva. Sostiene que el informe debería tener más flexibilidad. Por último, declara que debe también autorizarse al Director para conseguir los fondos necesarios.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador) indica que, por la naturaleza del proyecto de resolución en que se autoriza al Director a efectuar gastos, cree que debería ser objeto de una resolución separada del informe técnico sobre el programa de erradicación de malaria.

El Dr. GABALDÓN (Relator, Venezuela) manifiesta que el grupo de trabajo, al nombrar un comité de redacción, creyó facilitar la condensación de las distintas opiniones expuestas durante las reuniones del grupo. Asimismo, al redactar el informe, el grupo de trabajo creyó oportuno darle la extensión que tiene para explicar los fundamentos técnicos en que se basa su recomendación respecto a la posibilidad de erradicar la malaria en el Hemisferio. Creyó oportuno señalar las pautas a seguir para alcanzar el objetivo, sin ir más allá de las posibilidades materiales de cada país. También creyó necesario exponer como podría procederse al financiamiento por parte de la Oficina.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) llama la atención sobre el hecho de que el informe fué preparado por técnicos de reconocida fama internacional. Desea saber cuáles son los técnicos de que dispone la Oficina para realizar la labor encomendada. Propone que con la modificación propuesta se proceda a aprobar el informe.

El Dr. LAZARTE (Perú) desea recoger las observaciones del Director de la Oficina para proponer que se redacte una resolución que tenga más flexibilidad y que deje en manos de la Oficina y de los gobiernos la solución del problema. Cree que la Conferencia debe limitarse a reconocer la urgente necesidad de resolver el problema y que, para llegar a ese objetivo final, se empleen todas las recomendaciones técnicas que se consideren indispensables. Añade que con una resolución resumida se podría señalar la importancia de llevar a cabo la obra de erradicación y luego, en uno de sus párrafos, solicitar del Director que dé la más amplia difusión al informe del grupo de trabajo.

El PRESIDENTE considera que el tema está suficientemente discutido y que procede someter a votación las proposiciones de los Delegados del Perú y de Costa Rica. Anuncia que someterá primero a votación la propuesta del Delegado del Perú.

Se lleva a cabo una votación nominal, como resultado de la cual no encuentra apoyo la propuesta del Delegado del Perú.

El PRESIDENTE anuncia que someterá a votación la propuesta del Delegado de Costa Rica.

Así se hace y se computan nueve votos en favor de la propuesta.

El PRESIDENTE anuncia que, por no haberse obtenido mayoría de votos, procederá a reabrir el debate.

El Dr. BRADY (Estados Unidos) pregunta si al efectuarse la votación se dedujeron las abstenciones. Está seguro que, si así se hubiera hecho, se hubiera obtenido una mayoría de los delegados presentes y votantes en favor de la proposición.

El PRESIDENTE informa que no se dedujeron las abstenciones pero que ya se ha reabierto el debate.

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua) señala que en la erradicación de una enfermedad se presupone, en primer lugar, la supresión del foco. En el caso de la viruela y de la fiebre amarilla es posible conseguir la erradicación. En el caso de la malaria, cree que, en ninguna forma, es posible llegar a la erradicación científica del problema. Señala que se hace imposible erradicar el mosquito y que todavía no se ha resuelto el problema de la inmunidad hacia la malaria en escala nacional. Prefiere que se plantee el problema en relación al sistema que se debe adoptar para hacer llegar los medios materiales a los países que los necesitan.

El Dr. GABALDÓN (Relator, Venezuela) da cuenta de los puntos que sirvieron de base para el debate que se llevó a cabo en el grupo de trabajo. Lee la Resolución XVIII de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Explica que esta resolución condensa los objetivos de la erradicación de la malaria y que muy a sorpresa del grupo, el informe presentado por el Consultor de la Oficina indica claramente que, en lugar de progreso, en muchos países hubo degradación de los programas. Por ello considera necesario dar una explicación adecuada de los objetivos de la erradicación a fin de convencer a los que dudan de que sea posible conseguir la erradicación de la malaria.

El Dr. MARTONE (Argentina) indica que sería conveniente que se dejara el último párrafo del informe para examinarlo en otra sesión, aprobándose todo lo anterior relacionado con el aspecto técnico.

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua) indica que la lectura de la Resolución XVIII de la XIII Conferencia no le satisface, por considerar que en esa época se suponía que el DDT era la solución para el problema de la malaria. Señala que desde los trabajos que se realizaron en Trinidad se empezó a dudar sobre la posibilidad de conseguir la erradicación de la malaria. Manifiesta que mientras haya

vías de comunicación, y mientras haya focos endémicos en alguna parte, será imposible conseguir la total anulación de una enfermedad.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador) manifiesta que como se trata de un pronunciamiento con amplias repercusiones de orden científico, y en vista de las manifestaciones del Delegado de Nicaragua, en torno a la limitación del concepto "erradicación", propone que se modifique la redacción del informe de manera que se tomen en cuenta las observaciones formuladas.

El Dr. BRAVO (México) hace saber que llama la atención de que en el informe se hable del rociamiento intradomiciliario como la única medida a seguir en la lucha contra la malaria, desestimándose las otras medidas clásicas. También ha observado cierta actitud fatalista en relación a la resistencia a los insecticidas, cuando se contempla la posibilidad de iniciar estudios para investigar esa resistencia.

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua) indica que en el último párrafo del informe se dice que algunos países han conseguido la erradicación de la malaria. Señala que la vida gametífera de las tres clases de *Plasmodium* es variable. En el caso del *P. falciparum*, su vida gametífera es muy corta, de dos a tres años. En el *P. vivax*, es de tres a cinco años y en el caso del *P. malariae* se ignora la extensión de la misma. Desea saber qué país, científicamente hablando, puede haber conseguido la erradicación de la malaria.

El Dr. GABALDÓN (Relator, Venezuela) manifiesta que la Organización Mundial de la Salud aprobó un concepto de cesación de endemia malárica que había sido adoptado primeramente por la Sociedad Nacional de Malaria en Estados Unidos. Ese concepto de cesación de endemia requiere que por tres años no se encuentren casos indígenas primarios en un territorio, siempre que haya una organización adecuada para la búsqueda de los casos. Por casos indígenas primarios, se entienden aquellos que han sido contraídos en el lugar por mosquitos infectados en el mismo lugar. Los países que tienen áreas en donde por tres años consecutivos no se han informado casos, son los siguientes: Estados Unidos, en todos sus territorios; Venezuela, en un área de 180.000 Km²; Argentina, para un área de 60.000 Km² y Ecuador, para un territorio ocupado por 200.000 habitantes. Existen ejemplos de erradicación de la malaria en la zona templada y en la tropical. Existen, pues, hechos concretos con base científica para recomendar la erradicación de la enfermedad.

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua) hace saber que si se agrega al proyecto de resolución la explicación del concepto "erradicación" que acaba de dar el Relator del grupo de trabajo "D", considera aceptable el informe.

El PRESIDENTE estima suficientemente discutido el tema. Pone a votación la propuesta del Delegado del Perú sobre si debe o no condensarse la resolución en forma similar a la adoptada por los otros grupos de trabajo.

Decisión: Se aprueba la propuesta del Delegado del Perú, en el sentido de que se redacte una resolución resumida, similar a las presentadas por los otros grupos de trabajo.

Se levanta la sesión a las 18 horas.

QUINTA SESION

Martes, 19 de octubre de 1954, a las 15 h. 45 m.

Presidente: Dr. JUAN MONTALVÁN CORNEJO (Ecuador)

El PRESIDENTE abre la sesión e invita al Secretario a que dé cuenta del número de delegaciones presentes.

El SECRETARIO informa que hay 13 delegaciones representadas en la sesión.

El PRESIDENTE somete a consideración el primer punto del orden del día, en vista de que se ha reunido el quórum requerido por el Artículo 17 del Reglamento Interno de la Conferencia.

Tema 24: Treponematosis. Bases Generales sobre las Cuales Debe Orientarse una Campaña Epidemiológica

El Dr. COUTTS (Chile) lee la exposición preliminar relativa al tema en exposición.¹

El PRESIDENTE felicita al Dr. Coutts por su exposición y ofrece la palabra a los delegados.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) informa que en Costa Rica, desde hace tiempo, se usa la penicilina procaína con 2% de monoestearato de aluminio en solución oleosa para todas las formas de sífilis, y que existe un esquema de tratamiento estandarizado que no sólo lo usan los hospitales del Estado sino también las instituciones privadas. Agrega que el tratamiento de las enfermedades venéreas es obligatorio y gratuito.

El Dr. RUESTA (Venezuela) informa que en Venezuela la lucha antivenérea está separada de la lucha contra el pian. La lucha antivenérea está representada por un servicio técnico central, cuyas funciones son la investigación científica y la formación del personal técnico.

Indica que en los dispensarios situados en poblaciones de más de 20.000 habitantes existe siempre un venereólogo. En materia de serología, se ha logrado implantar la prueba denominada corrientemente V.D.R.L. Manifiesta que todos los casos descubiertos por la serología son objeto de confirmación mediante el examen clínico correspondiente. Informa que desde 1950 se sigue el tratamiento a base de penicilina, tal como lo ha indicado el Delegado de Chile. Anuncia que ya no es necesario tener servicio de hospitalización por sífilis debido a la efectividad del tratamiento empleado. Indica que en una población portuaria expuesta a contagio se hizo una encuesta a base de prostitutas, marinos, empleados y obreros del puerto, con resultados estadísticos que puede poner a disposición de los delegados. Informa que, en el caso del pian, se procedió a erradicarlo en las zonas endémicas. Agrega, como dato interesante, que se ha logrado rebajar la incidencia del pian de 6.409 casos por 100.000 habitantes en 1942, a 115 casos por

¹ Véase pág. 536.

100.000 habitantes en 1953. En vista de que resultaría muy costoso mantener estos servicios, se ha pasado la lucha contra el pian a los servicios generales de medicina.

El Dr. GRUNAUER TOLEDO (Ecuador) informa de que en su país recientemente se ha hecho un experimento cuyos resultados permitirán una acción futura eficaz. Este experimento fué hecho con la colaboración de técnicos de la OMS. En el Ecuador existe un Departamento Nacional de Lucha Antivenérea que funciona independientemente de los otros servicios de treponematosi. Manifiesta que el tratamiento de la lúes se hace con penicilina procaína con monoestearato de aluminio. El pian ha sido prácticamente erradicado a base de penicilina.

El Dr. RODRÍGUEZ GÓMEZ (Colombia) da cuenta de que en el sector del Río Magdalena, en la región del Atlántico, el pian está prácticamente erradicado. En la costa del Pacífico también progresa una campaña contra el pian. Actualmente se está tratando de preparar enfermeras especializadas que ayuden en una campaña contra la creencia popular de que las treponematosi pueden curarse con una sola inyección de penicilina.

El Dr. SÁNCHEZ VICIL (Nicaragua), después de enumerar las realizaciones hechas por su país en el campo de la salud pública, manifiesta que se hace necesario que la Oficina Sanitaria Panamericana busque una reacción serológica práctica que permita obtener resultados más exactos.

El Dr. SOPER (Director, OSP) explica que en 1949 un representante de Haití fué espontáneamente a la Oficina de Washington a solicitar, en nombre de su país, colaboración para iniciar una campaña de erradicación del pian. Señala que, hace veinticinco años, se llevó a cabo una campaña contra dicha enfermedad que luego se abandonó. Al cabo de un tiempo se recrudeció la epidemia. La Oficina consiguió la colaboración del UNICEF, de la Organización Mundial de la Salud y, naturalmente, la contribución principal provino del propio Gobierno de Haití. El primer año, la campaña se desarrolló entre personas reunidas en un lugar predeterminado. Después se estableció la campaña de casa en casa, con la obligación de atender a todos los casos y contactos. Ello significó prácticamente la aplicación de penicilina en toda la población rural, puesto que se alcanzó del 93 al 95% de la población. Hasta julio de 1954, el UNICEF contribuyó con materiales y equipo por valor de \$553.000. En ese mismo período, el Gobierno de Haití gastó \$604.000. Hubo gastos menores por parte de la OMS y de la Oficina Sanitaria Panamericana. El programa consistía en una sola inoculación de penicilina a fin de convertir los casos en no infecciosos, a base de 600.000 unidades de penicilina para los adultos y de 300.000 unidades para los niños. En el primer período, en que no se siguió el sistema de casa en casa, se trataron unas 666.000 personas. Una vez implantado el método de tratamiento de casa en casa, 2.673.876 personas recibieron tratamiento. La suma total de las dos cifras asciende a unos 3.340.000 personas. Las investigaciones detalladas que se han llevado a cabo en la mayor parte del interior del país demuestran que el grado de infección es menor de 0,5%. En la zona norte se ha encontrado solamente 0,3% de casos diagnosticables. Señala que en la mayor parte del país no existen centros de salud, a los cuales se pueda confiar la responsabilidad de la ejecución de la campaña. Se ha dividido la isla en diversas zonas geográficas con responsabilidad fija para ciertos empleados que deben propor-

cionar tratamiento a los enfermos. Considera que la labor realizada en Haití es sumamente importante y que representa el comienzo de una campaña de erradicación del pian en toda el área del Caribe. Se sabe que en Cuba existe un foco de infección del cual pudiera resultar reinfestado Haití. Indica que cuando se habla de erradicación es necesario considerar la posibilidad de ampliar el programa. Desearía saber la opinión de los señores delegados en cuanto a si se puede considerar epidemiológicamente factible la erradicación de los treponemas.

El PRESIDENTE considera que el tema ha sido suficientemente discutido y sugiere que los Delegados de Costa Rica, Venezuela, Nicaragua, Panamá y Chile integren la comisión que se encargará de redactar el proyecto de resolución relativo a este tema.

El Dr. BISSOT (Panamá) solicita que se escuche su informe antes de proceder a la votación.

El PRESIDENTE accede a la solicitud del Delegado de Panamá.

El Dr. BISSOT (Panamá) informa de que en Panamá existe una sección de higiene social que ha adelantado una extensa campaña contra el pian. Informa también que existen dispensarios especializados que se preocupan no sólo de la curación sino de la prevención de enfermedades. Expresa que a las mujeres de vida promiscua se les inyecta semanalmente con PAM y declara que el año pasado no se tuvo noticia de un solo caso de sífilis congénita. Agrega que no han habido casos de reacciones alérgicas con la aplicación del PAM.

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua) declina formar parte de la comisión que acaba de nombrarse porque tiene que ausentarse mañana del país. Expresa su agradecimiento por las numerosas manifestaciones de gentileza de que ha sido objeto durante su permanencia en Chile.

El PRESIDENTE nombra al Delegado de Argentina en lugar del Delegado de Nicaragua.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el nombramiento de los Delegados de Costa Rica, Venezuela, Argentina, Panamá y Chile para integrar la comisión que redactará un proyecto de resolución que determine las bases sobre las cuales debe orientarse una campaña epidemiológica, que deberá someterse a la consideración de la Conferencia en pleno.

Se levanta la sesión a las 16 h. 55 m.

SEXTA SESION

Miércoles, 20 de octubre de 1954, a las 9 h. 45 m.

Presidente: Dr. JUAN MONTALVÁN CORNEJO (Ecuador)

El PRESIDENTE abre la sesión e invita al Secretario a que dé cuenta del número de delegados presentes.

El SECRETARIO informa de que hay 14 delegaciones representadas en la sesión.

El PRESIDENTE anuncia que se va a poner en discusión el primer tema del orden del día, en vista de que se ha reunido el quórum requerido por el Artículo 17 del Reglamento Interno de la Conferencia.

Tema 24: Treponematosis (continuación)
(Informe del Grupo de Trabajo "E")¹

El PRESIDENTE pide al Relator del grupo de trabajo "E" que dé lectura del proyecto de resolución redactado de acuerdo con la decisión tomada en la sesión anterior.

El Dr. BISSOT (Relator, Panamá) declara que el grupo de trabajo "E" de la Comisión I se reunió en la mañana de hoy, con asistencia de todos los miembros que la integran. Informa de que como Director de Debates se designó al Dr. Coutts (Chile) y como Relator al Dr. Bissot (Panamá). A continuación da lectura del proyecto de resolución que aparece en el informe del grupo de trabajo "E".

El PRESIDENTE somete a consideración el proyecto de resolución leído por el Relator del grupo de trabajo "E". Indica que si no hay observaciones, se dará por aprobado.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución preparado por el grupo de trabajo "E".

Tema 32: Erradicación de la Malaria en las Américas
(Informe del Grupo de Trabajo "D")² (continuación)

El PRESIDENTE concede la palabra al Relator del grupo de trabajo "D", Dr. Arnoldo Gabaldón.

El Dr. GABALDÓN (Relator, Venezuela) hace saber que después de los debates de anteaer, en relación al informe del grupo de trabajo "D", conviene recordar que se formularon varias críticas sobre lo prolijo del informe. En gran parte ello se debió a que el Relator aceptó las sugerencias presentadas en el curso del debate por hallarse él compenetrado de los problemas que presenta en la actualidad la lucha antimalárica en el Continente. En el resumen estadístico de los informes de los Estados Miembros³ la malaria figura entre las primeras cinco causas de muerte en seis de los países. En uno, es la primera causa de muerte; en tres, es la segunda; en uno, es la tercera causa de muerte y en otro, es la cuarta causa de muerte. La enfermedad ha sido, pues, de capital importancia en casi la tercera parte de los países del Hemisferio. Señala que, además, ha intranquilizado mucho la noticia expuesta en el V Informe sobre la Situación de la Lucha Antimalárica en las Américas,⁴ en la que se ve que países que no han alcanzado todavía la erradicación de la enfermedad han rebajado su presupuesto para el control de la malaria. Ese número de países alcanza a cinco. Este problema de finanzas se ha reflejado tam-

¹ Véase pág. 473.

² Véase pág. 470.

³ Publicado por separado como Publicación Científica No. 24.

⁴ Publicada separadamente como Publicación Científica No. 26.

bién en el presupuesto de la Organización. En el Proyecto de Presupuesto para 1956 (Documento CE23/2),¹ bajo "Resumen", en el Título III, Capítulo I de la Sección 2 de Programas, se ha dedicado el 21,9% de los fondos asignados a esta sección para lucha antimalárica y control de insectos para el año 1954. En el documento se ve también que estos fondos, para 1955, alcanzan al 8,3%. Las sumas que contemplan las resoluciones a que dará lectura más adelante no igualan todavía la suma presupuestada para 1954. Llama la atención sobre este punto por considerar de sumo interés que los organismos que estudian y formulan el presupuesto de la Organización actúen de acuerdo con los problemas que se presentan. Manifiesta que las enfermedades que son reductibles desempeñan un papel de extrema importancia en las condiciones sanitarias del Continente. Las actividades relacionadas con el control de las enfermedades, así como las de saneamiento del medio, deben contar con fondos en escala creciente. A continuación, da lectura de las dos nuevas resoluciones preparadas por el grupo de trabajo siguiendo las sugerencias del Director de la Oficina y de las distintas delegaciones, y que figuran al final del informe del Grupo de Trabajo D, la primera titulada "Erradicación de la Malaria en las Américas" y la segunda "Uso de Fondos para la Intensificación de Actividades Antimaláricas."²

El PRESIDENTE somete a consideración los proyectos de resolución leídos por el Relator.

Decision: Se aprueban por unanimidad y sin modificaciones, los proyectos de resolución presentados por el Grupo de Trabajo D.

El Dr. FLOCH (Francia) estima que sería interesante para los malariólogos que el informe del Grupo de Trabajo D, que contiene puntos técnicos de gran importancia, sea incluido en la Memoria de la Conferencia junto con el V Informe sobre la Situación de la Lucha Antimalárica en las Américas.

El Dr. SWELLENGREBEL (Países Bajos) apoya la proposición del Delegado de Francia en relación a los citados informes.

El Dr. NECHME (Chile) se adhiere a ambas proposiciones y solicita que, además de los informes mencionados, se añada la declaración del Dr. N. H. Swelengrebel (Documento CSP14/82).³

El Dr. SWELLENGREBEL (Países Bajos) hace una observación en relación al Documento CSP14/82. En el antepenúltimo párrafo, donde dice "busca los casos desconocidos y los médicos", se cambie la palabra "y" por la palabra "por" de manera que quede la frase en la forma siguiente: "busca los casos desconocidos por los médicos".

Decisión: Se aprueba por unanimidad la proposición del Delegado de Francia con la modificación propuesta por el Delegado de los Países Bajos al texto español del Documento CSP14/82.

Se levanta la sesión a las 10 h. 15 m.

¹ Publicado por separado.

² Véanse págs. 472 y 473.

³ Véase pág. 534.

COMISION II
(Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos)

PRIMERA SESION

Sabado, 9 de octubre de 1954, a las 12 h. 15 m.

Presidente: Dr. FÉLIX HURTADO (Cuba)

El PRESIDENTE declara abierta la sesión. Anuncia que actuará de Secretario de la Comisión II el Sr. Harry A. Hinderer, Jefe de la División de Administración de la Oficina Sanitaria Panamericana, cuya colaboración será valiosa por el conocimiento que tiene de todos los temas que ha de tratar la Comisión. Señala también la presencia del Dr. Soper, Director de la Oficina y del Dr. Bustamante, Secretario General, y ruega a todas las delegaciones presentes en la Conferencia que participen en los trabajos de la Comisión, por la importancia de los temas que ésta ha de considerar.

Elección del Vicepresidente y del Relator

El PRESIDENTE solicita que se formulen propuestas para la designación del Vicepresidente y Relator de la Comisión.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) propone al Representante de Guatemala para el cargo de Vicepresidente y al de México para Relator.

El Dr. SEGURA (Argentina), el Dr. GRUNAUER TOLEDO (Ecuador) y el Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) apoyan la propuesta del Representante de Costa Rica.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el nombramiento del Representante de Guatemala para el cargo de Vicepresidente de la Comisión y del Representante de México para el de Relator.

Tema 15: Revisión de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana

El PRESIDENTE manifiesta que en la reunión de la Comisión General celebrada el día anterior se recomendó que la Comisión II tratara en primer lugar el Tema 15 del programa. Añade que es un asunto que ha sido estudiado profundamente por el Comité permanente sobre la revisión de la Constitución, que ha celebrado 30 sesiones y ha preparado un proyecto de Constitución revisada que

aparece en el Documento CSP14/18.¹ Señala que, en la consideración de esta cuestión, deben tenerse en cuenta también las opiniones y criterios formulados por los Gobiernos Miembros que hayan sido transmitidos a la Oficina, es decir, que la discusión de la revisión no debe ajustarse necesariamente al proyecto presentado por el Comité permanente. Añade que en la reunión de la Comisión General se sugirió la conveniencia de crear un grupo de trabajo de la Comisión II, encargado de analizar toda la documentación relativa al tema, lo cual contribuiría a facilitar los debates. Somete a consideración el nombramiento de dicho grupo de trabajo.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) manifiesta que ha estudiado detenidamente el informe presentado por el Comité permanente. Tal vez sería conveniente que todos hicieran un examen de conciencia y se preguntaran si es oportuno e indispensable proceder ahora a la revisión de la Constitución. No son las constituciones las que marcan el progreso sino los hombres que han de aplicarlas. Este asunto se ha venido estudiando desde hace tres o cuatro años y a la luz de la documentación presentada sugiere a la Comisión que considere la conveniencia o no de proseguir la discusión de este tema.

El Dr. ZOZAYA (México) considera que las manifestaciones del Representante de Costa Rica están fuera de orden, pues la Comisión tiene el mandato expreso de estudiar la documentación presentada por el Comité permanente. Lo más prudente es crear el grupo de trabajo propuesto por el Presidente, el cual, después de estudiar todos los aspectos del problema, puede llegar a las conclusiones oportunas sobre la conveniencia o no de proceder a la revisión de la Constitución, formulando la correspondiente recomendación a la Comisión II, para que ésta adopte la decisión que proceda y transmitirla a la Conferencia.

El Dr. SEGURA (Argentina) se muestra de acuerdo con las manifestaciones del Representante de México.

El Sr. BELTON (Estados Unidos) manifiesta que, como la Comisión sabe, la delegación de su país intervino en la redacción del informe del Comité permanente que fué presidido por el Representante de los Estados Unidos. No hay duda de que dicho Comité ha realizado una excelente labor, y ha propuesto un texto constitucional que contiene claras mejoras sobre el presente. Es una Constitución que, si la mayoría de los países representados en la Conferencia estuvieran dispuestos a aceptarla, los Estados Unidos se sentirían muy satisfechos de actuar con arreglo a ella. Pero, al mismo tiempo, el orador tiene muy presente una de las reglas que sirvieron de guía al Comité permanente sobre revisión de la Constitución. En su informe final (Documento CSP14/18), dicho Comité enumera tres reglas, en la tercera de las cuales se expresa la conveniencia de "ajustarse lo más estrechamente posible a la presente Constitución, a falta de pruebas evidentes de la necesidad de un cambio".² Muchas de las ideas discutidas cuando se pensó por primera vez en la revisión y que dieron lugar a la creación del Comité permanente, han resultado ser innecesarias. Uno de los principales cambios pro-

¹ Véase pág. 613.

² Véase pág. 614.

puestos era la coordinación que debía establecerse entre las reuniones de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Sanitaria Panamericana, basándose en la creencia de que la Organización Mundial de la Salud modificaría su plan de reuniones, pero no ha ocurrido así. Por ello, la Delegación de los Estados Unidos coincide con el Representante de Costa Rica en considerar que debe llevarse a cabo un cuidadoso estudio para determinar si, en efecto, es necesario introducir algún cambio en la Constitución vigente. Estima la Delegación de los Estados Unidos que los cambios constitucionales no debieran realizarse a la ligera, que sólo se deben efectuar cuando con ellos se sirva una finalidad clara y bien definida. No cree el orador que tal cambio sea necesario, y estima que, si esta opinión es compartida por la mayoría, no hay necesidad de conceder estudio, en el momento actual, a la revisión de la Constitución. Si todos están satisfechos con la Constitución actual, lo apropiado es que la Comisión II se limite a tomar nota del informe del Comité permanente. Como en las circunstancias actuales no hace falta ningún cambio, no serviría ninguna finalidad práctica la formación de un grupo de trabajo, ya que si se comienza por decidir que no hace falta una nueva Constitución ese grupo de trabajo no tendría ninguna labor que realizar.

El Dr. LAZARTE (Perú) se suma a la tesis expuesta por los Representantes de Costa Rica y Estados Unidos. Reconoce que en la Constitución actual puede haber algunas lagunas, pero, en general, es satisfactoria. Por eso no sería oportuno entrar ahora en largas discusiones relativas a su posible revisión.

El Dr. RODRIGUES VALLE (Brasil) señala que en principio el Gobierno del Brasil no es contrario a una revisión de la Constitución, pero duda mucho que sea conveniente proceder a una revisión total. Estas dudas provienen precisamente de la lectura del informe del Comité permanente, cuyos miembros celebraron treinta sesiones y realizaron un minucioso estudio, pero los resultados han sido tan parcos que no aconsejan discutir ahora la revisión. La única modificación que cabría aceptar es la relativa a si las reuniones del cuerpo directivo (Conferencia) han de ser bienales a anuales, pero esta cuestión no se puede resolver hasta que la OMS adopte una decisión análoga sobre la materia. Iniciar ahora una labor de revisión requeriría un tiempo del que no se dispone, ya que no cabe pensar que la 24 delegaciones aquí reunidas pudieran solventar en pocos días una cuestión para cuyo estudio han necesitado más de tres años los miembros del Comité permanente. Por eso se debe mantener el actual estado de cosas.

El Dr. SECURA (Argentina) manifiesta que es natural que quienes concurren circunstancialmente a estas reuniones se vean sorprendidos ante las quejas que suscita una Constitución, con arreglo a la cual se ha realizado una labor satisfactoria, y crean que lo mejor sería no introducir ningún cambio. Pero, en verdad, hace más de cuatro años que miembros destacados de la Organización Sanitaria Panamericana plantearon la necesidad de introducir cambios en la Constitución vigente, por cuanto el texto de ésta suscita incertidumbres frente a determinados problemas fundamentales. Este convencimiento se ha expresado ya en repetidas ocasiones anteriores. Se constituyó el Comité permanente, preparó informes, pero se ha ido aplazando la solución del problema. En la reunión

que celebró en Washington el Consejo Directivo en octubre de 1953, el Comité permanente pidió a los miembros que se pospusiera la discusión del asunto hasta la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana para que ésta considerara las dificultades existentes y adoptase una decisión definitiva. Todos los países han tenido sobrado tiempo para estudiar el problema y para formular las indicaciones que estimasen oportunas. Parece una ligereza venir ahora aquí sin conocer a fondo los factores y elementos tenidos en cuenta por quienes han seguido esta cuestión al día y decir que no hay necesidad de considerar lo que traen los Gobiernos. Eso representaría rechazar de plano, y sin la debida consideración, un trabajo concienzudamente hecho durante varios años. A la seriedad de las representaciones que han intervenido en la preparación del informe se debe hoy la atención de escuchar lo que tengan que decir. Por ello se opone rotundamente a que se postergue de nuevo la discusión de este asunto.

El Sr. BELTON (Estados Unidos) dice que las observaciones del Representante de la Argentina son argumentos perfectamente lógicos y legítimos. Todos los presentes han trabajado con sumo interés en la revisión de la Constitución actual y no hay ninguna delegación que acuda con mayor número de ideas y sugerencias que la Representación de los Estados Unidos. Por espacio de varios años ha estudiado ésta detenidamente los problemas constitucionales, pero finalmente ha llegado a la conclusión de que no vale la pena introducir ningún cambio. Al examinar la labor que se ha llevado a cabo en los últimos tres años, es preciso reconocer que la Organización ha actuado con gran éxito y, a juicio del orador, con satisfacción general por parte de todos los miembros que la integran. Toda la actuación se ha desarrollado mediante mejoras permitidas por la Constitución que está en vigor desde 1947, y siguiendo el Reglamento Interno del Consejo Directivo que rige desde 1951. Nadie ha encontrado motivo para presentar serias quejas y en ningún caso se ha suscitado un grave descontento en ninguno de los Países Miembros o de los grupos territoriales que no tienen plenos derechos en su participación en la Organización. Claro está que, probablemente, no hay aquí ninguna delegación que no pueda sugerir ciertos cambios y mejoras en la Constitución o en el Reglamento. Se reconoce por todos que existe la posibilidad de efectuar tales cambios. Pero si se tienen en cuenta las enormes desventajas que puede acarrear la iniciación de un debate de esta naturaleza, ya que sería muy difícil llegar a un texto constitucional que satisfaga los deseos y los requerimientos de todos los Países Miembros, tan bien como los satisface la Constitución vigente, se ha de llegar necesariamente a la conclusión de que no procede emprender tal tarea en esta reunión.

El Dr. ZOZAYA (México) observa que hay una notable divergencia de opiniones en el asunto que se discute. Cita también la tercera regla contenida en el informe final que acaba de mencionar el Representante de los Estados Unidos, así como la parte del documento en la que los autores del mismo mencionan las principales consideraciones que en la fecha de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Ciudad Trujillo en octubre de 1950, condujeron al estudio de la Constitución con el propósito de revisarla.¹ Una de tales consideraciones, la

¹ Véase pág. 614.

cuarta, fué “la suposición de que era necesario revisar la Constitución”. ¿Cómo se puede decir, al cabo de cuatro años de labor que todo lo hecho hasta ahora se debe a “la suposición de que era necesario revisar la Constitución”, o “que no hay pruebas evidentes de la necesidad de un cambio”? Por razones de amor propio es ya evidentemente indispensable que se estudie el problema a fondo mediante el nombramiento de un grupo de trabajo.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) expone el criterio de que si todos los representantes se opusieran *a priori* a examinar el asunto no habría manera de llevar a cabo tal estudio. Pero está de acuerdo con el criterio expuesto por el Representante de la Argentina y estima que se debe iniciar un debate a fondo puesto que, desde 1951, se ha visto que son varias las representaciones que consideran preciso introducir modificaciones parciales circunscritas en algunos casos a determinados artículos. ¿Qué inconveniente puede haber en estudiar el asunto a fondo? Lo procedente es realizar ese estudio y si, como consecuencia de él, se llega a la conclusión de que no hay por qué introducir ninguna reforma, hay que mantener definitivamente la situación presente.

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos) dice que interviene como Presidente del Comité Permanente sobre Revisión de la Constitución, para contestar algunas de las observaciones del Dr. Zozaya. Estima el orador que los representantes se dan perfecta cuenta de que el Comité permanente está al servicio de los Gobiernos que lo establecieron, y lo que el Comité ha hecho ha sido responder a los deseos expresados por esos Gobiernos en las reuniones del Consejo Directivo y en las comunicaciones enviadas al Director de la Oficina para que las transmitiera al Comité permanente. A la luz de esas comunicaciones y de las observaciones formuladas por el Consejo de la Organización de los Estados Americanos, el Comité examinó durante el año 1953, y en la primera mitad de 1954, el proyecto de Constitución que había preparado en 1952. Las conclusiones a que llegó en ese examen han sido expresadas en el informe. Debe tenerse en cuenta que el Comité no ha dicho que la Constitución no deba ser revisada. Esa es una decisión que deben adoptar los 21 Países Miembros. Lo que ha dicho el Comité es que las razones que indujeron a iniciar una revisión de la Constitución en 1950 no tienen hoy, para los Gobiernos, la misma fuerza que tuvieron en aquel año. Las pruebas de esto se encuentran en las comunicaciones dirigidas al Comité por diversos Gobiernos. Es cierto que algunos de ellos, incluido el de los Estados Unidos, sugirieron modificaciones constitucionales cuando se reunió el Consejo Directivo en 1951, pero la mayoría de los Gobiernos en respuestas enviadas al Comité expresaron satisfacción con la Constitución presente.

El Comité ha propuesto una revisión que, como observarán los señores representantes, entraña el concepto de que las reuniones del cuerpo directivo de la Organización, en que están representados todos los miembros, debieran ser bienales en lugar de anuales. Igualmente, se propugna la abolición del Consejo Directivo. Esto se hizo atendiendo a los acuerdos adoptados por el Consejo Directivo en 1951, y el Comité no creyó que debía apartarse de ellos, a pesar de que diversos Gobiernos, al comunicarle sus puntos de vista, disintieron de ambos criterios. La mayor parte de los Gobiernos que formularon las observaciones mostraron preferencias por la retención del sistema de reuniones anuales y se mostraron en

favor de que el Consejo Directivo continúe ejerciendo sus funciones, pero, como ya se ha dicho anteriormente, el Comité estimó que debía atenerse a las decisiones adoptadas por el Consejo Directivo de 1951. Al mismo tiempo, se creyó en el caso de llamar la atención de los Gobiernos, como lo ha hecho en el informe, sobre el hecho de que la Organización Mundial de la Salud no ha adoptado el sistema de las reuniones bienales como se esperaba en 1950 y 1951. Dice el orador que hace estas manifestaciones simplemente para aclarar las bases sobre las que el Comité realizó su tarea. Ese Comité no es un organismo independiente de los Gobiernos que lo establecieron; por eso ha procurado actuar de acuerdo con los deseos de tales Gobiernos.

El PRESIDENTE dice que el debate preliminar demuestra por sí solo el interés del tema. La Comisión II tiene un mandato que debe cumplir: el de estudiar el Documento CSP14/18, el Informe Final del Comité Permanente. Las razones para ello son obvias; se inician con los acuerdos en Ciudad Trujillo, siguen con los adoptados en Washington y terminan con el texto del informe. Si la Constitución se debe revisar, o no, es cosa que debe ser decidida por la Conferencia. Pero antes de llegar a esa decisión hay que estudiar el problema y para ello hace falta que se constituya un grupo de trabajo. Para que la labor de hoy sea fructífera, lo que se ha de hacer es designar ese grupo sin mayor demora. Propone que esté integrado por el Sr. Calderwood (Estados Unidos) que ha desempeñado la Presidencia del Comité permanente, los Representantes de la República Dominicana y Chile, que han sido miembros del mismo, y los Representantes de la Argentina y México que también han tenido una participación activa en este asunto. Hay que enfocar la cuestión con calma y hay que llegar a un acuerdo eficaz.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) formula la consideración de que pudiera ser delicado que los mismos que han integrado el Comité permanente formen ahora parte del grupo de trabajo.

El PRESIDENTE responde que la presencia de los miembros del Comité en el grupo de trabajo es muy necesaria por la asistencia que pueden prestar a los demás participantes en el estudio de todos los problemas planteados. Su colaboración es esencial para formar criterio sobre todos los aspectos del caso y decidir si procede o no una revisión total, si debe procederse a una revisión parcial y qué aspectos deben ser objeto de ella o si, finalmente, debe continuar la Constitución como hasta ahora. Lo que sería lamentable es llegar a un acuerdo completamente negativo mediante el que todo lo hecho hasta ahora se convirtiera en una pérdida de tiempo.

El Dr. ORELLANA (Venezuela) dice que el asunto se ha de estudiar en tres etapas. La primera, a cargo del grupo de trabajo; la segunda, a cargo de la Comisión; y la tercera, a cargo de la Conferencia. Esta será la que, en definitiva resuelva lo que proceda. Pero estima conveniente que la Comisión discuta previamente la cuestión con mayor amplitud para que las opiniones expuestas sirvan de base al grupo de trabajo.

El PRESIDENTE explica que el grupo de trabajo recibirá toda la documentación necesaria, y que lo que hará será actuar como ponente ante la Comisión.

El Sr. BELTON (Estados Unidos) dice que, a juicio de la Delegación de Estados Unidos, no sólo sería valioso, sino que es verdaderamente necesario, que el grupo de trabajo conozca exactamente cuáles son sus funciones. Hay que tener en cuenta que existen diversas clases de grupos de trabajo. Podría, por ejemplo, establecerse uno que permaneciese reunido en cualquier parte hasta el próximo mes de octubre y que, entonces presentase un proyecto de Constitución. Pero quizás no sea esto lo que se desee ahora y por eso conviene definir con la máxima claridad qué es lo que la Comisión espera del grupo de trabajo. En el orden del día, figuran ciertos extremos relativos a la Constitución, ciertas propuestas de revisión constitucional. La Delegación de los Estados Unidos propone que las funciones del grupo de trabajo se limiten a un estudio de los documentos relativos a las propuestas exactas que figuran en el orden del día, y que presente a la Comisión una recomendación clara en pro o en contra de cada una de esas propuestas concretas. Pero lo que no se debe intentar en este momento es hacer en pocos días lo que el Comité permanente ha necesitado tres años para proponer. Por ello, las funciones del grupo de trabajo se deben limitar estrictamente a que se manifieste en favor o en contra de cada uno de los puntos contenidos en el orden del día con referencia a la revisión de la Constitución.

El Dr. ZOZAYA (México) se opone a toda limitación de las funciones del grupo de trabajo. Las prerrogativas de éste deben ser las mismas que las del Comité permanente, poniendo a su disposición toda la documentación que recibió este último. La Conferencia ya decidirá después qué es lo que procede hacer en definitiva.

El PRESIDENTE contesta a las manifestaciones del Representante de los Estados Unidos diciendo que no existe ninguna reglamentación en cuanto a grupos de trabajo por lo que, en cada caso, pueden constituirse éstos en la forma y con las atribuciones más convenientes. El grupo de trabajo que se debe constituir ahora ha de tener unas facultades amplísimas y ha de disponer de todas las fuentes de información que precise.

El Sr. BELTON (Estados Unidos) declara que no es su propósito debatir con la Presidencia ni insistir excesivamente sobre la materia. Pero desea aclarar que no ha sido su intento que se limite la información. Esta debe ser lo más amplia posible. Lo que ha propuesto es que se den orientaciones al grupo de trabajo, que se formule una lista de puntos a estudiar, pues lo que no sería procedente es que el grupo redactase ahora un cuarto o quinto proyecto de revisión de la Constitución.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) propone que en el grupo de trabajo figure también el Representante del Brasil.

El Dr. SECURA (Argentina) dice que en la constitución del grupo de trabajo no puede haber dificultades. Lo único que puede crearlas es el postergar la solución de los problemas pendientes. Si éstos existen hoy es sólo por no haberlos solucionado anteriormente. El grupo de trabajo debe abordarlos todos, uno por uno, analizando minuciosamente la cuestión.

El Dr. SOPER (Director, OSP) dice que ha escuchado con suma atención el desarrollo del debate y tiene interés en que se resuelva el problemas a satis-

facción de los Gobiernos Miembros. Manifiesta, a título de información, que el procedimiento que ahora se sigue difiere del observado anteriormente para el nombramiento de grupos de trabajo. Generalmente, éstos se designan para resolver un problema tras haber sido objeto de amplia discusión en sesión plenaria y de haberse confrontado todas las opiniones. En esos casos un grupo de trabajo puede actuar con pleno conocimiento de todos los puntos de vista.

El PRESIDENTE señala que la labor del grupo de trabajo en este caso es una preparación para la discusión del tema en el seno de la Comisión.

Decisión: Por unanimidad se acuerda constituir un grupo de trabajo integrado por los Representantes de Estados Unidos, República Dominicana, Argentina, México, Chile y Brasil, para que estudie el informe final del Comité permanente sobre la revisión de la Constitución y formule las recomendaciones que considere oportunas.

Se levanta la sesión a las 13 h. 15 m.

SEGUNDA SESION (suspendida)

Lunes, 11 de octubre de 1954, a las 15 horas

Presidente: Dr. FÉLIX HURTADO (Cuba)

El PRESIDENTE declara abierta la sesión.

El SECRETARIO da cuenta de que no se ha reunido el número de delegados que requiere el Artículo 17 del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana para que la Comisión pueda quedar constituida.

El PRESIDENTE anuncia que la sesión permanecerá abierta para iniciar el despacho de asuntos tan pronto como haya quórum. A las 16 h. 10 m. pide al Secretario que rinda informe de asistencia.

El SECRETARIO, efectuado el oportuno recuento, manifiesta que sólo hay reunidas diez delegaciones en la sala.

El PRESIDENTE acuerda suspender la sesión por falta de quórum y anuncia que el nuevo señalamiento habrá de hacerlo la Comisión General.

SEGUNDA SESION

Miércoles, 13 de octubre de 1954, a las 9 h. y 30 m.

Presidente: Dr. FÉLIX HURTADO (Cuba)

Después

Dr. JOSÉ FAJARDO (Guatemala)

El PRESIDENTE abre la sesión e invita al Secretario a que dé cuenta del número de delegaciones presentes.

El SECRETARIO informa que hay 15 delegaciones representadas en la sala, y que por lo tanto existe el quórum requerido por el Artículo 17 del Reglamento Interno de la Conferencia.

El PRESIDENTE declara que ha hecho una selección de los temas que estima resultarán fáciles de considerar y propone que se examinen por el siguiente orden: Temas 16, 20, 21, 30, 31, 33 y 39.

Así se acuerda.

Tema 16: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1953 ¹

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) explica que el Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo fueron presentados a la 22a Reunión del Comité Ejecutivo. En aquella ocasión, el Comité Ejecutivo aprobó ambos informes y felicitó al Director de la OSP por la forma de presentación de los mismos. Llama la atención sobre el hecho de que el informe financiero del Director menciona los fondos de que dispone la propia Oficina Sanitaria Panamericana, más los fondos de la Organización Mundial de la Salud, incluidos los de AT/NU que ascienden a la suma de \$5.812.150. Añade que en el informe también se da cuenta de la forma en que se han atribuido dichos fondos.

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos) felicita al Director y a la Administración de la Oficina Sanitaria Panamericana por la forma en que ha presentado el informe y por las mejoras realizadas en la situación administrativa y financiera de la Oficina Sanitaria Panamericana durante el año pasado.

El Dr. SWELLENCREBEL (Países Bajos) desea saber el progreso realizado con respecto a la traducción y publicación de la obra *Principios de Administración Sanitaria*, acordada en la VI Reunión del Consejo Directivo celebrada en La Habana.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) explica que la traducción y publicación de la obra se halla muy adelantada y que dentro de uno o dos meses estará preparada para su distribución.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) comparte la opinión del Delegado de Estados Unidos y felicita, asimismo, al Director, por la administración de los fondos de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El Dr. ZOZAYA (México) dice que en el Resumen de Obligaciones Contraídas (Título IV)² que aparece en el informe financiero se hace alusión a la amortización de los préstamos para la compra de los edificios que ocupa la sede de la oficina, y que tenía entendido que ya estos préstamos habían sido cancelados.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) explica que, efectivamente, esos préstamos han sido de hecho pagados y que en el informe se menciona el saldo pagado con fondos del presupuesto ordinario en 1953.

¹ Véase pág. 547.

² Véase pág. 553.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes a 1953; felicitar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y a sus colaboradores por la forma en que se han presentado los informes, e incluir esta decisión en el informe de la Comisión a la Conferencia.¹

Tema 20: Informe del Subcomité Permanente de Edificios y Obras

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) informa que el Subcomité Permanente de Edificios y Obras, establecido de acuerdo con la Resolución V de la VI Reunión del Consejo Directivo, está formado por los Representantes de Estados Unidos, Guatemala y de la República Dominicana. El informe de este Subcomité aparece en el Documento CE22/10.² Añade que las últimas reparaciones efectuadas en los edificios de la sede de la Oficina fueron autorizadas por el Subcomité mencionado. Indica que el Presidente del Subcomité, Dr. Frederick J. Brady (Estados Unidos), está presente en la sesión de la Comisión.

El Dr. ZOZAYA (México) desea saber si los gastos descritos en el informe de dicho Subcomité son exactas o si son aproximados.

El SECRETARIO explica que las cifras que aparecen en el informe representan el costo efectivo de los contratos y, por lo tanto, son cifras exactas.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) informa que en la última reunión del Subcomité Permanente de Edificios y Obras, el Director de la Oficina expresó el deseo de seguir recibiendo la colaboración de este Subcomité.

El Dr. SEGURA (Argentina) dice que, habida cuenta de que la constitución del Subcomité Permanente de Edificios y Obras es la mejor garantía de la utilización de los fondos asignados, propone que el Subcomité continúe colaborando con el Director de la Oficina.

El Dr. SWELLENGREBEL (Países Bajos) y el Dr. HORWITZ (Chile) se adhieren a la propuesta del Delegado de Argentina.

El PRESIDENTE precisa que lo que procede es formular una recomendación al Comité Ejecutivo para que mantenga el Subcomité con carácter permanente.

El Dr. SOPER (Director, OSP) informa que el Subcomité Permanente de Edificios y Obras debe contar siempre con la participación de la Delegación de Estados Unidos, ya que la sede de la Oficina depende en gran parte de la colaboración de los Estados Unidos para solucionar sus problemas. A su juicio, el problema consiste en decidir si el Subcomité Permanente debe contar siempre con los mismos miembros o si éstos deben ser substituídos según cambien los miembros del Comité Ejecutivo.

El Dr. ESCALANTE (Costa Rica) sostiene que se debe dejar al Comité Ejecutivo en libertad de integrar el Subcomité Permanente en la forma que estime más conveniente.

¹ Véase primer informe de la Comisión II, pág. 414.

² Documento de trabajo, no publicado.

El Dr. ZOZAYA (México) desea saber qué gastos representa para la Oficina Sanitaria Panamericana la reunión del Subcomité Permanente, en la cual participan otros miembros, aparte de Estados Unidos.

El SECRETARIO explica que los miembros de los otros dos países pertenecen a las embajadas en Washington y que, por consiguiente, la celebración de estas reuniones no representa gasto alguno.

El Dr. HORWITZ (Chile) quiere saber si la Oficina Sanitaria Panamericana tiene en proyecto otras obras de reparación y mejora en los edificios de la sede o de las Oficinas de Zona.

El SECRETARIO informa que el hecho de que los fondos se hayan agotado no quiere decir que no sea necesario realizar mejoras o reparaciones en los edificios de la sede. Añade que pudieran surgir circunstancias imprevistas de carácter urgente, para lo cual el Director solicita el asesoramiento del Subcomité. Para estos casos ya se han incluido las debidas asignaciones presupuestarias.

El Dr. SOPER (Director, OSP) menciona otro punto en relación a la sede futura de la OSP y de la Oficina Regional de la OMS en Washington. Los actuales edificios han sido utilizados hasta el máximo de su capacidad. Los antiguos almacenes del sótano han sido convertidos en oficinas. No hay lugar disponible para celebrar reuniones de personal y la biblioteca de la Oficina ocupa un local inadecuado. Señala que existen ciertas deficiencias desde el punto de vista administrativo, en lo que se refiere a la ubicación de las oficinas en dos edificios. Añade que esta situación no tiene carácter urgente, pero cree que en los próximos cinco o diez años la OSP y la OMS van a tener que resolver el problema de una sede permanente en Washington. Manifiesta que en una visita realizada por el Dr. Chisholm, antiguo Director General de la OMS, éste comentó que de todos los edificios que ocupaban las oficinas regionales, el más inadecuado era el de la Oficina Regional de las Américas. Considera que es absolutamente necesario contar con un Subcomité Permanente para examinar las reparaciones necesarias en los actuales edificios, y para estudiar también las necesidades futuras de la Organización.

El Dr. BRADY (Estados Unidos) hace observar que el Subcomité Permanente fué creado hace cuatro años, en momentos en que el problema de los edificios era sumamente agudo. En los años transcurridos se han ejecutado varias mejoras. Señala que el Subcomité ha realizado varios estudios que no se reflejan en el informe, tales como la adición de un cuarto piso a uno de los edificios y la posibilidad de adquirir un tercer edificio para la sede. Estima que el Subcomité debe ser permanente pero que sus miembros integrantes deben variar según lo determine el Comité Ejecutivo. De hecho, considera que se debe limitar el término a los miembros del Subcomité Permanente.

El Dr. SWELLENREBEL (Países Bajos) recuerda que hace un año los miembros del Consejo Directivo tuvieron ocasión de visitar las distintas dependencias de la sede. En aquella oportunidad era notable la falta de espacio. Considera indispensable que el Director de la Oficina tenga siempre la colaboración de un subcomité permanente de edificios y obras.

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay) expresa que el punto se ha discutido ampliamente y que procede aprobar el informe presentado.

El Dr. PIERRE-NOËL (Haití) se adhiere a las manifestaciones del Delegado del Paraguay.

El Dr. SEGURA (Argentina) dice que el cambio de los miembros que forman parte del Subcomité le resta permanencia a los miembros que ya conocen los trabajos del mismo. Añade que preferiría que el Subcomité quedara constituido en la misma forma actual.

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay) propone que se deje en libertad al Comité Ejecutivo de decidir la composición del Subcomité Permanente.

El PRESIDENTE sugiere que se apruebe el informe del Subcomité, haciendo constar la felicitación de la Conferencia por la forma en que se han llevado a cabo los trabajos.

Decisión: Se acuerda por unanimidad expresar el agradecimiento al Subcomité Permanente de Edificios y Obras, que seguirá prestando su asesoramiento al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana; aprobar las medidas adoptadas por el referido Subcomité, e incluir esta decisión en el informe de la Comisión a la Conferencia.¹

Tema 21: Informe sobre la Revisión del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, Confirmada por el Comité Ejecutivo en su 22a Reunión

El SECRETARIO explica que la Organización Mundial de la Salud, junto con los otros organismos especializados de las Naciones Unidas, hicieron el año pasado un estudio y revisión de sus respectivos reglamentos de personal, llegando a un acuerdo general sobre las modificaciones que convenía introducir. El Consejo Ejecutivo de la OMS en su reunión de principios de 1954 designó un grupo de trabajo a fin de que realizara un minucioso estudio del reglamento del personal. En la 22a Reunión del Comité Ejecutivo de la OSP también se designó un grupo de trabajo integrado por Representantes de Brasil, Estados Unidos y México. Este grupo de trabajo presentó su informe, y el Comité Ejecutivo adoptó posteriormente su Resolución XVIII encomendando al Director de la OSP para que en el caso de que la Asamblea Mundial de la Salud no hiciera cambios substanciales en el Reglamento del Personal de la OMS, pusiera en vigor el Reglamento del Personal de la OSP al mismo tiempo que entrara en vigor el de la OMS. Asimismo, encomendaba al Director que si la Asamblea Mundial introducía cambios substanciales en su Reglamento, presentara tales cambios a la consideración de la 23a Reunión del Comité Ejecutivo. Continúa diciendo que como quiera que la Séptima Asamblea Mundial no introdujo cambio alguno en el Reglamento de la OMS, el Director somete ahora la revisión del Reglamento del Personal de la OSP a los fines de información de la Conferencia.

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay) manifiesta que está de acuerdo con el

¹ Véase primer informe de la Comisión II, pág. 543.

proyecto de resolución que aparece en el documento de trabajo sobre este tema¹ y propone que sea aprobado por la Comisión.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución presentado en el que toma nota de la revisión del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, recomendada por el Director y confirmada por el Comité Ejecutivo en su 22a Reunión; e incluir esta decisión en el informe de la Comisión a la Conferencia.²

Tema 30: Estipendios Pagados a los Becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana

El Dr. ZOZAYA (México) propone que se aplaze la consideración del tema 30, hasta que se halle presente el Dr. Myron E. Wegman, Jefe de la División de Educación y Adiestramiento de la OSP.

Así se acuerda.

Tema 31: Fondo de Trabajo

El SECRETARIO señala que la Organización Sanitaria Panamericana, de acuerdo con sus actuales métodos de financiamiento, necesita aproximadamente un 60% del total de su presupuesto para llevar a cabo las actividades correspondientes a los primeros siete u ocho meses de cada año, hasta tanto se recauden las cuotas correspondientes a ese año. Recuerda que en la Conferencia Sanitaria de Ciudad Trujillo se estableció un fondo de trabajo, destinándose a él los fondos disponibles en efectivo, pero que hace dos años un estudio realizado por el Auditor Externo, juntamente con funcionarios de la Oficina, indicó que un fondo de \$1.200.000, o aproximadamente 60%, serían suficientes para este propósito. El fin de la presente resolución es el de fijar con carácter permanente el nivel del fondo en \$1.200.000 con el objeto de que no haya necesidad de presentar una resolución similar cada año, a menos que el Director considere necesario proponer su aumento o disminución de acuerdo con la situación presupuestaria de la Oficina.

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos) propone que se adopte el proyecto de resolución que aparece en el documento de trabajo sobre este tema.³

El Dr. ESCALANTE (Costa Rica) desea saber quién determina la necesidad de efectuar un ajuste en el fondo de trabajo.

El SECRETARIO indica que esa determinación la hace el Consejo Directivo, a propuesta del Director.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) está de acuerdo en aprobar el proyecto de resolución mencionado, pero agrega que en su opinión ésta no es facultad del Consejo Directivo.

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay) se adhiere a las manifestaciones del Dele-

¹ Documento CSP14/12, no publicado.

² Véase primer informe de la Comisión II, pág. 544.

³ Documento CSP14/15, no publicado.

gado de la República Dominicana y dice que en su opinión la Conferencia debe delegar esas funciones en el Comité Ejecutivo.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) informa que el Reglamento Financiero de la OSP ya establece en forma clara que el Consejo Directivo tiene autoridad para revisar el fondo de trabajo.

El Dr. HORWITZ (Chile) pregunta si no sería más conveniente fijar el fondo de trabajo en una proporción, más bien que en una cantidad.

El SECRETARIO explica que la razón por la cual se ha fijado el fondo de trabajo en una cantidad fija es que, de fijarse un porcentaje, se llegaría a un importe indeterminado y desde el punto de vista contable resulta más fácil operar con cifras redondas.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución presentado, en el sentido de fijar el nivel del Fondo de Trabajo en \$1.200.000, hasta el momento en el cual la situación presupuestaria de la Oficina justifique un ajuste, e incluir esta decisión en el informe de la Comisión a la Conferencia.¹

Tema 33: Reembolso de los Gastos de Viaje de los Representantes a las Reuniones de los Comités Regionales

El Dr. ZOZAYA (México) hace observar que este asunto se discutió antes de la Séptima Asamblea Mundial de la Salud. Menciona las resoluciones WHA7.26 y WHA7.27 de la Séptima Asamblea y dice que por cuanto la posición de la Oficina Regional es bastante singular, cree que debe considerarse nuevamente el asunto. Propone que la Conferencia se defina en favor de no reembolsar los gastos de viaje.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) indica que bastaría con tomar nota de la decisión de la Séptima Asamblea Mundial de la Salud.

El Dr. SEGURA (Argentina) manifiesta que está en favor de la propuesta del Delegado de la República Dominicana y añade que una de las modificaciones, que la Delegación de Argentina tiene en mente proponer, a la Constitución consiste en que la Oficina cubra los gastos de un Representante al Consejo Directivo.

El Dr. HORWITZ (Chile) se adhiere a la propuesta del Delegado de la República Dominicana y manifiesta que, en relación a las manifestaciones del Delegado de Argentina, su país tiene el mismo propósito.

El Dr. PIERRE-NOËL (Haití) y el Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay) se adhieren a la proposición del Delegado de la República Dominicana.

Decisión: Se acuerda por unanimidad tomar nota de la decisión adoptada por la Séptima Asamblea Mundial de la Salud en el sentido de que los gastos de viaje de los representantes que asistan a las reuniones de los Comités Regionales no serán reembolsados por la Organización Mundial de la Salud, e incluir este acuerdo en el informe de la Comisión a la Conferencia.²

¹ Véase primer informe de la Comisión II, pág. 544.

² Véase primer informe de la Comisión II, pág. 545.

Tema 39: Fondo Rotatorio de Emergencia

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) informa que este tema se incluye a título de información de la XIV Conferencia. Manifiesta que el tema fué discutido por el Comité Ejecutivo y que este cuerpo adoptó una resolución aprobando el gasto efectuado por el Director con cargo al Fondo Rotatorio de Emergencia, por la colaboración prestada por la Oficina al Gobierno de México en ocasión de las inundaciones ocurridas en dicho país, así como la transferencia necesaria de los fondos generales de la Oficina para mantener el Fondo Rotatorio de Emergencia al nivel autorizado de \$50.000.

El Dr. PIERRE-NOËL (Haití) propone que la Comisión II recomiende a la Conferencia tomar nota de la resolución aprobada por el Comité Ejecutivo en su 23a Reunión.

El Sr. BELTON (Estados Unidos) dice que la Delegación de los Estados Unidos escuchó con gran interés el debate que tuvo lugar en la 23a Reunión del Comité Ejecutivo. Hace observar que hasta el presente los desembolsos del fondo de emergencia han sido relativamente pequeños, lo cual no afecta en modo alguno las actividades de la Organización Sanitaria Panamericana. Añade que escuchó con gran interés las manifestaciones del Delegado de la Argentina en la Reunión del Comité Ejecutivo, refiriéndose a la posibilidad de que algún día el desembolso podría llegar a la cantidad total de \$50.000 en cuyo caso podría quedar afectado el presupuesto de la Organización. Indica que la Delegación de los Estados Unidos considera que la Conferencia debe establecer claramente las normas por las cuales se ha de utilizar y mantener el Fondo Rotatorio de Emergencia. A tal efecto, propone el siguiente proyecto de resolución:

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, considerando que deben establecerse ciertas normas para la utilización del Fondo Rotatorio de Emergencia y para el reembolso de las cantidades invertidas, *resuelve*: (1) que el Fondo Rotatorio de Emergencia se halla disponible con el fin de habilitar a la Oficina Sanitaria Panamericana a que efectúe desembolsos de emergencia en interés de Gobiernos Miembros o de territorios asociados a la Organización; (2) que los fondos utilizados en la forma señalada anteriormente deberían ser reembolsados al Fondo Rotatorio de Emergencia a la brevedad posible, por el país que ha recibido la ayuda de emergencia, a menos que circunstancias extraordinarias imposibiliten que se efectúe el reembolso, en cuyo caso el Director deberá ser informado; y (3) que en tales casos extraordinarios, la Conferencia o el Consejo Directivo considere la autorización de reembolso al Fondo Rotatorio de Emergencia mediante otros fondos de la Organización.

El Dr. PIERRE-NOËL (Haití) propone que la resolución sea distribuída a fin de que todas las delegaciones puedan estudiarla y que se aplase la decisión sobre ella.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) se adhiere a la propuesta del Delegado de Haití.

El Sr. BELTON (Estados Unidos) indica que su delegación pasará proyecto de resolución a la Secretaría a fin de que pueda ser considerado en la próxima sesión.

Decisión: Se toma nota de la Resolución II aprobada por el Comité Ejecutivo en su 23a Reunión¹ y se aplaza el examen de la proposición hecha por la Delegación de los Estados Unidos para permitir su traducción y distribución a los miembros de la Comisión.

Tema 37: Organización de una Oficina de Trabajo en la Ciudad de México durante la Octava Asamblea Mundial de la Salud²

El PRESIDENTE, hablando a nombre de la Delegación de Cuba, expone las razones que movieron a formular la idea de crear una oficina de trabajo en la ciudad de México. Manifiesta que en las Asambleas de la OMS celebradas en Ginebra, las delegaciones de la Región de las Américas han encontrado serios inconvenientes de orden material para el desempeño de sus labores. Agrega que el Director y la Secretaría de la Oficina Sanitaria Panamericana siempre han colaborado extensamente para resolver los problemas que encuentran las delegaciones americanas. Señala que el celebrarse la próxima Asamblea Mundial en México ningún país de América debe estar ausente y que por el contrario, es deber de las repúblicas americanas estar al lado de los mexicanos para recibir a representaciones de todo el mundo. Manifiesta que la moción propuesta solicita que se establezca una oficina de trabajo donde las delegaciones americanas puedan reunirse y disponer de facilidades administrativas.

El Dr. SOPER (Director, OSP) indica que para considerar este problema hay que tomar en cuenta ciertos hechos fundamentales. En primer lugar, dice que la Oficina Sanitaria Panamericana como tal, no participa en la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud. Recuerda que el Director de la OSP asistía a las sesiones de la Asamblea Mundial como observador antes que la OSP pasara a ser Oficina Regional de la OMS. La participación del Director de la Oficina con posterioridad al año 1950 ha sido en representación de la Oficina Regional. Sostiene que los fondos necesarios para establecer la oficina de trabajo en México deben proceder del presupuesto de la OMS y no de la OSP. Añade que la asignación de una partida adicional en el presupuesto de la OSP para 1955 obligaría a efectuar una selección del servicio de campo al que habría que restar los fondos necesarios para atender este nuevo gasto. Señala que, como Director de la OSP, tiene que trabajar dentro de los límites presupuestarios que le han sido fijados. Por último, indica que los delegados que asisten a la Asamblea de la OMS lo hacen como representantes de sus países en la Organización Mundial de la Salud y no como grupo que represente a la Organización Sanitaria Panamericana.

El Dr. ORELLANA (Venezuela) cree que las observaciones formuladas por el Director de la Oficina son suficientes para que no se tome decisión alguna. Manifiesta que se opone a que la Región de las Américas cuente con una oficina de trabajo.

¹ Véase primer informe de la Comisión II, pág. 545.

² El texto completo de la moción presentada por la Delegación de Cuba sobre este tema aparece en el acta la séptima sesión plenaria, pág. 203.

El PRESIDENTE invita al Delegado de Guatemala, Vicepresidente de la Comisión II, a que ocupe la Presidencia.

El Dr. Fajardo (Guatemala) pasa a ocupar la Presidencia.

El Dr. HURTADO (Cuba) dice que le sorprende la forma en que ha sido recibida por la Comisión la propuesta del Gobierno de Cuba. Señala que la Organización Sanitaria Panamericana es miembro de la Organización Mundial de la Salud, pero que al propio tiempo es un organismo con características propias y que, de rechazarse el crédito de \$5.000 recibirían la crítica general de todo el que analice esta cuestión. Agrega que si el Gobierno de México ha hecho un esfuerzo extraordinario, bien puede la Organización contribuir al éxito de la Asamblea en la forma propuesta por la Delegación de Cuba. Manifiesta que su moción aspira solamente a lograr para las delegaciones americanas el máximo de medios materiales para trabajar eficazmente en la Asamblea. No ve la necesidad apuntada por el Director de la Oficina de sentarse a estudiar las partidas presupuestarias, porque todo presupuesto bien organizado tiene una partida especial para circunstancias imprevistas y, además, el crédito que pide en su moción es muy reducido.

El Dr. BRADY (Estados Unidos) dice que entendió que en las manifestaciones del Delegado de Cuba, éste había dicho que la ayuda que le había prestado en las Asambleas de Ginebra el personal de la Oficina Regional de las Américas era adecuada.

El Dr. HURTADO (Cuba) aclara que en sus manifestaciones quería decir que los servicios recibidos habían sido insuficientes.

El Dr. PIERRE-NOËL (Haití) solicita datos que indiquen sobre qué base se ha llegado a la suma de \$5.000 que aparece en el proyecto de resolución.

El Dr. HURTADO (Cuba) responde que el cálculo se hizo teniendo en cuenta los gastos de viaje de ida y vuelta del personal de la OSP y el *per diem* que percibirían estos funcionarios.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) estima que si los gastos de viaje resultan excesivos, se puede contratar personal local en México y que por lo tanto, aprueba la propuesta del Gobierno de Cuba.

El Dr. SOPER (Director, OSP) señala que es preciso que se tome en cuenta también el precedente que este asunto puede sentar. De ofrecerse este servicio, debe hacerse en los cuatro idiomas que se hablan en el Continente. Señala que el ambiente en que se trabajará en México no es extraño para las delegaciones americanas, como sucede en el caso de Ginebra. Insiste en que los gastos del servicio deben cargarse al presupuesto de la OMS y no al de la OSP.

El Dr. BRADY (Estados Unidos) anuncia que la Delegación de los Estados Unidos no votará en favor del proyecto de resolución presentado por Cuba. Señala que el verdadero problema consiste en encontrar a qué programa se le puede restar la suma mencionada. Cree además que no es justo tomar esa suma del presupuesto de la OSP ya que ello significaría utilizar fondos que provienen de un país que no es Miembro de la OMS. Considera también que estando la

Oficina de Zona ubicada en México se puede contar con los servicios disponibles en ella sin que la Conferencia tenga que adoptar una resolución.

El Dr. HORWITZ (Chile) comprende el indudable espíritu panamericanista que anima la proposición del Gobierno de Cuba, pero que también son importantes las razones expuestas por el Director de la Oficina. Pide al Director que dicte instrucciones a la Oficina de Zona de México para que ofrezca toda clase de facilidades a las delegaciones americanas que concurran a la Asamblea Mundial. Supone que la Oficina de Zona podría suspender por dos semanas sus actividades técnicas para atender a las delegaciones.

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos) cree que si se va a considerar una resolución, ésta debe mencionar el hecho de que en el pasado el Director de la Oficina ha brindado toda clase de ayuda a los miembros de las delegaciones americanas que han asistido a las reuniones de la Asamblea Mundial de la Salud y que la Conferencia espera que en el futuro les siga brindando igual colaboración. Expresa que lo que más le preocupa en la propuesta de la Delegación de Cuba es la obligación y responsabilidad que contrae la Oficina para suministrar los servicios propuestos. Está de acuerdo con lo propuesto por el Delegado de Chile en el sentido de que el Director trate de facilitar el trabajo de las delegaciones americanas a la Asamblea de México, por medio de la Oficina de Zona radicada en dicha ciudad.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) informa que la Oficina de Zona de México tiene obligaciones específicas de carácter técnico que cumplir y que impiden que ésta se dedique a atender a los señores delegados. Reconoce la importancia de la Asamblea Mundial de la Salud que se celebrará en México, y añade que aunque la Oficina hará todo lo que esté a su alcance para prestar ayuda a las delegaciones, la Oficina de Zona de México no puede suspender sus actividades técnicas.

El Dr. ZOZAYA (México) manifiesta que no había querido intervenir en el debate para evitar que se interpretaran equivocadamente sus manifestaciones. Cree que el Gobierno de México puede ayudar asignando mayor número de secretarías para ofrecer el servicio que solicita la propuesta del Delegado de Cuba. Añade que se trata de circunstancias especiales y que en su opinión no se estará sentando un precedente. Señala que los puntos mencionados por el Delegado de Cuba son importantes y que no comprende la negativa del Subdirector de la Oficina en relación a que se utilicen los servicios de la Oficina de Zona.

El Dr. PIERRE-NOËL (Haití) dice que no le parece bien que las delegaciones americanas cuenten con una oficina de trabajo y que, siendo América la región huésped, no se extendieran las mismas facilidades y cortesías a los delegados procedentes de otras regiones.

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos) pide que la Delegación de Chile presente su proposición por escrito a fin de que pueda ser estudiada para considerarla en la próxima sesión de la Comisión II.

El Dr. CARNAUBA (Brasil) estima que el debate ha sido suficientemente aclaratorio y pide que se ponga a votación la propuesta del Delegado de Cuba.

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay) propone que para resolver la cuestión se proceda a votación secreta. Señala que no hay lugar a la propuesta de la Delegación de Chile, puesto que ya el Subdirector ha indicado que no se puede disponer de los servicios de la Oficina de Zona de México.

El Dr. SECURA (Argentina) se adhiere a la moción del Delegado de los Estados Unidos y pide que la Delegación de Chile presente por escrito su proyecto de resolución.

El Dr. HURTADO (Cuba) propone que, para aclarar la situación, se vote en primer lugar si se acepta o no la oficina de trabajo propuesta por su delegación y que luego se vote el financiamiento de la misma.

El Dr. SOPER (Director, OSP) señala que, habida cuenta del personal con que cuenta la Oficina de Zona de México, sería difícil asignarle responsabilidades adicionales. Agrega que si la Conferencia decide que la Oficina ha de encargarse del servicio propuesto, debe procederse a organizar una unidad y asignar los fondos necesarios para la misma. Señala que está interesado y se considera en la obligación de ofrecer a los señores delegados todas las facilidades posibles.

El Dr. ESCALANTE (Costa Rica) pide que se ponga a votación la propuesta presentada por la Delegación de Cuba.

El Dr. HORWITZ (Chile) manifiesta que retira su proposición para que se ponga a votación la propuesta del Delegado de Cuba.

El PRESIDENTE anuncia que se procederá a la votación secreta y a tal efecto nombra escrutadores a los Delegados de Haití y Paraguay.

Se procede a votación secreta.

Número de boletas depositadas, 15; número de boletas válidas, 15; número de boletas en blanco, 1; países presentes, 15; boletas en favor de que se establezca una oficina de trabajo en México, 5; en contra, 9.

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay) hace saber que uno de los votos fué emitido en favor de que la Oficina de Zona se encargara de prestar ayuda a las delegaciones americanas.

El PRESIDENTE anuncia que este voto se puede considerar como voto a favor, pero que, sin embargo, no altera el resultado de la votación.

Decisión: Queda rechazado el proyecto de resolución presentado por el Gobierno de Cuba.

Se levanta la sesión a las 12 h. y 30 m.

TERCERA SESION

Jueves, 14 de octubre de 1954, a las 15 h. y 20 m.

Presidente: Dr. FÉLIX HURTADO (Cuba)

El PRESIDENTE declara abierta la sesión, e invita al Secretario a que dé cuenta del número de delegaciones presentes.

El SECRETARIO manifiesta que se hallan reunidas 14 delegaciones.

El PRESIDENTE somete a discusión el primer punto del orden del día, en vista de que existe el quórum requerido por el Artículo 17 del Reglamento Interno de la Conferencia.

Tema 17: Informe sobre la Participación Financiera de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido, a Nombre de sus Territorios en la Región de las Américas, en el Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) explica el documento de trabajo sobre este tema (Documento CSP14/16) y su anexo, el informe presentado por el Director a la 22a Reunión de Comité Ejecutivo (Documento CE22/12).¹

El PRESIDENTE agradece la exposición hecha por el Dr. González y ofrece la palabra a los señores delegados que deseen hacer alguna manifestación acerca de este punto del orden del día.

El Sr. HINDERER (Jefe, Administración, OSP) dice que desea añadir algunos datos a las manifestaciones del Dr. González. Uno de ellos es que el informe presentado al Comité Ejecutivo por el Director muestra los pagos pendientes en 1954. Sin embargo, conviene agregar que, con posterioridad, en la preparación del informe, los tres pagos a que el mismo se refiere se han hecho efectivos. Otro punto que conviene tener en cuenta es que la Resolución XL de la V Reunión del Consejo Directivo (citada en el documento de trabajo) dice en el párrafo 3 de su parte dispositiva que se encomienda al Director que "informe anualmente al Comité Ejecutivo sobre la forma en que se eligió al Estado Miembro que ofrece la mejor base de comparación". Considerar que la palabra "anualmente" se insertó por error y que lo único que se quería era que se preparase un solo informe, en tanto no variasen las circunstancias del Estado Miembro. Por ello cree que se pueden presentar nuevos informes sobre esta materia al Comité Ejecutivo solamente cuando las circunstancias así lo requieran, o sea, cuando varíen las condiciones.

El Dr. SOPER (Director, OSP) dice que desea añadir algunas palabras acerca de la cuota correspondiente al Reino Unido. Los pagos de dicho país comenzaron en 1953, y antes de que se efectuase el primero de ellos se celebraron cambios de impresiones con las autoridades competentes, acerca de la aportación del Reino Unido. Ha sido muy difícil encontrar un país que pudiera ser tomado como base exacta de comparación. Sin embargo, se ha llegado a establecer el criterio de que el pago mínimo debe ser de \$15.000 y el máximo de \$20.000. Es muy interesante consignar, en cuanto a esto, que son los propios territorios los que cotizan y pagan voluntariamente las cuotas que entregan a la Oficina Sanitaria Panamericana. En 1954, se ha recibido por segunda vez la cantidad mínima de las citadas, pero el Director confía en mantener nuevas conversaciones con el Reino Unido y con los territorios interesados, para elevar el importe de la cuota.

¹ Véanse págs. 575 y 576.

El Dr. KRALY (Argentina) dice que mantiene la anterior actitud de su país en lo que respecta a la situación de los Estados europeos, por lo que vota en contra del proyecto de resolución que aparece en el documento de trabajo y pide que así conste en acta.

El Dr. PESQUEIRA (México) se suma a las manifestaciones de la Delegación de la Argentina y pide también que su actitud se haga constar en acta.

El Sr. BELTON (Estados Unidos) propone que se acepte el proyecto de resolución.

El PRESIDENTE explica que el proyecto de resolución sometido a debate no tiene por objeto aceptar ni rechazar ninguna cuestión de principio, pues en su parte dispositiva sólo se propone "tomar nota" del informe del Director. En el párrafo 2 se pide al Director que presente informes solamente cuando las circunstancias lo requieran. Hay que reconocer que esto es un poco indeterminado, pues no hay base alguna para precisar cuáles puedan ser tales circunstancias. Sin embargo, apoya la proposición de los Estados Unidos y se muestra contrario a la actitud adoptada por la Argentina y México.

El Dr. SEGURA (Argentina) declara que el proyecto de resolución significa que todos los miembros han de "tomar nota", y la Argentina desea aprovechar tal ocasión para hacer constar en acta que está en contra de que la Organización Sanitaria Panamericana perciba cantidades de los territorios que no se gobiernan por sí mismos.

El Dr. PESQUEIRA (México) insiste en que su actitud y la de la Delegación de Argentina son muy semejantes, consistiendo esencialmente en no aceptar en la Organización a los territorios sin gobierno propio; la consecuencia lógica de tal actitud es no aceptar tampoco su contribución financiera. Lo que México discute no es, por lo tanto, la cuantía de la cuota que deban pagar; lo que hace es oponerse totalmente a su contribución económica. En consecuencia, la Delegación de México queda enterada del informe del Director, pero no acepta ninguna colaboración financiera de tales territorios.

El Dr. HORWITZ (Chile) pide que se apruebe el proyecto de resolución tal como está redactado.

El PRESIDENTE vuelve a señalar a la atención de los delegados la forma en que está planteado el debate. Lo que en definitiva hay que decidir si se toma o no nota del informe.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) pregunta si, en realidad, es procedente plantear ahora las cuestiones que se han suscitado con ocasión del debate. Precisa reconocer que nos encontramos ante un documento intrascendente, y lo único que se pide es que se tome nota de él. No hay por que entrar en ninguna cuestión de fondo.

El PRESIDENTE dice que desea velar por los derechos de todas las delegaciones, pero hay que reconocer que el debate ha alcanzado un punto en el que sólo cabe adoptar una de dos actitudes: aceptar o rechazar el proyecto de resolución. Naturalmente, quienes no estén conforme con él, pueden votar en contra y explicar su voto.

Seguidamente se somete a votación el proyecto de resolución.

Decisión: Por mayoría se acuerda tomar nota del informe del Director sobre la participación financiera de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido, a nombre de sus territorios en la Región de las Américas, en el presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana. Asimismo, se decide encomendar al Director que, en lo sucesivo, presente informes al Comité Ejecutivo cuando las circunstancias así lo requieran.¹

El Dr. KRALY (Argentina) hace constar su voto en contra en los siguientes términos:

La Delegación de Argentina, conforme a su posición adoptada reiteradamente frente a las cuestión de los derechos de los países encargados de las relaciones exteriores de los territorios situados en el Hemisferio Occidental, desea dejar expresa constancia de que se opone a que la Organización Sanitaria Panamericana reciba contribuciones financieras de dichos países; y vota en contra del presente proyecto de resolución.

El Dr. PESQUEIRA (México) pide que conste en acta el voto su país en contra, en los términos siguientes:

La Delegación de México, de acuerdo con la actitud adoptada anteriormente de no admitir en el seno de la Organización Sanitaria Panamericana a los territorios que no tienen relaciones internacionales propias, no puede admitir que estos mismos territorios contribuyan económicamente a la Organización y, por lo tanto, ha votado en contra del proyecto de resolución.

Tema 30: Estipendios Pagados a los Becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana (continuación)

El PRESIDENTE invita al Dr. Wegman a que haga uso de la palabra en relación con el tema sometido a debate.

El Dr. WEGMAN (Jefe, División de Educación y Adiestramiento, OSP) presenta el documento de trabajo sobre este tema (Documento CSP14/35)² y señala solamente unos puntos de carácter general, en conexión con este estudio detallado. Manifiesta que no sólo se han estudiado los estipendios de la OSP, sino también los de otras organizaciones que otorgan becas internacionales. Entre otros datos se ha tenido en cuenta el Reglamento de la OMS. Hay tres clases de gastos en relación con becas; primera, el costo de los estudios mismos; segunda, el costo de los viajes y, tercera, el mantenimiento personal. Cuando un país solicita una beca, su Ministro o Director de Sanidad ha de certificar que los estudios del becario son necesarios para los servicios de ese país y que éste se compromete a utilizar los servicios del becario a su regreso. Con los estipendios se trata de proporcionar a los becarios condiciones adecuadas de vida para que puedan obtener las máximas ventajas de sus estudios, pero no se pretende que la subvención que reciben cubra los gastos de sus familias. Con fines de uniformidad la

¹ Véase primer informe de la Comisión II, pág. 545.

² Véase pág. 578.

Oficina ha seguido para sus becarios la reglas de la OMS, que establecen una subvención básica de doscientos dólares al mes, en los casos en que el estudiante se encuentra en una universidad o institución docente. Por otra parte, cuando el becario realiza viajes de estudio, la subvención es un 50% mayor o sea de unos trescientos dólares mensuales, teniendo en cuenta que el becario ha de alojarse en hoteles en los que paga un precio diario o semanal, más elevado, por lo general, que el que corresponde a un adojamiento por períodos más largos. Se tienen también presentes las diferencias de costo de vida en los países en que se han de realizar los estudios, y los estipendios se aumentan o reducen en la proporción correspondiente. Sin duda, es muy conveniente mantener escalas análogas en los estipendios de todos los becarios de varias organizaciones que cursan sus estudios en una misma institución, con lo cual se evitan comparaciones odiosas. La Oficina efectúa consultas periódicas con otros organismos sobre la cuestión de los estipendios y sobre otros problemas relacionados con las becas y con las actividades de educación y adiestramiento. Ya se ha llegado a un acuerdo sobre muchos puntos y se prosiguen los esfuerzos para conseguir una cooperación aún más amplia.

El Dr. HORWITZ (Chile) dice que asistió como observador a los debates del Comité Ejecutivo sobre este tema. Recuerda que en ellos la Argentina propuso la elevación de los estipendios, y dice que hay necesidad de clasificar los tipos de las becas que se conceden. Por ello, la Representación de Chile hizo uso de la palabra para distinguir entre dos tipos de becarios: aquellos que realizan estudios de tipo formativo, preparatorio, universitario, y aquellos otros que son ya hombres formados profesionalmente y que se trasladan a otro lugar como observadores y analizadores, con fines de especialización y para aprender nuevas técnicas. Sostuvo la Representación de Chile que los dos grupos debían tener estipendios diversos. En el proyecto de resolución se han recogido algunas de las ideas expuestas, pero hace falta exponerlas con mayor claridad. Hay que encargar al Director: (1) que estudie los medios para incrementar los estipendios; (2) que se mantenga un régimen de concordancia con otras organizaciones que conceden becas; y (3) que se elabore un reglamento de becas.

El Dr. WEGMAN (Jefe, Educación y Adiestramiento, OSP) explica que, en cuanto a la diferencia entre los estipendios, ya existen virtualmente dos clases de becarios: los que realizan sus estudios en una institución determinada y los que se ven obligados a viajar. Como ya se ha dicho anteriormente se abona a los primeros doscientos dólares y a los segundos trescientos dólares. Además, es preciso tener en cuenta la estrecha relación que existe entre la OMS y la OSP. La OMS tiene su Reglamento de Becas, en el Manual de fecha de abril de 1954; y no se ve la posibilidad de que la OSP, que sirve también de Oficina Regional para las Américas, adopte un reglamento diferente.

El Dr. HORWITZ (Chile) insiste en que la cantidad de 300 dólares para las becas de viaje es insuficiente, puesto que los gastos que han de realizar los becarios ascienden con frecuencia a una suma considerablemente mayor. Es, por lo tanto, imperativo elevar el tipo de estipendio. Por lo que respecta al Reglamento de Becas, el orador manifiesta que no lo ha tenido a su alcance, a pesar

de que ocupa un cargo importante en el Servicio Nacional de Salud de Chile, por lo que ruega que, si la Organización Sanitaria Panamericana lo posee, lo difunda entre los Estados Miembros.

El PRESIDENTE dice que la Resolución VI de la 23a Reunión del Comité Ejecutivo (citada en el documento de trabajo), recoge la enmienda de Chile, puesto que habla de la "posibilidad de establecer clasificaciones en las becas", y no en los becarios. Pero el Delegado de Chile estima que la resolución no satisface todas las aspiraciones. Ahora bien, las razones del Dr. Wegman son muy atendibles, puesto que la Oficina Sanitaria Panamericana es el Organismo Regional de la OMS, y las becas están respaldadas financieramente por la OMS. En consecuencia, para cambiar el actual estado de cosas habría que abrir un capítulo nuevo en el presupuesto de la OSP o lograr una rectificación del Reglamento de la OMS. Es cierto lo dicho por el Delegado de Chile, que no es lo mismo una beca concedida con fines de formación profesional que la que se otorga a un funcionario observador que ha alcanzado ya un alto nivel profesional. Estas becas deben ser de cuantía suficiente para que puedan ser aceptadas por cualquiera y de cuantía paralela a la categoría de quienes las reciban. Lo de si hay que viajar o no, es una consideración secundaria. Al becario superior que va a conocer una técnica determinada hay que tratarlo en la forma debida a su calidad profesional. Convendría que Chile presentase una enmienda en el sentido de pedir que se encargue al Director que estudie la manera de mejorar la condición económica del becario y de preparar un reglamento de becas propio de la OSP.

El Dr. WEGMAN (Jefe, Educación y Adiestramiento, OSP) dice que conviene añadir que, en realidad, existe otra consideración, pues a las ya citadas hay que agregar las becas con fondos de la Asistencia Técnica. Esta tiene su propio Reglamento de Becas con estipendios sensiblemente más bajos que los de la OSP y OMS. Esta última ha insistido en que sus becarios que reciben fondos de la Asistencia Técnica deben considerarse bajo el Reglamento de la OMS. En este sentido ya se ha conseguido efectuar algunos progresos. En la actualidad, existe un grupo de trabajo en el que están representados todos los organismos especializados de las Naciones Unidas para estudiar la cuestión de los estipendios. Al tratar esta cuestión, conviene tener presentes las dificultades que entrañaría la administración de las becas si hubieran de tenerse en cuenta dos reglamentos: uno de la OMS y otro de la OSP.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) dice que se debiera exigir que el país que reciba una beca mantenga el sueldo total del becario. Si la Oficina consiguiera esto, quedaría resuelto el problema del bienestar de los becarios, que podrían ir a realizar sus estudios sin ninguna preocupación económica en lo que respecta a sus familias. Agrega que sería conveniente que este criterio se reflejara en el articulado de un reglamento.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) siente disentir del parecer del Representante de Costa Rica. En ocasiones, se considera que un funcionario debe realizar estudios con ayuda de una beca; y en tales casos, si su ausencia se ha de prolongar durante algún tiempo, por ejemplo un año, es imposible

muchas veces mantener sin cubrir su vacante. Claro que, si es casado, se le mantiene el sueldo, pero si es soltero no se puede seguir abonándole sus haberes, ya que el importe de la beca ha de ocupar el lugar de éstos para que el becario atienda a sus necesidades personales. No sería posible mantener en todos los casos la totalidad del sueldo de quien sale a realizar estudios por habersele concedido una beca.

El Dr. ZUZAYA (México) estima que la proposición de Costa Rica tiene fundamentos prácticos y es útil, pero su aprobación representaría una intromisión en los asuntos propios de los Gobiernos. México mantiene los sueldos de los becarios, pero comprende la objeción del Delegado de la República Dominicana.

El Dr. SEGURA (Argentina) recuerda que cuando su delegación presentó en abril su propuesta al Comité Ejecutivo tuvo en cuenta, en primer lugar, la conveniencia de que la OSP supiera que los becarios no encontraban suficiente la cuantía de las becas; y por eso se pidió la revisión del reglamento y de los estipendios, a fin de mejorar la situación de los becarios. Las razones aducidas fueron, en parte, de tipo humanitario. En segundo lugar, la Delegación de la Argentina lamentó la falta de una reglamentación en la que, sin llegar a los últimos detalles, se recogiesen datos que permitieran ganar tiempo y evitar que algunos aspirantes alimentasen esperanzas infundadas. En el Comité Ejecutivo se trató el asunto ampliamente y hubo que efectuar diversas reducciones en el proyecto inicial. En todo caso, la forma en que está redactado es suficientemente amplia para que las autoridades de la Oficina Sanitaria Panamericana estudien las posibilidades de mejora.

El PRESIDENTE observa que como la propuesta no representa más que una recomendación, no puede haber inconveniente en aceptarla.

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay) considera que la sugerencia de Costa Rica es muy interesante y debe ser objeto de estudio en una ocasión próxima. Sin embargo, hay que reconocer que no todos los países tienen las mismas posibilidades económicas y, por ello, no es fácil aceptar la iniciativa de la Delegación de Costa Rica. Ahora bien, cuando una organización ofrece una beca, quien la acepta se suele ver en la necesidad de iniciar, al día siguiente, gestiones en busca de mayor ayuda económica. En tales casos se presenta el problema de tener que satisfacer, a un mismo tiempo, los requerimientos del individuo y los del país. Lo que debería hacerse es ofrecer becas con el estipendio necesario para que el becario pueda desenvolverse sin quebraderos de cabeza. Conviene tener presente que el facilitar becas adecuadas, no sólo es conveniente para el individuo y para su país, sino que es de beneficio general, puesto que en los problemas de salud pública no existen fronteras. De ahí que sea necesario que todos los países colaboren y que se establezca un régimen de becas suficientes que reflejen un espíritu colectivo de ayuda, de colaboración y de solidaridad.

Decisión: Por unanimidad se acuerda tomar nota de que, de acuerdo con la Resolución VI adoptada por el Comité Ejecutivo en su 23a Reunión, el Director emprenderá un estudio sobre los estipendios pagados a los becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Tema 18: Estado de la Recaudación de las Cuotas

El Sr. HINDERER (Jefe, Administración, OSP) hace referencia al informe sobre el estado de la recaudación de las cuotas,¹ y recuerda que el Consejo Directivo, en su VII Reunión, teniendo en cuenta que los atrasos en el pago de las cuotas limitan el desarrollo de los programas de salud pública y educación que se han de llevar a cabo, adoptó la Resolución XIV, por la que invitó al Director de la OSP a que solicitase de los Gobiernos Miembros, en nombre del Consejo Directivo, la adopción de las medidas financieras necesarias para el pago de todos los atrasos y para que, en lo futuro, se mantengan al corriente las cuotas anuales. En cumplimiento de esto, el Director transmitió el texto de la resolución a los Gobiernos Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana. Añade que, después de haberse preparado el informe, Argentina ha satisfecho sus cuotas correspondientes a los años 1951, 1952 y 1953, por un importe total de 400.642 dólares.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) observa complacido la mejora experimentada en el pago de cuotas; y especialmente se congratula de conocer los datos que el Sr. Hinderer ha citado en relación con la Argentina.

El Sr. HINDERER (Jefe, Administración, OSP) agrega que el Director está preparando la publicación de un addendum oficial al informe en el que incluirá el punto relativo al pago de la República Argentina.

El PRESIDENTE comenta las causas de demora y dice que quizás no sean muy comprensibles en el caso de determinados países que tienen una administración muy ordenada. Sin embargo, en la práctica hay una serie de dificultades en la mecánica rotativa de la administración pública, que conducen a la acumulación de atrasos. De todas formas, es satisfactorio observar como va en aumento el porcentaje de cuotas cobrables; y esto dice mucho en favor de las gestiones que desarrolla la Oficina.

El Dr. SEGURA (Argentina) dice que desea ampliar las manifestaciones hechas por el Sr. Hinderer, añadiendo a ellas que la Argentina ha decidido poner a disposición de la Oficina una contribución especial de 1.500.000 pesos (independiente del pago de los 400.000 dólares) para gastos que se efectúen dentro de la zona.

El PRESIDENTE comenta que las manifestaciones del Delegado de la Argentina revelan un anhelo compartido y dan a conocer una fórmula hábil para la solución del problema de las divisas: la asignación de una cantidad para ser invertida dentro de la zona monetaria del propio país.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) agradece las manifestaciones del Dr. Segura y dice que la OSP no había dado cuenta a los señores delegados de la contribución especial de la cantidad de 1.500.000 pesos porque hasta ese momento no tenía notificación oficial; pero que, en nombre del Director, acoge complacido las palabras del Representante de la Argentina, que confirman oficialmente la mencionada contribución.

¹ Documento CSP14/31, no publicado.

El PRESIDENTE declara que la Comisión queda enterada del estado de recaudación de las cuotas y anuncia que se redactará una nota de aprecio y estímulo para la Oficina por la gestión que ha realizado.

Decisión: Se acuerda por unanimidad solicitar de los Gobiernos Miembros que tengan cuotas pendientes de pago, que tomen las medidas financieras necesarias para el pago de las mismas, recalcando la importancia de que, en el futuro, se mantengan al corriente las cuotas anuales.¹

Tema 39: Fondo Rotatorio de Emergencia (continuación) **(Propuesta de los Estados Unidos: Reembolso de Fondos)**

El PRESIDENTE se refiere a la discusión anterior sobre este tema y concede la palabra a la Delegación de los Estados Unidos, autora de la propuesta del proyecto de resolución presentado en la sesión anterior.

El Sr. BELTON (Estados Unidos) dice que, en vista del debate que se ha desarrollado en relación con los territorios sin gobierno propio, desea introducir una enmienda en el texto del proyecto de resolución, consistente en sustituir las palabras "Gobiernos Miembros o de territorios asociados a la Organización" por "áreas del Hemisferio Occidental".

El Dr. ZOYAYA (México) dice que las palabras "a menos que circunstancias extraordinarias imposibiliten que se efectúe el reembolso", que aparecen en el párrafo 2 de la parte dispositiva, son demasiado rotundas para un documento de este tipo, ya que la posibilidad de efectuar un reembolso existe siempre, aunque no sea inmediata.

El PRESIDENTE dice que el párrafo primero del proyecto de resolución es consecuente con el precepto constitucional que crea el Fondo de Emergencia. Donde la cuestión comienza a adquirir volumen es en el párrafo 2, que da carácter imperativo al reembolso de la cantidad percibida como socorro de emergencia. Conviene recordar que, en el debate del proyecto de reforma de la Constitución, se discutió ampliamente la doctrina de la emergencia, quedando bien establecida la jerarquía superior de los principios en que ésta se inspira, pues corresponde a consideraciones muy superiores a las meramente crematísticas. Degradadamente, se presentó muy pronto un ejemplo de lo que en el debate se sostuvo, pues un huracán causó serios estragos en Haití. No se sabe exactamente el alcance de los daños sufridos, pero en Washington tendrán los medios necesarios para poder calibrar la magnitud de éstos. En casos así, hay que reconocer que lo primero que debe hacerse es enviar la ayuda necesaria, sin detenerse en consideraciones relativas a la forma de pago. Otra cosa sería contraria al espíritu en que se inspiró el proyecto de Constitución. Es muy distinto el caso en que un país solicite ayuda, en otras circunstancias no tan apremiantes. Pero ante una catástrofe consumada, no puede haber otra actitud que la del envío inmediato de la ayuda necesaria. Por ello, no debe hablarse de reembolso inmediato. En realidad, en tal caso, el reembolso no es indispensable. Por lo tanto, convendría

¹ Véase primer informe de la Comisión II, pág. 546.

que la Delegación de los Estados Unidos enmendase el texto del proyecto de resolución, distinguiendo entre ayuda de emergencia, que debe prestarse sin condiciones, y otros casos de ayuda, que deben estar condicionados.

El Dr. HORWITZ (Chile) manifiesta que está de acuerdo con las explicaciones que se han dado y propone que se simplifique la redacción del párrafo 2, en forma que dé un carácter más condicional a los reembolsos. Sugiere el siguiente texto: "que el país que ha recibido la ayuda de emergencia deberá reembolsar, a la brevedad posible, los fondos utilizados, a menos que circunstancias extraordinarias lo impidan".

El Sr. BELTON (Estados Unidos) dice que no tiene nada que objetar a que se introduzca tal cambio. Desea explicar los motivos que ha tenido la Delegación de los Estados Unidos para presentar el proyecto de resolución. Confía en que todos los miembros de la Comisión comprendan que el Gobierno de los Estados Unidos nunca vacila en acudir en ayuda de cualquier país o pueblo que la necesite. Así lo ha hecho en numerosas ocasiones, y en un caso reciente efectuó un donativo de 50,000 dólares, por conducto de la Cruz Roja Norteamericana. La delegación presentó el proyecto de resolución por estimar que la Organización Sanitaria Panamericana no es, propiamente hablando, una organización de socorro para casos de catástrofe. Esto no quiere decir que no sea adecuado que posea un fondo de emergencia para asistir a los países en casos urgentes, pero no debe tratarse de establecer en su presupuesto un fondo al que se apele constantemente para atender a las necesidades derivadas de cualquier caso que se presente. Para eso existen otros fondos. Los de la Organización se deben reembolsar, para que ésta pueda desarrollar, en la mayor medida posible, sus fines principales. Teniendo en cuenta esto, la Delegación de los Estados Unidos presentó el proyecto de resolución.

El Dr. CARNAUBA (Brasil) se muestra de acuerdo con las manifestaciones del Delegado de Chile.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) propone que el párrafo 3 del proyecto de resolución quede redactado en los siguientes términos: "que en estos casos extraordinarios, la Conferencia o el Consejo autorice la reposición al Fondo Rotatorio de Emergencia de las sumas invertidas, de otros fondos disponibles de la Organización".

Decisión: Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución, presentado por la Delegación de los Estados Unidos, con las enmiendas introducidas por las Delegaciones de los Estados Unidos, Chile y la República Dominicana.¹

Tema 23: Relaciones entre la Organización Sanitaria Panamericana y las Organizaciones no Gubernamentales

El SECRETARIO presenta el Documento CSP14/7 sobre este tema² y hace historia del desarrollo de este asunto ya que, en su 22a Reunión, el Comité Ejecutivo resolvió recomendar a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana la con-

¹ Véase primer informe de la Comisión II, pág. 546.

² Véase pág. 586.

sideración de unas normas generales acerca de las relaciones entre la Organización Sanitaria Panamericana y las organizaciones no gubernamentales. Observa que con tal documento se llega al punto final en la tramitación del asunto, ya que la Conferencia, como órgano supremo, habrá de adoptar la decisión que estime oportuna.

El PRESIDENTE dice que el estudio hecho por la Oficina es muy meticuloso y que el documento no implica en realidad ninguna decisión obligatoria.

El Dr. ZOZAYA (México) dice que el problema planteado es aparentemente de muy poca importancia, pero muy serio en el fondo. Cinco años de experiencia en el Consejo Ejecutivo de la OMS le han hecho ver que la cuestión planteada es una de las que causan mayor preocupación y discusión. Pero en la OMS se ha visto la necesidad de formular una política clara en lo que concierne a las relaciones con las organizaciones no gubernamentales. ¿Qué autoridad se debe conceder al Director de la OSP en esta materia? Se refiere al párrafo I del capítulo II del documento, en que se establece que el Comité Ejecutivo actuará como Comité Permanente del Consejo Directivo para las relaciones con las organizaciones no gubernamentales, y señala lo transitorio de los miembros del Comité Permanente. Su renovación tras períodos relativamente breves hace que dicho Comité quede convertido en un campo de aprendizaje. Esto no debiera ser así, pues se debe desarrollar una política continua y seria. Es indispensable que exista un Comité integrado por miembros permanentes para encargarse de este asunto. Lo verdaderamente importante es llegar a un acuerdo acerca del procedimiento que se deba seguir para la aceptación de organizaciones no gubernamentales.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) dice, a título informativo, que las facultades que se consignan en el párrafo 1 del capítulo II son limitadas, puesto que el Comité Ejecutivo sólo ha de actuar como Comité Permanente del Consejo Directivo, siendo a éste a quien corresponde decidir en definitiva. Además, en el párrafo 7 se dice que el Consejo Directivo revisará cada dos años el repertorio de las organizaciones que mantienen relaciones con la OSP, y decidirá sobre la conveniencia de mantener relaciones con las organizaciones incluidas en él.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) dice que comparte la idea del Delegado de México. Lo que convendría es suspender el debate sobre este tema hasta que se resuelva la reforma constitucional.

El PRESIDENTE observa que la suspensión tendría virtualmente carácter definitivo, pues el tema habría de quedar eliminado del orden del día.

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay) dice que lo permanente no existe respecto a las personas. Lo único permanente es lo que se refiere a los principios y a las doctrinas. Por ello, lo importante es llegar a la determinación de estos principios, pues lo que respecta a los cambios de personas en el seno de un comité es de una importancia secundaria.

El Dr. HORWITZ (Chile) pregunta qué número de organizaciones no gubernamentales han manifestado interés por mantener relaciones con la Organización Sanitaria Panamericana.

El SECRETARIO da cuenta de que, hasta ahora, únicamente se mantienen relaciones con la Confederación Médica Panamericana. Aparte de esta organización, se han recibido unas cinco consultas y en todos los casos se ha contestado que se está estudiando el reglamento.

El Dr. HORWITZ (Chile) pregunta qué relaciones existen entre la Organización Sanitaria Panamericana y la Confederación Médica Panamericana.

El SECRETARIO manifiesta que las relaciones se limitan al envío de observadores y al intercambio de documentación.

El Dr. HORWITZ (Chile) declara que, a su juicio, puesto que las relaciones no tienen mayor alcance, el documento debe aceptarse en la forma en que está redactado.

El PRESIDENTE subraya la importancia que pueden tener las relaciones con las organizaciones no gubernamentales, puesto que algunas de ellas cuentan con los mejores servicios informativos.

El Dr. ZOZAYA (México) hace hincapié en lo que dijo anteriormente, refiriéndose principalmente a las experiencias de la OMS. Dice que muchas de las organizaciones no gubernamentales buscan su asociación con los organismos internacionales de carácter gubernamental, solamente por razones de prestigio; y que si no se establece un criterio claro y firme acerca de cuáles pueden ser aceptadas, se corre el riesgo de llegar a enfrentarse con una multiplicidad de organismos que representaría una seria complicación de orden práctico.

El Dr. HYRONIMUS (Francia) dice que ha oído con sumo interés las intervenciones precedentes. Reconoce que, en efecto, como ha dicho el Delegado de México, existe un elemento de complejidad. Pero estima que es beneficioso para la Organización Mundial de la Salud y podría serlo para la Organización Sanitaria Panamericana, contar con el apoyo de las organizaciones no gubernamentales, pues con ello se amplía el radio de acción y se facilita el intercambio de conocimientos. Por ello, pide que se aprueba el texto del informe.

El PRESIDENTE pregunta a la Delegación de México si desea formular una moción de aplazamiento o presentar alguna proposición concreta.

El Dr. SEGURA (Argentina) sugiere que se apruebe el documento, dejando pendiente la parte relativa al procedimiento, de la cual se podría tratar cuando el grupo de trabajo de reforma constitucional haya terminado sus deliberaciones.

El PRESIDENTE dice que esto es imposible, puesto que teóricamente la Comisión II desconoce lo que está ocurriendo en el seno del grupo de trabajo sobre la reforma de la Constitución. La proposición se ha de considerar como definitiva.

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos) dice que comparte las opiniones expuestas por los Delegados de la República Dominicana y de la Argentina. No se siente pesimista en cuanto al tiempo necesario para resolver la cuestión, una vez que el grupo de trabajo sobre reforma de la Constitución haya terminado su labor. Realmente parece inoportuno tratar de formular unas normas de procedimiento, unos principios, que luego tengan que rehacerse por imperativo de

la reforma constitucional. Pero, si ha de continuar el debate, convendría conocer el criterio del Director y saber la opinión que ha expresado en la reunión celebrada en la mañana de hoy por el grupo de trabajo. Hay además otros puntos que convendría aclarar, acerca de las organizaciones que han entrado en relación con la OMS. Si al relacionarse con ella establecen automáticamente relaciones con su Comité Regional para las Américas, puede decirse que la OSPA tiene ya relaciones establecidas con unas 32 organizaciones internacionales. Por otra parte, hay que saber qué costaría a la Oficina mantener el personal necesario para contestar la correspondencia, facilitar documentación, etc. El Gobierno de los Estados Unidos atribuye gran importancia al establecimiento y mantenimiento de la cooperación entre la OSPA y otras organizaciones, tanto gubernamentales como no gubernamentales. Sin embargo, no encontrándose presente el Director en este momento, estima que no hay posibilidad de que se aclaren los puntos que le interesan y cree que lo mejor es esperar una oportunidad para que el Director dé a conocer el criterio expuesto por él en el grupo de trabajo.

El PRESIDENTE acuerda suspender el debate hasta nuevo señalamiento.

Se levanta la sesión a las 17 h.

CUARTA SESION

Viernes, 15 de octubre de 1954, a las 9 h. 30 m.

Presidente: Dr. FÉLIX HURTADO (Cuba)

El PRESIDENTE recuerda que el debate relativo a este tema se inició en la número de las delegaciones presentes.

El SECRETARIO informa que hay 12 delegaciones representadas en la sesión.

El PRESIDENTE somete a consideración el primer punto del orden del día, en vista de que se ha reunido el quórum requerido por el Artículo 17 del Reglamento Interno de la Conferencia.

Tema 23: Relaciones entre la Organización Sanitaria Panamericana y las Organizaciones no Gubernamentales (continuación)

El PRESIDENTE recuerda que el debate relativo a este tema se inició en la sesión del día anterior en que, a propuesta del Delegado de los Estados Unidos, se aplazó su consideración para que estuviera presente el Director de la Oficina. Señala que los puntos de discrepancia no fueron muchos y que se reanuda el debate, estando presente el Director.

El Dr. HORWITZ (Chile) dice que formuló varias preguntas en la sesión anterior con el objeto de informarse sobre la verdadera magnitud del problema. Añade que de las organizaciones no gubernamentales, sólo la Confederación Médica Panamericana ha sido incorporada, pero que el Delegado de México dijo que la

Organización Mundial de la Salud tenía relaciones con varias organizaciones no gubernamentales. Manifiesta que su delegación considera que el Documento CSP14/7¹ preparado por la Secretaría establece claramente los procedimientos a seguir para el establecimiento de relaciones con esas organizaciones, y añade que está de acuerdo con lo expresado en el referido documento.

El Dr. SEGURA (Argentina) indica que cuando se consideró el documento el día anterior, uno de los puntos de inseguridad radicaba en el primer párrafo del capítulo II de "Procedimientos" en que se establece que el Comité Ejecutivo actuará como Comité Permanente del Consejo Directivo para las relaciones con las organizaciones no gubernamentales. Agrega que se consideró que el establecimiento de esas relaciones debería ser hecho por la Conferencia o por el Consejo Directivo. Sin embargo, en vista de que las funciones del Comité Ejecutivo en esta materia serán muy limitadas y no de carácter definitivo, se inclina a aprobar el documento en la forma presentada.

El Dr. PIERRE-NOËL (Haití) recomienda que se apruebe el documento por las mismas razones mencionadas por los Delegados de Argentina y Chile.

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos) solicita que el Director de la Oficina exprese los puntos de vista que sobre este asunto comunicó al grupo de trabajo que estudia la revisión de la Constitución.

El Dr. SOPER (Director, OSP) dice que ante el grupo de trabajo que estudia la revisión de la Constitución había manifestado que no encontraba gran ventaja o necesidad de mantener relaciones oficiales con las organizaciones no gubernamentales. El hecho más importante consiste en la posibilidad de colaborar con carácter oficioso con cualquier organización interesada en los programas que obedecen a las normas técnicas en que la Oficina está interesada. En el caso de las organizaciones no gubernamentales, desea recordar que hay numerosas organizaciones de esta clase en las Américas. En el caso de la Organización Mundial de la Salud señala que hay una serie de organizaciones que mantienen relaciones oficiales con ella. Informa que esto ha sido motivo de discusión en las Asambleas durante varios años, en relación al reconocimiento oficial de las mismas. Añade que la Organización Sanitaria Panamericana ha recibido una sola solicitud de parte de una organización no gubernamental interesada en mantener relaciones oficiales. Opina que es importante que la colaboración se lleve a cabo con carácter temporal y en relación a los programas aprobados. La Organización Mundial de la Salud tiene relaciones con varias organizaciones a las que invita a que envíen representaciones a las reuniones de los Comités Regionales. La Oficina, en tanto que es Oficina Regional de la OMS para las Américas, tiene que enviar documentación en relación a las reuniones del Comité Ejecutivo, el Consejo Directivo y la Conferencia, documentación que generalmente no interesa a esas organizaciones y que se relacionan mayormente a detalles de la vida interna de la Organización Sanitaria Panamericana. Ha observado durante varios años que los beneficios que recibe la Organización no compensan los gastos adicionales y las complicaciones. Como Director, preferiría que no fuera obligación del Director, del Consejo Directivo o de la Conferencia establecer una categoría de organizaciones

¹ Véase pág. 586.

internacionales que pueden entrar en relación con la Organización y otra categoría de organizaciones no gubernamentales que no puedan ser consideradas por ésta.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) apoya las observaciones del Director de la Oficina sobre la decisión que debe tomarse. Hace observar que el documento en consideración se compone de tres partes: normas generales, procedimientos y prerrogativas. Señala que, aún está pendiente la revisión a la Constitución y que el capítulo relativo a los procedimientos tendría que ser modificado si se aprueba la reforma constitucional, y, por lo tanto, propone recomendar a la Conferencia que tome nota del documento, pero que no adopte ninguna decisión hasta que se resuelva en definitiva el asunto de la revisión de la Constitución.

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos) comparte hasta cierto punto las preocupaciones expresadas por el Delegado de la República Dominicana. Su Gobierno favorece el establecimiento de relaciones con las organizaciones no gubernamentales y otras instituciones de conformidad con el presente artículo de la Constitución, con el cual el artículo correspondiente del proyecto de revisión está en perfecto acuerdo. No cree necesario establecer una categoría de organizaciones con las cuales la Organización Sanitaria Panamericana pueda mantener relaciones oficiales, autorizándolas a indicar en el membrete de su documentación oficial, como señaló el Dr. Zozaya el día anterior, la existencia de esa relación. Estas organizaciones tienen derecho a recibir copias de toda la documentación oficial de la Organización Sanitaria Panamericana, documentación en que no están interesadas. El interés común radica en la solución de ciertos problemas de salud pública y que esas relaciones deben ser estimuladas y ampliadas de manera continua. En los casos en que no existe esa colaboración para alcanzar los objetivos de la Organización, no ve necesidad de continuar las relaciones oficiales. Representa un procedimiento complicado el que la Organización dedique mucho tiempo a examinar solicitudes de numerosas organizaciones que tienen un interés remoto en la obra de la Oficina, y que obligan a la Organización a establecer distinciones entre las organizaciones con las que resultan útiles las relaciones y aquellas que no tienen ningún interés particular en las actividades de la Oficina. Señala que no tiene objeción que hacer al capítulo I del documento, en que se establecen ciertas normas que pueden servir de orientación al Director y al Comité Ejecutivo en las relaciones con las organizaciones nacionales.

El PRESIDENTE, resumiendo las intervenciones de los Delegados de Chile, Estados Unidos y la República Dominicana, cree que sería conveniente que la Comisión recomendara a la Conferencia la aprobación de una resolución por la que se acepten las normas generales que aparecen en el Documento CSP14/7.

Decisión: Se acuerda por unanimidad recomendar a la Conferencia que la Organización Sanitaria Panamericana establezca y mantenga relaciones convenientes de colaboración con otras organizaciones internacionales e interamericanas, de acuerdo con la Constitución vigente, y sujetas a las normas generales, que aparecen en el Documento CSP14/7.¹

¹ Véase segundo informe de la Comisión II, pág. 582.

Tema 13: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, y Resumen del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para el Año 1956¹

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) informa de que el presupuesto de la Región de las Américas para 1956 fué examinado por el Comité Ejecutivo en su 23a Reunión. El Comité Ejecutivo, después de estudiar detenidamente el documento y de pedir a los funcionarios de la Oficina las explicaciones que consideró pertinentes, aprobó una resolución en que se adoptaba el presupuesto y se transmitía a la Conferencia para su resolución definitiva. Recuerda que la discusión de este documento se refiere al Programa y Presupuesto de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.

El PRESIDENTE menciona la Resolución VII de la 23a Reunión del Comité Ejecutivo por la que se adoptó el proyecto de programa y presupuesto indicado y se elevó el mismo a la XIV Conferencia para su examen y presentación al Director General de la OMS. En ella se incluye un proyecto de resolución para la consideración de la XIV Conferencia.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) explica que en el documento del presupuesto hay una columna dedicada a fondos extrapresupuestarios en que aparecen cifras que son aproximadas y no definitivas. Indica que en un documento preparado con tanta antelación es difícil ofrecer cifras exactas en relación a los fondos destinados por otras organizaciones, tales como el UNICEF. Hasta que la Junta Ejecutiva de dicha Organización apruebe las asignaciones para los programas a los cuales presta asesoría técnica la OMS, no se puede saber la cuantía total de los fondos de ese origen. Señala que en este documento se calculó que los fondos procedentes del Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas ascenderán a un total de \$822.140, para 1956. Por el momento, la Oficina no tiene seguridad de que pueda disponer de dicha suma. En el Título III y en la columna del Programa de Asistencia Técnica aparece la suma de \$750.000, que representa la estimación de la cantidad para proyectos, dentro del mejor conocimiento de la Oficina cuando se preparó el documento.

El PRESIDENTE explica que el documento en consideración es un proyecto de presupuesto preparado en el nivel regional. La Conferencia tiene que dar al Director autorización para que lo transmita al Director General de la OMS, donde será estudiado por el Consejo Ejecutivo de la OMS en su reunión de enero próximo. El presupuesto luego pasará a la Asamblea Mundial de la Salud que se reunirá en mayo próximo. Hace un análisis de la tramitación que siguen los fondos del Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, cuyo fondo se nutre de las contribuciones voluntarias de los países. Estos fondos son controlados directamente por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. Luego son distribuidos por la Junta de Asistencia Técnica a los distintos organismos especializados de las Naciones Unidas. Se trata de una fase difícil,

¹ Documento CE23/2, publicado por separado.

puesto que no se cotiza en su valor e importancia a la OMS. Además el Director Ejecutivo de Asistencia Técnica se reserva el derecho de veto a programas propuestos a la Junta. Recuerda los debates habidos en la Asamblea Mundial de la Salud con el citado Director y que en la última reunión del Consejo Económico y Social no prosperó la tesis sostenida por la OMS en ésta sobre la consideración que debe darse a los programas sanitarios. Existen parecidas dificultades en cuanto a la asignación de los fondos al UNICEF.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) apoya el proyecto de resolución propuesto por la 23a Reunión del Comité Ejecutivo.

El Dr. HORWITZ (Chile) menciona que en la primera sesión de la Comisión Conjunta su delegación planteó varios puntos en relación al tema que se discute,¹ que aunque no fueron planteados en forma precisa, se consideran necesarios para un análisis racional del documento. La Secretaría está preparando la información solicitada referente a la distribución de los fondos presupuestados para actividades de campo. Hace hincapié en el interés que tiene su Gobierno porque los programas de campo de la Oficina respondan a las necesidades efectivas de los Países Miembros. A tal efecto, es necesario que la Oficina colabore con los Gobiernos Miembros para determinar las verdaderas necesidades de éstos en materia de salud pública. Su delegación está de acuerdo y reconoce la necesidad de aprobar el documento, pero se reserva el derecho de proponer que la información solicitada a la Secretaría se incorpore al mismo y el de proponer a la sesión plenaria que especifique cuales son las líneas generales que deben regir la distribución de fondos por parte de la Oficina.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) indica que la información solicitada por el Delegado de Chile se está preparando y se distribuirá muy pronto.² Repite que hasta el momento, las líneas de acción seguidas en la distribución de los fondos de la OSP están regidas por la resolución del Consejo Directivo, adoptada en su VII Reunión relativa al plan de programas de salud pública a largo plazo, y a la cual se refiere en detalle el Informe Anual del Director correspondiente a 1953. Indica que la cifra total del presupuesto regional que se propone para 1956 es fundamentalmente igual a la del presupuesto aprobada para 1955. La información solicitada por la Delegación de Chile se preparará sobre la base de las cifras indicadas en el documento, pero señala que no se puede garantizar que esas cantidades sean recibidas efectivamente.

El Dr. SOJO ARIAS (Costa Rica) apoya el proyecto de resolución propuesto por el Comité Ejecutivo.

Decisión: Se acuerda por unanimidad recomendar a la Conferencia la adopción del proyecto de resolución propuesto por el Comité Ejecutivo en su 23a Reunión.³

¹ Véanse págs. 443, 444 y 446.

² Véase Documento CSPM/77, pág. 589.

³ Véase segundo informe de la Comisión II, pág. 585.

Tema 14: Forma de Presentación en el Futuro del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana

El SECRETARIO da lectura de la Resolución I sobre este tema, adoptada por el Comité Ejecutivo en su 23a reunión, que dice así:

El Comité Ejecutivo, teniendo en cuenta que el Director ha incluido en el Proyecto de Programa y Presupuesto de la OMS para la Región de las Américas los datos presupuestarios requeridos por la Asamblea Mundial de la Salud, y que, de conformidad con la Resolución XVII de la 22a Reunión del Comité Ejecutivo, incluirá datos similares en el Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana; y considerando que el Director ha expresado su propósito de continuar estudiando la posibilidad de realizar economías en la preparación de los documentos presupuestarios.

Resuelve: (1) Tomar nota del informe presentado por el Director sobre las decisiones adoptadas por la Séptima Asamblea Mundial de la Salud y sus efectos sobre la forma de presentación de los Proyectos de Programa y Presupuesto de la OMS para la Región de las Américas y de la Oficina Sanitaria Panamericana; (2) encomendar al Director que continúe estudiando la posibilidad de realizar economías en la preparación de los documentos presupuestarios, y, en el caso de que en virtud de este estudio haya lugar a recomendar cambios en los presupuestos, que someta dichas recomendaciones a la reunión correspondiente del Comité Ejecutivo, para su consideración; y (3) transmitir a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, para su información, el informe presentado por el Director sobre esta materia (Documento CE23/3).¹

El Secretario explica que en enero de 1954, la 13a Reunión del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud propuso varios cambios de presentación y formato en el documento del presupuesto de la OMS. Estos cambios se sometieron luego a la Séptima Asamblea Mundial de la Salud. Como las reuniones del Comité Ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana se celebran en el mes de abril, antes de las reuniones de la Asamblea Mundial, el Director de la Oficina tuvo que someter estas mismas proposiciones al Comité Ejecutivo de la OSPA, de forma que si la Asamblea aceptaba la propuesta del Consejo Ejecutivo, tuviera él también la autorización de su cuerpo directivo para poner en vigor estos cambios en el presupuesto regional que tenía que preparar para la actual Conferencia. El Comité Ejecutivo aprobó la modificación de la forma de presentación del presupuesto, y luego, al reunirse la Séptima Asamblea Mundial de la Salud, ésta solamente aprobó una parte de las recomendaciones formuladas por el Consejo Ejecutivo. Una de las propuestas consistía en que, en los cuadros del presupuesto en que se enumeran las partidas de los programas, se suprimieran las columnas de los créditos correspondientes a los dos años anteriores al del presupuesto en consideración. Hace observar que en el presupuesto actual se enumeran las cifras de los programas correspondientes a los tres años. Si se hubieran suprimido estas informaciones, el tamaño del documento hubiera sido la mitad del actual. Sin embargo, la Asamblea Mundial rechazó esta propuesta y, por consiguiente, la Oficina no podía suprimir esa información del documento. Otra sugestión del Consejo Ejecutivo consistía en que en las partidas de los programas en los países figurara únicamente el costo total y el número total

¹ Documento de trabajo, no publicado.

de puestos de cada programa. Sin embargo, la Oficina considera que la supresión de estos datos no ofrece ventajas apreciables, puesto que es necesario detallar, para la propia Oficina, los conceptos de cada partida. Por consiguiente, se estimó conveniente presentar la relación detallada de las partidas y la información correspondiente a cada programa. La tercera propuesta consistía en agrupar los créditos para gastos reglamentarios de personal de cada departamento bajo un solo epígrafe al final del capítulo de cada departamento. Esta práctica ya se había impuesto en la Oficina Sanitaria Panamericana y, por lo tanto, también se cumplía en este respecto con uno de los puntos solicitados por la Asamblea.

El Dr. HORWITZ (Chile) dice que si bien su delegación se ha manifestado en favor de que se deduzcan al máximo los gastos administrativos, no puede menos que reconocer que, dadas las funciones del Comité Ejecutivo, mientras más detallada sea la presentación del documento, mejor será el examen del mismo. Está de acuerdo con los tres puntos mencionados por el Secretario, manteniendo el documento en la forma anterior. Solicita que la Secretaría explique en el futuro el mecanismo de distribución, por porcentajes, de los fondos procedentes de las cuatro organizaciones y destinados a las diversas actividades.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) considera importante la sugestión del Delegado de Chile en relación a las diversas fuentes de que proceden los fondos que administra la Oficina. Hace hincapié en que, cuando se considera el presupuesto, es importante examinarlo como una sola unidad en el sentido de que, aun cuando los fondos proceden de diversas fuentes, su administración es una. Dice que la distribución por porcentajes tendrá valor si se consideran las diversas fuentes presupuestales (OSPA, OMS ordinario y OMS/AT) como una sola unidad de trabajo.

El Dr. HORWITZ (Chile) desea saber a cuanto ascienden los fondos que se dedican a la higiene maternoinfantil, a la educación sanitaria, a la erradicación de la malaria y a la fiebre amarilla. Hace observar que los problemas de su país tienen características locales, pero que es probable que un análisis llevado a cabo en el orden continental indique que la Oficina no está distribuyendo sus fondos de acuerdo con los verdaderos problemas de todo el Continente.

Decisión: Se acuerda por unanimidad recomendar a la Conferencia que tome nota de la Resolución I adoptada por el Comité Ejecutivo en su 23a Reunión, relativa a la forma de presentación en el futuro del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana.¹

Tema 34: Modificación del Programa y Presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para 1955

El PRESIDENTE somete a discusión el tema y menciona la Resolución VIII adoptada por el Comité Ejecutivo en su 23a Reunión, que incluye un proyecto de resolución para la consideración de la XIV Conferencia.

El Dr. SEGURA (Argentina) desea hacer una pequeña aclaración para las

¹ Véase segundo informe de la Comisión II, pág. 585.

delegaciones que no estuvieron presentes en la época en que se reunió el Comité Ejecutivo anterior a esta reunión de la Conferencia. La Delegación de la Argentina, aprovechando la oportunidad de estar presente el señor Director General de la OMS, Dr. Candau, preguntó la razón por la cual, de una reducción de \$811.000 efectuada en el presupuesto de la Organización Mundial de la Salud, se había hecho una reducción para la Región de las Américas de \$204.000, que podría parecer un poco fuerte en relación a la reducción general del presupuesto de la Organización Mundial. Y el Dr. Candau aclaró que esta reducción, que podría parecer importante para la Región de las Américas, estaba en relación a que también la Región de las Américas era la que había experimentado un mayor aumento de contribución cuando la Organización tenía medios suficientes para repartir. Y que, por lo tanto, para no desequilibrar a otras regiones que tenían aportes menores, se consideró que la Región de las Américas soportaba esta disminución. Por lo tanto, el Comité Ejecutivo aceptó esta explicación y propuso el proyecto de resolución que esta sometido a la consideración de la Comisión.

El SECRETARIO informa, ampliando las manifestaciones del Delegado de la Argentina, que cuando el Director General de la OMS preparó el presupuesto para someterlo al Consejo Ejecutivo y luego a la Asamblea, la Región de las Américas recibió cierto aumento. Al saber que el aumento total del presupuesto no fué aprobado, el Director General redujo el Presupuesto Regional de las Américas en una proporción directa al aumento que anteriormente había recomendado.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) informa que ésta es una de las razones por las cuales al comparar las cifras correspondientes a fondos de la OMS para 1955 que aparecen en el Presupuesto Regional de la OMS para 1956 (Documento CE23/2) y el Presupuesto de la OSP para 1955 (Documento CE22/2), se observará que no son iguales. Es un ejemplo más de las dificultades de estimar con antelación los fondos de que dispondrá la Organización. La reducción de \$204.635 se reflejó en el programa de la Región pero, debido a que ésta tiene presupuesto propio, fué posible hacer un ajuste general para el presupuesto de 1955, evitando así las malas consecuencias de la reducción general del presupuesto de la OMS. Algunas programas fueron transferidos del presupuesto ordinario de la OMS al de la OSP y otros al Programa Ampliado de Asistencia Técnica.

Decisión: Se acuerda por unanimidad recomendar a la Conferencia que apruebe el proyecto de resolución propuesto por el Comité Ejecutivo en su 23a Reunión.¹

Tema 40: Funciones del Comité Ejecutivo en la Preparación de las Conferencias Sanitarias Panamericanas

El PRESIDENTE somete a discusión el tema y menciona la Resolución IX adoptada por el Comité Ejecutivo en su 23a Reunión que incluye el proyecto de resolución para la consideración de la XIV Conferencia.

El Dr. SEGURA (Argentina) manifiesta que en la 23a Reunión del Comité

¹ Véase segundo informe de la Comisión II, pág. 584.

Ejecutivo se encontró que, entre los temas a tratar, había un punto que no figuraba en el programa de temas. Era el que se relacionaba con la selección del delegado que, en nombre de las delegaciones americanas, contestara al discurso que había de pronunciar el Excmo. señor Presidente de la República de Chile en la sesión inaugural de la Conferencia. A fin de evitar una designación tardía, que no concediera al delegado designado tiempo suficiente para preparar el discurso, al Comité le pareció conveniente elegir al señor Secretario de Salubridad y Asistencia de México. Como justificación a su decisión y para evitar posibles críticas, el Comité Ejecutivo acordó someter a la consideración de la Conferencia el proyecto de resolución que está en discusión a los fines de obtener la aprobación del acuerdo adoptado y de dar libertad de acción al Comité Ejecutivo para resolver problemas análogos que puedan presentarse en el futuro.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) señala que, a pesar de que en la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana se sentó un precedente en relación con el tema que está en discusión, es preciso tener en cuenta que el Comité Ejecutivo se reúne pocos días antes de las Conferencias y que el plazo concedido para la preparación de los discursos siempre resultará breve. Manifiesta que la selección del delegado que ha de contestar al discurso de un Jefe de Estado es sumamente delicada, por cuanto podría designarse un país que ofreciera objeciones. Considera que esa designación la debe hacer la Comisión Organizadora del país huésped a bien llegar o un acuerdo previo por vía diplomática.

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay) indica que no comparte las opiniones expresadas por el Delegado de la República Dominicana y hace observar que el Comité Ejecutivo tiene la autorización y confianza plena de la Conferencia para decidir sobre cuestiones de mucha importancia. A su entender, el Comité Ejecutivo está en el perfecto derecho de designar al orador. Agrega que su delegación considera aceptable el proyecto de resolución propuesto por el Comité Ejecutivo en su 23a Reunión.

El Dr. HORWITZ (Chile) también difiere de la opinión emitida por el Delegado de la República Dominicana. No le parece que el país huésped debe designar al delegado encargado de contestar al discurso del Jefe del Estado. Estima que el Comité Ejecutivo debe hacer la designación, para la cual puede muy bien ponerse en contacto con la Comisión Organizadora del país huésped, recibiendo de ésta todo el asesoramiento necesario. Apoya el proyecto de resolución presentado.

El PRESIDENTE manifiesta que las Conferencias Sanitarias Panamericanas deben comenzar sus actividades con una sesión solemne. Sugiere que se redacte una resolución en que se haga constar que el Comité Ejecutivo estará encargado de organizar dicha sesión solemne en colaboración con la Comisión Organizadora.

El Dr. SEGURA (Argentina) está de acuerdo con la sugestión del Presidente. Explica que la Comisión Organizadora de la Conferencia no quiso tomar la responsabilidad de designar el delegado que había de contestar al discurso del Jefe del Estado. Tampoco lo hizo la Oficina. En vista de ello, el Comité Ejecutivo resolvió el problema en la forma expuesta. Lo que ahora se trata es de conferirle cierta autoridad para iniciar gestiones en casos futuros y para resolver

otros problemas que puedan surgir en la preparación de la Conferencia, en la seguridad de que nunca adoptará decisiones que vayan en contra de la opinión de la Conferencia.

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos) apoya el proyecto de resolución tal como fué presentado. Le parece que lo que trata de conseguir es una autorización general para que el Comité Ejecutivo tome las medidas pertinentes en circunstancias imprevistas. La Constitución y los reglamentos ya han formulado ciertas reglas relativas a la preparación de las Conferencias y de las reuniones del Consejo Directivo. La Conferencia determina el lugar en que se celebrará la siguiente y se estipula el establecimiento de un comité organizador en el país huésped cuando las reuniones se llevan a cabo fuera de la Sede. Se prevé que el Director tiene que ser designado por la Conferencia; que el Comité Ejecutivo debe aprobar el programa de temas, etc., pero puede haber ciertos detalles que no se hallan estipulados y para corregir esa situación es necesario que la Conferencia adopte una resolución como la presentada.

La situación que se ha presentado esta vez podría repetirse en circunstancias completamente distintas. Le parece que normalmente el país huésped junto con el Comité Ejecutivo o con el Director podría resolver una situación parecida a la que surgió este año sin que hubiera ninguna alusión específica en la resolución a adoptarse. Por último, propone que se adopte el proyecto de resolución sin modificaciones.

El Dr. RODRIGUES VALLE (Brasil) se adhiere a las observaciones del Delegado de la Argentina. Desea dejar constancia de su aprobación particular del primer párrafo del proyecto de resolución, en razón de que su país, que está representado en el Comité Ejecutivo, no pudo enviar delegación a la reunión en que se adoptó el acuerdo de designación.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) manifiesta que aceptaría la resolución si se intercalara la frase "asistido por la Comisión Organizadora" después de "Comité Ejecutivo" en la primera línea del segundo párrafo de la parte dispositiva.

El Dr. CALDERWOOD (Estados Unidos) hace saber que la modificación sugerida por el Delegado de la República Dominicana introduce un elemento que es ajeno al objetivo de la resolución. Señala que ya la Constitución provee que se debe establecer una Comisión Organizadora, cuyos deberes describe claramente. No cabe duda de que la Comisión Organizadora tomará parte en todos los preparativos. El asunto a resolver se relaciona con el hecho de que el Comité Ejecutivo tomó medidas en un asunto que no estaba específicamente señalado en la Constitución o en los reglamentos. La Conferencia debe aprobar la decisión adoptada por el Comité Ejecutivo en este caso y prever futuras contingencias, lo cual no tiene nada que ver con las funciones de la Comisión Organizadora.

El Dr. ZOZAYA (México) se adhiere a las manifestaciones del Delegado de los Estados Unidos y señala que evidentemente la Comisión Organizadora tiene que intervenir en el asunto.

Decisión: Se acuerda por unanimidad recomendar a la Conferencia que apruebe

el proyecto de resolución propuesto por el Comité Ejecutivo en su 23a Reunión.¹

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica), manifiesta que no ha podido estar presente durante la discusión del Tema 34 (Modificación del Programa y Presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para 1955) y pide al Presidente que someta de nuevo el tema a consideración ya que tanto la Delegación de Costa Rica, como la de El Salvador, desean formular algunas reservas sobre este asunto.

El PRESIDENTE declara que estaría dispuesto a acceder si reglamentariamente fuera posible e invita al Delegado de Costa Rica que plantee el problema en sesión conjunta de las Comisiones I y II o en sesión plenaria de la Conferencia. Añade que no hay inconveniente alguno en que figure en el acta cualquier declaración que el Delegado de Costa Rica tenga a bien formular.

Se levanta la sesión a las 11 h. 15 m.

QUINTA SESION

Viernes, 15 de octubre de 1954, a las 15 h. 15 m.

Presidente: Dr. FÉLIX HURTADO (Cuba)

El PRESIDENTE abre la sesión e invita al Secretario a que dé cuenta del número de las delegaciones presentes.

El SECRETARIO informa que hay 15 delegaciones representadas en la sesión.

El PRESIDENTE anuncia que se va a considerar el primer informe del Relator de la Comisión II, en vista de que se ha reunido el quórum requerido por el Artículo 17 del Reglamento Interno de la Conferencia.

Primer Informe de la Comisión II²

El PRESIDENTE solicita del Dr. José Zozaya (México), Relator de la Comisión, que dé lectura del primer informe.

Tema 16: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo

El Dr. ZOZAYA (Relator, México) lee el proyecto de resolución 1.

El PRESIDENTE ofrece la palabra.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Tema 20: Informe del Subcomité Permanente de Edificios y Obras

El Dr. ZOZAYA (Relator, México) da lectura del proyecto de resolución 2.

El PRESIDENTE invita a los delegados a hacer uso de la palabra.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

¹ Véase segundo informe de la Comisión II, pág. 534.

² Véase pág. 543.

Tema 21: Revisión del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

El Dr. ZOZAYA (Relator, México) da lectura del proyecto de resolución 3.

El PRESIDENTE ofrece la palabra.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Tema 31: Fondo de Trabajo

El Dr. ZOZAYA (Relator, México) da lectura del proyecto de resolución 4.

El PRESIDENTE invita a los delegados a que hagan uso de la palabra.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución sobre el Fondo de Trabajo.

Tema 33: Gastos de Viaje de los Representantes a las Reuniones de los Comités Regionales

El Dr. ZOZAYA (Relator, México) da lectura del proyecto de resolución 5.

El PRESIDENTE invita a los delegados a que expresen sus observaciones.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Tema 39: Gasto a Cargo del Fondo Rotatorio de Emergencia, en Relación con las Inundaciones Sufridas por un País Miembro

El Dr. ZOZAYA (Relator, México) da lectura del proyecto de resolución 6.

El PRESIDENTE ofrece la palabra.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución sobre gasto a cargo del Fondo Rotatorio de Emergencia, en relación con las inundaciones sufridas por un País Miembro.

Tema 17: Participación Financiera de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido

El Dr. ZOZAYA (Relator, México) da lectura del proyecto de resolución 7.

El PRESIDENTE invita a los delegados a que hagan uso de la palabra.

Decisión: se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución sobre la participación financiera de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido, a nombre de sus territorios en la Región de las Américas, en el Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana.

Tema 30: Estipendios Pagados a los Becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana

El Dr. ZOZAYA (Relator, México) da lectura del proyecto de resolución 8, tal como fué redactado en la tercera sesión de la Comisión.¹

El PRESIDENTE ofrece la palabra.

El Dr. SEGURA (Argentina) propone un cambio de redacción porque en la

¹ Véase pág. 546.

forma actual parece desprenderse que el Director va a iniciar el estudio sobre los estipendios pagados a los becarios y lo cierto es que este estudio se ha iniciado ya, pues así lo expresa el Director en su Informe Anual. Desea, en consecuencia, que la forma verbal "emprenderá" sea substituida por la frase "continuará haciendo los . . .".

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución, con la enmienda propuesta por el Delegado de Argentina.

Tema 18: Estado de la Recaudación de Cuotas

El Dr. ZOZAYA (Relator, México) da lectura del proyecto de resolución 9.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Tema 39: Fondo Rotatorio de Emergencia (Reembolso de Fondos)

El Dr. ZOZAYA (Relator, México) da lectura del proyecto de resolución 10.

El PRESIDENTE ofrece la palabra.

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay) cree que la Comisión, en su tercera reunión, había acordado eliminar, en el párrafo 2 de la parte dispositiva, la frase "a la brevedad posible".

El RELATOR difiere de la opinión del Delegado del Paraguay y expresa que, por recomendación de los Delegados de Chile y México, la palabra que se eliminó del texto original fué "imposible".

El Dr. PIERRE-NOËL (Haití) está de acuerdo con el criterio del Relator.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

El PRESIDENTE informa que, con excepción del tema sobre revisión de la Constitución, para el estudio del cual se constituyó un grupo de trabajo que rendirá informe el próximo lunes, la Comisión ha considerado todos los temas que le fueron asignados por la Comisión General.

Reservas Presentadas por los Delegados de Costa Rica y Guatemala

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) pregunta cuál sería la forma indicada para presentar una reserva relativa al Tema 34, Modificación del Programa y Presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para 1955.

El PRESIDENTE informa que el Tema 34 fué considerado por el pleno de la Comisión y recibió amplia información del personal de la Oficina. Además, cuando se discutía el Tema 34 la Presidencia de la Comisión la ejercía un miembro de la Delegación de Costa Rica. Manifiesta que él no ve obstáculo fundamental para que el Delegado de Costa Rica haga reservas, pero le recuerda que para volver a ser examinada una resolución es preciso que lo decida una mayoría de los dos tercios de los miembros de la Comisión. Le sugiere al Delegado de Costa Rica que lleve su reserva a una sesión plenaria de la Conferencia.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) dice que no pretende traer a debate el documento, sino solamente presentar una reserva que dice:

La Delegación de Costa Rica se permite presentar una reserva relativa a la modificación del Programa y Presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para 1955 en cuanto al traspaso de los programas del Area de Demostración de El Salvador y de la Escuela de Enfermería de Costa Rica de los programas regulares de la Organización Mundial de la Salud a Asistencia Técnica en 1955.

El RELATOR considera que existe ya un precedente sobre reservas presentadas con posterioridad a la aprobación de resoluciones y que lo único que cabe hacer es dejar constancia en el acta.

El Dr. FAJARDO (Guatemala) interviene para manifestar que presenta reserva sobre el proyecto de resolución relativo a la participación financiera de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido, a nombre de sus territorios en la Región de las Américas, en el presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana, y que vota en contra de dicha resolución, apoyando en ese sentido a las Delegaciones de México y Argentina.

El Dr. PIERRE-NOËL (Haití) está de acuerdo con el Relator en que procede simplemente dejar constancia en acta de las reservas hechas por los Delegados de Costa Rica y Guatemala.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) comparte plenamente la opinión del Delegado de Haití.

El PRESIDENTE indica que se harán constar en acta las reservas hechas por las Delegaciones de Costa Rica y Guatemala.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) felicita al Presidente y al Relator por la eficiencia con que han desempeñado las funciones que les fueron encomendadas.

Se levanta la sesión a las 16 horas.

SEXTA SESION

Lunes, 18 de octubre de 1954, a las 16 horas

Presidente: Dr. FÉLIX HURTADO (Cuba)

El PRESIDENTE declara abierta la sesión e invita al Secretario a que dé cuenta del número de delegaciones que se encuentran presentes.

El SECRETARIO informa que asisten 16 delegaciones, y, en vista de que existe el quórum requerido por el Artículo 17 del Reglamento Interno de la Conferencia, se da comienzo a las deliberaciones.

Tema 30: Estipendios Pagados a los Becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana (*continuación*)

El PRESIDENTE anuncia que la Comisión ha de volver a estudiar dos proyectos de resolución que le han sido devueltos por la séptima sesión plenaria de la Con-

ferencia para que mejore su texto. El primero de dichos proyectos¹ es el relativo al Tema 30, Estipendios Pagados a los Becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana. Lo que se propone es la substitución del texto por uno que comprenda: (1) Recomendar al Director que continúe haciendo estudios acerca de los estipendios de los becarios y en lo posible mejore la situación con respecto a dichos estipendios; (2) que presente a la consideración del Comité Ejecutivo en su reunión del mes de abril próximo un proyecto de reglamento que comprenda las instrucciones generales a las que deba adaptarse el otorgamiento de becas. Claro que se había hablado también de una clasificación de becas, pero esto puede considerarse implícito y seguramente se hará así.

El Presidente da lectura de la resolución VI sobre este tema adoptada por el Comité Ejecutivo en su 23a Reunión y propone que su texto sea adoptado por la Comisión y elevado al pleno de la Conferencia.

Decisión: Por unanimidad se acuerda elevar al pleno de la Conferencia un proyecto de resolución concebido en los mismos términos que la Resolución VI adoptada por el Comité Ejecutivo en su 23a Reunión.²

Tema 39: Fondo Rotatorio de Emergencia (Reembolso de Fondos) (continuación)

El PRESIDENTE informa que el otro proyecto de resolución que ha de ser considerado de nuevo por la Comisión se refiere al Tema 39, Fondo Rotatorio de Emergencia,³ y se recomienda que se enmiende en el párrafo 2 de la parte dispositiva, que es precisamente el que dió lugar a mayores divergencias, la frase "los países que hayan recibido ayuda" por "los países que hayan solicitado ayuda". En consecuencia, la redacción diría: "Que el país que haya solicitado ayuda de emergencia deberá reembolsar, a la brevedad posible, los fondos utilizados a menos que circunstancias extraordinarias lo impidan".

El Dr. SEGURA (Argentina) dice que si el reembolso de la ayuda recibida ha de hacerse sólo cuando la solicite un Gobierno, la Oficina Sanitaria podría tener cierto reparo para decidirse a acudir en ayuda de un país en los casos en que no tenga una gran seguridad de la necesidad de tal ayuda. Esto podría traducirse, a su vez, en situaciones difíciles por las críticas a que pudiera dar lugar la actuación de la Oficina frente a cualquier situación de emergencia. Por eso era mejor la redacción referente al reembolso en la medida en que un país pudiera efectuarlo. En otro caso, sufrirá quebranto la espontaneidad de la Oficina en su actuación ante cualquier acontecimiento doloroso, por temor a cómo pueda ser juzgada su actuación.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) pregunta si se va a supeditar el reembolso a las circunstancias de que se haya solicitado el auxilio, y si en el caso de que no se solicite la ayuda prestada por la Oficina Sanitaria no será necesario efectuar el reembolso.

¹ Véase primer informe de la Comisión II, pág. 546.

² Véase segundo informe de la Comisión II, pág. 585.

³ Véase primer informe de la Comisión II, pág. 546.

El PRESIDENTE da lectura a la parte dispositiva de la Resolución II del Consejo Directivo, adoptada en su III Reunión, creando el Fondo de Emergencia, que dice así:

(1) Crear el fondo de emergencia tomando de los fondos en efectivo no comprometidos, existentes al terminar el año fiscal de la Oficina Sanitaria Panamericana, el 31 de diciembre de 1949, cincuenta mil dólares (\$50.000) que se separen y coloquen en el fondo de emergencia de la Oficina Sanitaria Panamericana. Dicha cantidad se depositará en dólares en un banco en Washington, D.C. (EUA) y los fondos se administrarán por el Director o su representante debidamente autorizado. La reposición de este fondo se hará mediante reintegros, en ciertos casos de los países que reciban materiales de auxilio, o bien mediante cargos aprobados por el Comité Ejecutivo contra fondos de la Oficina. El Comité Ejecutivo y el Consejo Directivo recibirán los informes relacionados con el uso de dichos fondos.

Añade que en la resolución no se establece nada imperativo sino que simplemente se enuncian las dos posibles formas de efectuar la reposición de fondos.

El Sr. BELTON (Estados Unidos) explica que su delegación propuso el proyecto de resolución devuelto para que la Conferencia pudiera expresar su preferencia por la primera de las dos posibilidades existentes o sea el reembolso de fondos. Con arreglo a la resolución original, no había ni diferencia ni preferencia. La Delegación de los Estados Unidos estimaba que era conveniente indicar que lo preferible era la reposición de fondos por el propio país que recibió la ayuda, pero si la Conferencia estima que no deben hacerse distinciones, la Delegación de Estados Unidos entiende que no hay necesidad de ninguna nueva resolución y que puede continuar perfectamente en vigor la resolución que ahora existe.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) dice que ratifica lo dicho por el Director de la OSP en la sesión plenaria celebrada por la mañana. Hasta ahora la Oficina ha actuado con arreglo a la Resolución II adoptada por el Consejo Directivo en su reunión de 1949 y la experiencia ha indicado que, bajo tales circunstancias, la Oficina ha trabajado relativamente bien. Como regla general, la Oficina ha explorado las posibilidades de que un Gobierno Miembro reembolse la cantidad correspondiente a la ayuda de emergencia que se le ha prestado; y, cuando un país ha indicado que por diversas circunstancias no le era posible realizar el reembolso, la Oficina ha llevado el problema al Comité Ejecutivo, al Consejo Directivo o a la Conferencia. Añade que ha habido casos en que los países han reembolsado la ayuda recibida.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) manifiesta que, cuando la Delegación de los Estados Unidos presentó el proyecto de resolución, la Delegación de la República Dominicana lo interpretó en el sentido de que estaba inspirado en dos propósitos. En primer lugar el de determinar qué se entendía por emergencia. En cuanto a eso se vió que había grandes dificultades, por lo que se decidió eliminar toda definición sobre el particular. Por lo que respecta a lo segundo, es decir, a la preferencia de que los Gobiernos que solicitaran una ayuda la recibieran con la condición de reembolsarla, el pleno de la Conferencia ha modificado el texto aprobado por el Comité llevando prácticamente el texto a una copia de la resolución original mediante la que se creó el Fondo de Emergencia.

En consecuencia, la Delegación de la República Dominicana ve con satisfacción el propósito de la Delegación de los Estados Unidos de retirar su proyecto de resolución, para seguir ateniéndose a la resolución original por la que se creó el Fondo Rotatorio de Emergencia.

El PRESIDENTE dice que dada la situación del asunto lo procedente es retirar totalmente el proyecto de resolución porque ya resulta inoperante y atenerse a lo dispuesto en la Resolución II de la III Reunión del Consejo Directivo, que está vigente, y es suficientemente clara y precisa sobre la materia.

Decisión: Se acuerda por unanimidad comunicar a la Conferencia que la Comisión II ha dispuesto retirar el proyecto de resolución sobre este tema.

Tema 29: Lugar y Fecha de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana

El Sr. BELTON (Estados Unidos) solicita que la discusión de este tema se aplaze hasta la próxima sesión de la Comisión.

Así se acuerda.

Tema 15: Revisión de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana (continuación)

El Dr. CARNAUBA (Brasil), Relator del grupo de trabajo sobre la revisión de la Constitución, da lectura de su informe al que acompaña el Proyecto de Constitución revisada preparado por el referido grupo de trabajo (Documento CSP14/78)¹

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay) dice que en el párrafo 4 del informe del Relator, en la frase "el grupo decidió mantener la denominación actual de la institución, no obstante la moción presentada por el Gobierno de Cuba", las palabras "no obstante" dan la impresión de que Cuba se opuso a que se mantuviera la denominación actual de la Organización, y pide aclaraciones.

El PRESIDENTE explica que, en efecto, Cuba había sugerido un cambio de nombre porque, sobre todo en inglés, la palabra "Sanitary" puede inducir a falsas interpretaciones, ya que se relaciona con los servicios de desinfección, saneamiento, etc., pero que el grupo de trabajo desestimó la moción presentada por el Gobierno de Cuba.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) hace constar que, como miembro del grupo de trabajo, se opuso a que en la Constitución se suprimiera toda mención al Subdirector y al Secretario General y se reserva el derecho de defender la tesis que mantuvo en el grupo de trabajo.

El Dr. SECURA (Argentina) declara que los miembros del grupo de trabajo decidieron no mencionar más que al Director, especificándose a los otros funcionarios principales en el Reglamento del Personal.

El PRESIDENTE advierte a los delegados que la omisión del Subdirector y

¹ Véase pág. 601.

del Secretario General en el articulado de la Constitución implica una modificación radical respecto del texto vigente.

El Dr. HORWITZ (Chile) dice que la Delegación de Chile quería que en el Proyecto de Constitución se mencionase expresamente al Subdirector y al Secretario. Pero los juristas que formaban parte del grupo de trabajo dijeron que en una Constitución no se debían mencionar los funcionarios nombrados a propuesta del Director y sujetos a confirmación del Comité Ejecutivo.

El Dr. SEGURA (Argentina) aclara que, además de la explicación dada por el Delegado de Chile, no se quiso limitar a uno el número de Subdirectores, en previsión de la posibilidad de tener que nombrar dos. Por ello no se quiso mencionar específicamente en la Constitución, considerándose que era mejor que figuraran en el Reglamento del Personal que, en caso necesario, puede ser modificado con mayor facilidad.

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos) dice que en uno de los párrafos del informe del Relator se habla de que se introdujo una modificación en la parte final del Artículo 36 del Proyecto "para que dependiera de previa autorización y confirmación por parte de la Conferencia o del Consejo la firma de acuerdos con otras organizaciones interesadas en salud pública o relacionadas con ella." Pregunta si se pretende obtener autorización previa y confirmación de la Conferencia o del Consejo Directivo para todos los acuerdos que pueda concertar el Director con organizaciones no gubernamentales o con otros organismos internacionales.

El PRESIDENTE resume las manifestaciones de los diversos oradores y las modificaciones a la Constitución que propone el grupo de trabajo e insiste en la necesidad de que se haga mención expresa del Subdirector y del Secretario. Dice que el hecho de que la Organización Mundial de la Salud tenga una estructura distinta en este aspecto, no quiere decir que haya de ser copiada con detalle. Después de todo, la Oficina Sanitaria Panamericana es un organismo con medio siglo de existencia. Debe tender a armonizar sus actividades con las de la OMS, pero no debe renunciar a sus características propias.

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos) pide una aclaración sobre si se está discutiendo el documento en su totalidad o en sus detalles, porque los comentarios que se están haciendo son sobre puntos específicos.

El PRESIDENTE explica que es muy difícil desglosar lo general de lo específico.

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos) manifiesta que, en tal caso, quiere exponer unos puntos de vista, en parte, en nombre del Comité Permanente que preparó el proyecto original de revisión y en parte en representación del grupo de trabajo. Recuerda que en la Constitución vigente se menciona el cargo de Secretario General. Cuando se iniciaron las tareas de revisión constitucional, de conformidad con la resolución adoptada en Ciudad Trujillo, se estudió ese artículo y se llegó a la conclusión de que lo mejor sería omitir en la Constitución toda referencia a los funcionarios sujetos a confirmación por el Comité Ejecutivo y mencionar solamente al Director. Una de las razones, que indujeron al Comité a esa supresión, es la confusión que plantea el uso del título de "Secretario General" en una organización que cuenta también con un Director. El

título de Secretario General se usa en otras dos organizaciones para designar al más alto funcionario administrativo, que actúa como Secretario en todas las reuniones, función que por lo general delega en otro miembro de la Secretaría. Otra de las razones que tuvo el Comité para efectuar un cambio en la organización de la Secretaría fué la de dotarla de mayor flexibilidad. Se señaló que tal vez en el futuro el Director no sea un oficial médico o de salud pública y que, por consiguiente, sería conveniente que sus principales ayudantes fueran médicos. También se estimó conveniente que tuviera la facultad de escoger sus principales ayudantes, teniendo en cuenta las necesidades de la Organización y, por lo tanto, en el Proyecto de revisión que el Comité distribuyó en 1952 se proponía la mención del Director y la facultad de éste de nombrar su personal de acuerdo con el Reglamento del Personal y que además el Director actuara como Secretario en todas las reuniones, función que podría delegar. En las observaciones formuladas por diversos gobiernos a dicho texto, ningún país surgió un cambio a dicha propuesta del Comité. Sin embargo, el Comité por iniciativa propia modificó el texto con el objeto de hacer mención al Subdirector y al Secretario General. Posteriormente uno de los gobiernos hizo la misma sugestión. Esta modificación fué notificada al Consejo Directivo en sus reunión de 1953 y tampoco se formularon observaciones en uno u otro sentido. El orador quiere indicar con ello que esta modificación propuesta ahora por el grupo de trabajo no fué originada en él, sino que ya el Comité se había ocupado de esa cuestión. Añade que el grupo de trabajo no estaba compuesto por juristas y oficiales médicos sino por representantes de varios Países Miembros. Añade que él propuso en el seno del grupo de trabajo la modificación que ahora se está discutiendo. La norma que se establece es la práctica seguida en la mayoría de las constituciones.

Sigue un breve debate sobre los distintos párrafos del informe del Relator del grupo de trabajo, en el que intervienen el Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana), Dr. KRALY (Argentina), Dr. HORWITZ (Chile) y el Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay).

El Dr. FAJARDO (Guatemala) señala que el Gobierno de Guatemala formuló con fecha 2 de marzo de 1953 varias reservas al Proyecto de revisión de la Constitución, que figuran en el Documento CPRC/17, Addendum I,¹ y desea ratificar en esta ocasión los conceptos expuestos en dicha comunicación.

El Sr. CARRAUD (Francia) señala, con referencia al Artículo 3 del Proyecto de revisión de la Constitución preparada por el grupo de trabajo que los departamentos franceses de Martinica, Guadalupe y Guayana no pueden ser considerados como territorios que no tengan a su cargo la dirección de sus relaciones internacionales a los efectos de dicho artículo, por cuanto que en virtud de la Constitución francesa de 1946, dichos departamentos forman parte de la República, en iguales condiciones que los de la Francia metropolitana y, por lo tanto son responsables de sus propios asuntos. Sugiere que en dicho artículo se introduzca una aclaración específica en dicho sentido.

El Dr. SEGURA (Argentina) considera que las manifestaciones del Delegado

¹ Documentos de la Comisión Permanente de Revisión de la Constitución.

de Francia constituyen una argumentación política discutible, y que no procede hacer referencia alguna en la Constitución al punto señalado por dicho delegado.

El PRESIDENTE manifiesta que para el buen orden del debate, será mejor proceder a la discusión del Proyecto de revisión preparado por el grupo de trabajo, artículo por artículo.

Así se acuerda.

El PRESIDENTE da lectura a los Artículos 1 y 2 del citado Proyecto de revisión.

Decisión: Por unanimidad se aprueben los Artículos 1 y 2.

El PRESIDENTE lee el Artículo 3 y señala que el texto del grupo de trabajo repite el texto del Comité Permanente. Sobre dicho texto han presentado reservas terminantes la Argentina, México y Guatemala. A ellas se han unido las manifestaciones hechas por el Delegado de Francia al discutir la totalidad del Proyecto.

El Dr. HORWITZ (Chile) dice que la Delegación de Chile no encuentra diferencia de fondo entre el párrafo B del Artículo 2 de la Constitución vigente y el Artículo 3 del documento preparado por el grupo de trabajo. Si la Comisión se resolviera por aceptar el artículo de la Constitución vigente la Delegación de Chile no tendría ningún inconveniente en ello.

El PRESIDENTE explica que la Delegación de la Argentina en su voto particular expresa que se opone a cualquier texto por ser radicalmente opuesta al principio que entraña el artículo. Así pues, no se trata de una discusión entre uno y otro texto, sino de una verdadera cuestión de fondo.

El Dr. KRALY (Argentina) dice que su delegación, además de la reserva absoluta a que se conceda derecho de voto a territorios o grupos de territorios que no se gobiernan por sí mismos, ha hecho otra observación simultánea en cuanto a la terminología utilizada. En vez de naturaleza y alcance de la representación, la Delegación Argentina dijo que se debía hablar de la "naturaleza y extensión de los derechos y obligaciones", como lo establece la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en el Artículo 47. Eso no implicaba, de ninguna manera, la aceptación del artículo vigente de la Constitución; lo único que se acepta es esa expresión.

El Dr. CARNAUBA (Relator del grupo de trabajo, Brasil) dice que la propuesta de la Argentina sobre terminología se hizo en el grupo de trabajo antes de que éste se pronunciara sobre la moción del Dr. Zozaya, que fué apoyada por la Delegación de la Argentina. Por eso el texto del informe del grupo de trabajo contiene la omisión que ahora se trasluce de las manifestaciones del Dr. Kraly, ya que el Relator estima que si a lo que la Argentina se oponía era al derecho de voto ya no podía importarle más la redacción que tuviera el Artículo 3.

Decisión: Por mayoría de votos se aprueba el Artículo 3.

El PRESIDENTE da lectura a los Artículos 4, 5 y 6 del Proyecto de revisión.

Decisión: Por unanimidad se aprueban los Artículos 4, 5 y 6.

El PRESIDENTE da lectura al Artículo 7.

El Dr. SECURA (Argentina) dice que algunos países tropiezan con dificultades internas para enviar representantes a las reuniones del Consejo Directivo. Tal vez convendría que la Oficina cubriera los gastos de viaje de un delegado para asistir a las reuniones del Consejo Directivo, como se hace en el caso del Comité Ejecutivo y en la Organización Mundial de la Salud. De ese modo sería más fácil asegurar la concurrencia de las representaciones.

El Dr. HORWITZ (Chile) se suma a la propuesta de la Delegación de la Argentina.

El Sr. OLIVERO (Guatemala) ruega al Director de la Oficina que informe sobre las posibilidades de poner en práctica la sugerencia de la Delegación de la Argentina.

El Dr. SOPER (Director, OSP) manifiesta que ha habido casos en que un país no ha enviado representantes a reuniones del Comité Ejecutivo aunque se les pagara el viaje. No siempre se trata de una cuestión de fondos. Se debe recordar que el problema de pagar los gastos a las reuniones de los Comités Regionales de la Organización Mundial de la Salud es un problema que fué debatido en la Asamblea hace dos o tres años. Después fué referido a los Comités Regionales y tras recoger las opiniones de éstos la Asamblea, en 1954, ha votado en contra del reembolso, por parte de la Organización Mundial de la Salud, de los gastos de viaje de los representantes en los Comités Regionales. Se debe citar que en la Constitución actual hay un artículo que establece que los países deben pagar los gastos de sus representantes. De manera que la proposición hecha implica una modificación de la Constitución vigente.

El Dr. RUESTA (Venezuela) estima que la mayor parte de los fondos deben reservarse a las actividades técnicas de la Oficina y que los países que envían representantes deben pagar los gastos de éstos.

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos) comparte el criterio expresado por el Delegado de Venezuela en cuanto al empleo de fondos para los programas. Pero al mismo tiempo conoce los puntos de vista de varias delegaciones, en lo que se refiere a esta cuestión. Lo que duda es que el momento actual sea el indicado para adoptar una resolución sobre el particular. La Delegación de los Estados Unidos llegó a la Conferencia sabiendo lo ocurrido en la Asamblea Mundial de la Salud, el año pasado, respecto al pago por la OMS de los gastos de viaje de un representante a las reuniones del Comité Regional; pero la cuestión del pago por la Organización Sanitaria Panamericana no figuraba expresamente en ninguno de los temas del programa, si bien es cierto que se trata de un asunto planteado por algunas delegaciones con motivo de la revisión de la Constitución. Sin embargo, es muy probable que las delegaciones no tengan instrucciones sobre esta materia y no estén en condiciones de contraer compromisos. La proposición hecha representaría gastos, y sería interesante saber, por ejemplo, a cuanto ascenderían éstos, tanto en lo que respecta a las reuniones que se celebrasen en Washington como a las que tuvieran lugar fuera de la sede. Por ello convendría que el Representante de la Argentina aceptase que este asunto se aplazara hasta la

próxima reunión del Consejo Directivo, a fin de que se puedan reunir los correspondientes datos informativos y de que las delegaciones puedan consultar con sus respectivos Gobiernos, sobre todo en vista de la decisión a que ha llegado la Organización Mundial de la Salud en los que respecta al pago de gastos a las reuniones del Comité Regional.

El Dr. SEGURA (Argentina) acepta el aplazamiento del estudio del pago de viajes.

Decisión: Por unanimidad se aprueba el Artículo 7.

El PRESIDENTE procede a dar lectura a los Artículos 8, 9 y 10 del Proyecto de revisión.

Decisión: Por unanimidad se aprueban los Artículos 8, 9 y 10.

El PRESIDENTE da lectura al Artículo 11 y llama la atención sobre la diferencia que existe entre el proyecto que se discute y el del Comité Permanente. Este adjudicó la función al Comité Ejecutivo y ahora se le asigna al Consejo Directivo, al decir que “el Director, en consulta con los Miembros del Consejo Directivo, fijará el lugar y la fecha de las reuniones extraordinarias”.

Por indicación del Dr. CARNAUBA (Relator, Brasil) se rectifica el texto del Artículo 11 en la frase que dice “en consulta con los Miembros del Consejo Directivo”, substituyéndola por “en consulta con los Miembros del Comité Ejecutivo”.

El Dr. LAZARTE (Perú) pide que la expresión “por regla general” se sustituya por la palabra “preferentemente”.

Decisión: Por unanimidad se aprueba el Artículo 11, con las enmiendas propuestas por los Delegados del Brasil y Perú.

El PRESIDENTE da lectura a los Artículos 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 y 24.

Decisión: Por unanimidad se aprueban los Artículos 12 al 24 inclusivos, de que se acaba de dar lectura.

El PRESIDENTE da lectura al Artículo 25.

El Dr. SOPER (Director, OSP) indica que en el Artículo 25 debiera hacerse mención expresa a la determinación del programa de temas, y propone que la última parte del Artículo quede redactada así: “. . . fijará el lugar, la fecha y el programa de temas de las reuniones extraordinarias”.

El PRESIDENTE indica que las reuniones extraordinarias habrán de tener una finalidad específica, por lo que no cree necesario introducir la aclaración sugerida por el Director.

Decisión: Se aprueba el Artículo 25 con la redacción propuesta por el grupo de trabajo.

El PRESIDENTE da lectura a los Artículos 26, 27 y 28.

Decisión: Por unanimidad se aprueban los Artículos 26, 27 y 28.

El PRESIDENTE da lectura al Artículo 29.

El Dr. SOPER (Director, OSP) dice que en los años en que no se reúne la Conferencia es el Consejo el que ha de elegir los Estados Miembros del Comité Ejecutivo. Por lo tanto, en el artículo hay una omisión importante.

El PRESIDENTE anuncia que se añadirá un inciso (c) al Artículo 29, en el sentido de que los años en que no haya Conferencia corresponderá al Consejo Directivo elegir los Miembros del Comité Ejecutivo.

Decisión: Por unanimidad se aprueba el Artículo 29, con la adición del inciso (c) anunciado por el Presidente.

El PRESIDENTE procede a dar lectura al Artículo 30.

El Dr. LAZARTE (Perú) propone que en el segundo párrafo se substituya la palabra "ir" por "asistir".

Recogiendo una indicación del Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) el PRESIDENTE sugiere que se suprima la frase "para que actúen en su nombre", que figura en el primer párrafo.

Decisión: Por unanimidad se aprueba el Artículo 30, con la enmienda sugerida por el Delegado del Perú.

El PRESIDENTE da lectura a los Artículos 31, 32, 33, 34 y 35.

El Dr. HORWITZ (Chile) propone que en el Artículo 33 se supriman las palabras "Sanitaria Panamericana".

Decisión: Por unanimidad se aprueban los Artículos 31, 32, 33, 34 y 35, con la supresión sugerida por el Delegado de Chile.

El PRESIDENTE da lectura al Artículo 36.

El Dr. SOPER (Director, OSP) dice que, como Director en los últimos ocho años, cree que hay un grave inconveniente en este artículo. Declara que, en el citado período, han sido muy escasas las ocasiones en que ha sufrido intromisiones de Gobiernos en cuanto a los nombramientos de personal, y quiere aprovechar esta oportunidad para agradecer a los Gobiernos la casi absoluta independencia en que le han permitido desenvolverse. Ha habido alguna excepción, pero desiste de hablar de ella en este momento. Habla objetivamente en cuanto al futuro de la Organización, un futuro de muchos años. Hay que dejar al Director con plenas atribuciones para elegir su personal, pues así lo hacen indispensable las especiales circunstancias en que realiza su gestión, teniendo que desplazarse frecuentemente de la sede para atender a los intereses de la Oficina. Uno de los factores importantes es el de establecer gestiones con las personas que han de ocupar los puestos. Algunas vacantes permanecen sin cubrir durante largo tiempo, lo cual refleja cuán difícil es a veces encontrar la persona adecuada y las dificultades con que ésta puede tropezar para aceptar el cargo. Si el Director no puede hacer gestiones sobre bases firmes, no está en condiciones de elegir los mejores candidatos.

El PRESIDENTE pregunta cuál es el inciso que del artículo en consideración crea dificultades.

El Dr. SOPER (Director, OSP) responde que todo depende de la interpreta-

ción que se dé al inciso (g). Si se entiende en el sentido de que el Director ha de conseguir la aprobación previa del Comité Ejecutivo, eso puede a veces representar una demora de un año. Recuerda el caso del Dr. Candau, en el que se formularon críticas por su nombramiento como Subdirector antes de que fuera aprobado por el Comité Ejecutivo, pero las circunstancias de su designación fueron tales que no cabía esperar a la reunión del Comité Ejecutivo. Era absolutamente necesario que su transferencia de la Organización Mundial de la Salud a la Oficina se realizara en la forma en que se hizo. Sin embargo, el representante de un país dejó de votar el nombramiento del Dr. Candau como Subdirector de la Oficina, no como crítica al Dr. Candau, sino como crítica al Director de la Oficina por la forma en que se había hecho el nombramiento.

El Dr. HORWITZ (Chile) manifiesta que buena parte de las consideraciones del Director se refieren a las opiniones vertidas por la Delegación de Chile en el seno del grupo de trabajo y a actitudes mantenidas anteriormente por dicha delegación. Añade que no se trata de personas, sino de funciones. La Delegación de Chile habla sólo con vistas a legislar con la mayor eficacia posible. Opina el orador que la designación de los funcionarios de más alta categoría debe hacerse con la aprobación del Comité Ejecutivo, a cuyos miembros podría consultar el Director telegráficamente. Esto sería una garantía y una tranquilidad para el Director.

Decisión: Por unanimidad se aprueba el Artículo 36, con la redacción propuesta por el grupo de trabajo.

El PRESIDENTE da lectura al Artículo 37.

Decisión: Por unanimidad se aprueba el Artículo 37.

El PRESIDENTE procede a dar lectura al Artículo 38.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) pide que se mencionen en este artículo de la Constitución el cargo de Subdirector y el de Secretario General. El hecho de que esos cargos no existan en la Organización Mundial de la Salud no quiere decir que no deban existir en la OSPA, que es una organización mucho más antigua.

El PRESIDENTE pregunta a los delegados si están conformes con que se mencionen en el artículo los cargos de Subdirector y de Secretario General.

El Dr. HORWITZ (Chile) dice que si se tomara tal acuerdo no se vería la necesidad de la reforma constitucional. No obstante, se suma a lo dicho por el Delegado de la República Dominicana.

El Sr. OLIVERO (Guatemala) comenta que en toda constitución se habla de los casos de ausencia y debiera añadirse al proyecto alguna mención a quién substituye al Director durante sus ausencias.

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay) pregunta qué ocurriría en caso de ausencia obligada del Director.

El PRESIDENTE responde que actuaría el Subdirector.

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay) señala que, en tal caso, debería mencionarse este cargo en la Constitución.

El Dr. SOPER (Director, OSP) explica que en los casos de ausencia hay dos posibilidades. La enfermedad o las vacaciones, en que el Director se aparta completamente del trabajo y las demás ocasiones en que se ha de desplazar de Washington por razones del servicio. Cuando esto ocurre, el Director mantiene contacto con Washington por cable o por otros medios de comunicación, no perdiendo por ello su carácter de Director ni cesa temporalmente en las responsabilidades que le incumben.

El Dr. SEGURA (Argentina) propone que, en vista de lo avanzado de la hora y de la imposibilidad de terminar el examen y aprobación de todo el articulado, se suspenda la sesión.

Así se acuerda.

Se levanta la sesión a las 19 h. 10 m.

SEPTIMA SESION

Martes, 19 de octubre de 1954, a las 15 h. 30 m.

Presidente: Dr. FÉLIX HURTADO (Cuba)

El PRESIDENTE declara abierta la sesión e invita al Secretario a que dé cuenta del número de delegaciones que se encuentran presentes.

El SECRETARIO informa de que hay 12 delegaciones presentes y en vista de que se ha reunido el quórum requerido por el Artículo 17 del Reglamento Interno de la Conferencia se pone en discusión el primer tema del orden del día.

Tema 29: Lugar y Fecha de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana (continuación)

El Dr. PONS (Estados Unidos) dice que el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, en nombre del Gobierno de los Estados Unidos, se complace en invitar a la Organización Sanitaria Panamericana para que su XV Conferencia se reúna en San Juan de Puerto Rico.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) manifiesta su satisfacción por el ofrecimiento y dice que su país tenía el propósito de ofrecerse como sede de la próxima Conferencia. Pero su delegación se abstiene de hacer tal ofrecimiento porque apoya resueltamente la proposición del Delegado de los Estados Unidos.

El Dr. SEGURA (Argentina) expresa la satisfacción que le ha producido el ofrecimiento porque le deparará nueva oportunidad de volver a visitar un país del que conserva muy gratos recuerdos desde el año 1950.

El Dr. HORWITZ (Chile) se asocia con profundo agrado a la propuesta de la Delegación de los Estados Unidos y pide que se le aclare el alcance del documento preparado para la resolución sobre este tema,¹ concretamente, la interpretación

¹ Documento CSP14/23, no publicado.

dada al Artículo 7, párrafo A de la Constitución, en la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Ciudad Trujillo. Existe la impresión de que se ha dejado para el Consejo Directivo que precede a la celebración de la Conferencia la resolución definitiva del lugar en que ésta haya de celebrarse.

El PRESIDENTE explica que, con arreglo a la Constitución vigente, corresponde a la Conferencia la designación del lugar. Sólo en casos excepcionales puede ésta delegar tal función en el Consejo Directivo, como lo hizo en Ciudad Trujillo. Pero esta vez no hay razones que aconsejen tal delegación. La Comisión cuenta con un ofrecimiento formulado por la Delegación de los Estados Unidos, que es un Estado Miembro de la Organización. El Gobierno de los Estados Unidos ofrece como sede para la próxima Conferencia una dependencia, Puerto Rico, nacido a la luz internacional hace poco tiempo con motivo de una ley, aprobada por el Congreso norteamericano, otorgándole el rango de Estado Libre Asociado. Esto permite a Puerto Rico administrar sus asuntos internos, y lo único que le falta es capacidad para disfrutar de representación diplomática. La sede que se ofrece en este caso constituye un eslabón muy estimable entre los países de América Latina y los Estados Unidos, que, hasta ahora, no han sido sede de la Conferencia. En consecuencia, en la ocasión actual procede que se acepte el ofrecimiento formulado, y esa aceptación debe hacerse con el mayor agrado, primero, porque procede de los Estados Unidos, uno de los Países Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana, y segunda, porque para la Conferencia se señala una ciudad que todos sienten vivos deseos de visitar y donde todos los delegados pueden estar seguros de sentirse como en su propio país. Añade el Presidente que, a su juicio, el proyecto de resolución a que se ha referido el Delegado de Chile no es aplicable y debe ser substituído por otro en el que se acepte por unanimidad y con complacencia la oferta de la Delegación de los Estados Unidos de América, proponiendo que la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana se celebre en la ciudad de San Juan de Puerto Rico.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) pregunta al Dr. Pons si ve algún inconveniente en que después del nombre de San Juan de Puerto Rico se haga constar "capital del Estado Libre Asociado".

El Dr. PONS (Estados Unidos) responde que no hay ningún inconveniente.

El PRESIDENTE explica que, en realidad, no puede haber ningún inconveniente puesto que legalmente se llama así.

El Dr. PONS (Estados Unidos) agradece las expresiones de afecto a Puerto Rico formuladas por los Delegados de Costa Rica, Argentina, Chile y el propio Presidente. Añade que cuanto éste ha dicho es casi exacto; sin embargo, ha afirmado que Puerto Rico es una "dependencia", y eso no es así. En definitiva, en Puerto Rico harán los mayores esfuerzos para que la estancia resulte grata a todos cuantos intervengan en la Conferencia, y para que los trabajos de ésta sean fructíferos.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) pide que conste en acta que su delegación acepta muy complacida el ofrecimiento hecho por el Dr. Pons.

El Dr. PONS (Estados Unidos) da las gracias al Delegado de la República

Dominicana e insiste en que al formular su invitación lo ha hecho en nombre de los Estados Unidos.

El PRESIDENTE propone finalmente que se acepte por unanimidad el ofrecimiento formulado. En cuanto a la fecha de la celebración habrá de determinarse posteriormente, ultimándose los detalles mediante negociaciones entre la Oficina y el país huésped de la Conferencia.

Decisión: Se acuerda por unanimidad recomendar a la Conferencia que exprese su agradecimiento al Gobierno de los Estados Unidos de América y acepte su invitación de que la XV Conferencia Sanitaria Panamericana se celebre en la ciudad de San Juan, capital del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.¹

Tema 15: Revisión de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana (continuación)

El PRESIDENTE, al reanudar el debate sobre el informe del Relator del grupo de trabajo sobre revisión constitucional (Documento CSP14/78)² dice que en la sesión anterior de la Comisión se suspendieron las deliberaciones cuando la Comisión estaba considerando el texto del Artículo 38 del Proyecto de Revisión de la Constitución preparado por el grupo de trabajo. Propuso que se insertara una mención expresa a los cargos de Subdirector y de Secretario General.

El Dr. SEGURA (Argentina) dice que el asunto ha sido suficientemente discutido y se debe someter a votación.

El PRESIDENTE dice que lo que se debe precisar es si la mención del Subdirector y del Secretario ha de hacerse en el único párrafo que actualmente tiene el artículo, o si se debe añadir un nuevo párrafo.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) estima que, para que la propuesta de mención sea más completa, conviene añadir un párrafo, como el que existe en la Constitución actual, en el que se definen las funciones del Subdirector.

El PRESIDENTE somete la decisión a votación nominal.

Se procede a votación nominal.

Votos a favor de la inclusión de la mención: República Dominicana, Uruguay, Chile, Cuba, Guatemala y Paraguay. Votos en contra: Argentina y Brasil. Abstenciones: Estados Unidos, Francia y Reino Unido.

Decisión: Por seis a favor, dos en contra y tres abstenciones se aprueba incluir en el Artículo 38 la mención de los cargos de Subdirector y Secretario General. En consecuencia, quedará redactado en la siguiente forma: "La Oficina tendrá un Director, un Subdirector y un Secretario General, así como el personal técnico y administrativo que requiera".

El Dr. FITZMAURICE (Reino Unido) manifiesta que, de acuerdo con las disposiciones vigentes, su delegación no puede intervenir en votaciones sobre asuntos

¹ Véase tercer informe de la Comisión II, pág. 591.

² Véase pág. 601.

constitucionales, como la que se está llevando a cabo. En consecuencia, se ha abstenido de votar.

El Dr. SEGURA (Argentina) pide que conste en acta que, a su juicio, por tratarse de un asunto constitucional como es esta revisión no debieran haber votado los delegados que participan en la Conferencia en nombre de los territorios.

El PRESIDENTE responde que, en definitiva, los países a que se refiere la Delegación de Argentina se han abstenido en la votación.

El Sr. BELTON (Estados Unidos) manifiesta que es justo hacer constar que la Delegación del Reino Unido se ha abstenido, por su propia iniciativa, declarando que, de conformidad con las disposiciones vigentes, no se considera con derecho a votar.

El Dr. HYRONIMUS (Francia) pide que conste en acta que su delegación se ha abstenido de votar por razones idénticas a las del Reino Unido.

El PRESIDENTE da lectura al Artículo 39.

Decisión: Por unanimidad queda aprobado el Artículo 39.

El PRESIDENTE procede a dar lectura al Artículo 40.

El Dr. HORWITZ (Chile) dice que es impropio hacer referencia a la Conferencia en el Capítulo VII que se refiere a la Oficina Sanitaria Panamericana. La materia que en este artículo se trata debiera figurar en el inciso (d) del Artículo 18, puesto que pertenece al Capítulo IV relativo a la Conferencia.

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos) manifiesta que el Artículo 30 del texto que propuso el Comité Permanente contiene la primera parte de lo que ahora ha pasado a ser el Artículo 40 con una adición que, al parecer, debe hacerse en vista de la decisión adoptada acerca del Artículo 38. Por ello se debiera retener el Artículo 40, cuyo contenido es un tanto diferente del Artículo 38. Propone que se reinserten, como adición al Artículo 40, las siguientes palabras: "En caso de renuncia, incapacidad o muerte del Director, el Subdirector actuará como Director *ad interim* hasta la Conferencia siguiente". Cree que este es el lugar donde realmente debe efectuarse esa inserción, y en él es donde se hallaba en el texto que propuso el Comité permanente.

El PRESIDENTE estima que el artículo debe ser enmendado recogiendo las sugerencias de los Delegados de Chile y Estados Unidos.

El Dr. HORWITZ (Chile) señala que se podría dar el caso de que resultara excesivamente largo el período en que el Subdirector actuara como Director *ad interim*, si se deja el nombramiento definitivo hasta la próxima Conferencia.

El PRESIDENTE responde que el nombramiento de Director es una función exclusiva de la Conferencia que, de ninguna manera, podría recaer en el Consejo Directivo.

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay) dice que cabe una fórmula transaccional entre el texto de las disposiciones vigentes y el riesgo que se entrevé en las observaciones del Delegado de Chile relativas a la posibilidad de una substitución

por un plazo excesivamente largo. Esta fórmula transaccional sería la convocatoria de una Conferencia extraordinaria en los casos en que el Director cesase definitivamente, por una u otra causa, en el desempeño del cargo durante el período para el que hubiera sido elegido.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) propone que se haga la aclaración de que la sustitución será solamente hasta la próxima reunión de la Conferencia.

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay) se muestra de acuerdo con la fórmula "hasta la próxima reunión de la Conferencia", ya que en ella queden implícitas tanto las Conferencias ordinarias como las extraordinarias.

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos) dice que no quiere prolongar la discusión y que le parece bien la sugestión del Delegado de la República Dominicana. Pero hay otra solución posible y es la de que la Comisión vuelva a estudiar el artículo referente a la delegación de atribuciones, es decir el 19, y suprima de él el inciso (b) que excluye la elección del Director de las funciones que la Conferencia puede delegar. En todo caso parece necesario considerar de nuevo el Artículo 36 a la luz de la decisión que se acaba de adoptar respecto al Artículo 38. El propósito del inciso (g) del Artículo 36 era autorizar al Comité Ejecutivo para que apruebe el nombramiento del Subdirector y funcionarios de más categoría. Se habló en el Artículo 36 de "los funcionarios de más categoría", porque se decidió omitir la mención directa de los cargos. Pero como ahora se ha acordado hacer tal mención en el Artículo 38 parece lógico que se enmiende el inciso (g) del Artículo 36 en forma que diga "aprobar el nombramiento del Subdirector y del Secretario General, a propuesta del Director, tal como están definidos en el Estatuto del Personal." Y si se enmienda el Artículo 36 se podría enmendar también el 19, para que el Consejo Directivo, en los casos de dimisión, incapacidad o fallecimiento del Director, pudiera elegir un Director, caso en el que el Subdirector actuaría como Director hasta la siguiente reunión del Consejo Directivo.

El Dr. CARNAUBA (Relator, Brasil) explica que, cuando se estudió en el grupo de trabajo la modificación del artículo que trata del nombramiento del Subdirector y del Secretario General, se tuvo en cuenta que la supresión debía determinar necesariamente modificaciones en todos los artículos en que figurasen menciones a tales funcionarios. Por eso son muy procedentes las observaciones del Sr. Calderwood que dice que el inciso (g) del Artículo 36 debe ser cambiado para citar específicamente al Subdirector y al Secretario General. Como la expresión "funcionarios de más categoría" no tiene más razón de ser que evitar la mención expresa de los referidos cargos, no hay por qué mantenerla después de haber decidido hacer tal mención.

El PRESIDENTE manifiesta que el inciso (g) está ya aprobado y que no plantea ningún problema de incompatibilidad. Persistir en tratar de él sería retrotraer el debate a una fase ya pasada, cosa que es inadmisibile. En cuanto al Artículo 40 lo que hay que hacer es eliminar un defecto suprimiendo de él la parte que dice "la Conferencia elegirá al Director por una mayoría de dos tercios de las delegaciones presentes y votantes", puesto que, como ya se ha dicho, no encaja

bien dentro del Capítulo VII referente a la Oficina Sanitaria Panamericana, parte que debe añadirse al Artículo 18.

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos) pregunta al Presidente si lo que propone es mantener el Artículo 38 tal y como ha sido aprobado y enmendar el Artículo 40 añadiéndole una segunda parte que diga: "En caso de renuncia, incapacidad o muerte del Director, el Subdirector, asumirá sus obligaciones hasta la Conferencia siguiente."

El PRESIDENTE responde afirmativamente.

Decisión: Por unanimidad se aprueba el Artículo 40 con las enmiendas que han sido propuestas, quedando definitivamente redactado en los siguientes términos: "El Director prestará servicio por un período de cuatro años. En caso de renuncia, incapacidad o muerte del Director, el Subdirector actuará como Director *ad interim* hasta la Conferencia siguiente."

También se acuerda por unanimidad, aceptando las sugerencias formuladas en el curso del debate sobre este artículo, dar la siguiente redacción definitiva al inciso (d) del Artículo 18, discutido anteriormente: "Asimismo la Conferencia:(d) Elegirá al Director por una mayoría de dos tercios de las delegaciones presentes y votantes".

El PRESIDENTE da lectura a los Artículos 41 y 42.

Decisión: Por unanimidad se aprueban los Artículos 41 y 42.

El PRESIDENTE da lectura al Artículo 43 y declara que le parece innecesario, tras la modificación introducida al Artículo 38, ya que se hace constar la existencia del cargo de Secretario General.

Decisión: Por unanimidad se acuerda eliminar el Artículo 43 del Proyecto de revisión preparado por el grupo de trabajo.

El PRESIDENTE da lectura a los Artículos 44 y 45.

Decisión: Por unanimidad se aprueban los Artículos 44 y 45 del Proyecto de revisión en la forma propuesta por el grupo de trabajo.

El PRESIDENTE procede a dar lectura al Artículo 46.

El Dr. KRALY (Argentina) propone que la expresión "con otras organizaciones interesadas en la salud pública o relacionadas con ella", se substituya por "con otros organismos interesados dentro del campo de acción de la Oficina Sanitaria Panamericana".

El PRESIDENTE responde que el texto propuesto por el Dr. Kraly tiene mejor estilo, pero restringe el campo de actividades. Cita en apoyo de ello el caso en que pueda ser necesario concertar acuerdos con organismos económicos que estén fuera de la esfera sanitaria.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) y el Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos) prefieren la redacción del artículo propuesta por el grupo de trabajo.

El PRESIDENTE dice que lo que debiera modificarse es la frase "el Director podrá concertar" ya que el Director no concierta acuerdos sino que actúa mera-

mente como signatario. Por ello estima que el artículo debiera decir "El Director suscribirá, en nombre de la Conferencia y del Consejo los acuerdos, etc."

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos) comenta que en el Artículo 39, ya aprobado, se dice que "el Director será el principal funcionario técnico y administrativo de la Organización y tendrá la representación legal de la misma". Es decir, que, mediante la aprobación de tal artículo, la Organización autorizaría ya al Director para actuar en su representación en tales casos.

El PRESIDENTE responde que el hecho de ser representante legal no extiende la capacidad al individuo. Hay que distinguir entre la representación y la capacidad jurídica. El presidente de una compañía, por ejemplo, no puede *per se* contraer obligaciones. Quien ha de autorizarlo para ello es el consejo de administración.

El Dr. CARNAUBA (Relator, Brasil) sugiere que la iniciación de las gestiones, por parte del Director, no esté sujeta a la previa autorización y confirmación del Comité Ejecutivo.

El PRESIDENTE insiste en sus manifestaciones anteriores.

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos) aclare que no se trata en modo alguno de que el Director pueda actuar independientemente de los otros órganos o de los puntos de vista expresados por los mismos. Pero quiere precisar que hay casos en que el Director tenga que establecer arreglos con una organización que proporcione suministros o equipo para un proyecto determinado, en que no pudiera ser oportuno obtener la autorización previa. Recuerda que ya se ha aprobado una resolución fijando las normas generales para establecer y mantener relaciones con otras organizaciones, normas que podrían tener aplicación en tales casos, y por ello propone que se mantenga la última parte del texto en discusión, entendiéndose que la previa autorización al Director en tales casos podría concederse en términos generales mediante una resolución.

El Dr. KRALY (Argentina) se muestra de acuerdo con la Delegación de los Estados Unidos en cuanto a que el Director es el representante de la Oficina. Añade que la expresión "relacionadas con la salud pública" no agrega realmente nada y opina que lo mejor sería eliminarla por completo.

El Sr. BELTON (Estados Unidos) dice que en el artículo bastaría con hablar de "otras organizaciones", sin tratar de calificarlas.

Decisión: Por unanimidad se aprueba el Artículo 46 con la enmienda propuesta por la Delegación de los Estados Unidos, por lo que queda redactado en la siguiente forma: "El Director podrá concertar con otras organizaciones los acuerdos de carácter consultivo y cooperativo que estime pertinentes, previa autorización y confirmación por parte de la Conferencia o del Consejo."

El PRESIDENTE da lectura a los Artículos 47 y 48.

Decisión: Por unanimidad se aprueban los Artículos 47 y 48 del Proyecto revisado.

El PRESIDENTE da lectura al Artículo 49.

El Dr. HORWITZ (Chile) propone que la expresión "Unión Panamericana" se sustituya por "Organización de los Estados Americanos".

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos) dice que no está seguro de que pueda hacerse tal cosa si no se altera el texto del Código Sanitario Panamericano. Expresa la opinión de que es preciso atenerse a la terminología del Código.

El PRESIDENTE responde que el nombre de "Unión Panamericana" ha sido substituído oficialmente por el de "Organización de los Estados Americanos", y ésta es la expresión que debe utilizarse.

El Sr. BELTON (Estados Unidos) pide la venia de la Presidencia para dar lectura al Artículo 32, Capítulo IX de la Carta de Bogotá. En dicho Artículo se dice que "la Organización de los Estados Americanos realiza sus fines por medio(d) la Unión Panamericana". Comenta que por lo tanto, no se puede dar por inexistente a la Unión Panamericana, que es el órgano central y permanente de la Organización de los Estados Americanos.

Decisión: Por unanimidad se aprueba el Artículo 49, en la forma propuesta por el grupo de trabajo.

El PRESIDENTE da lectura al Artículo 50.

Decisión: Por unanimidad queda aprobado el Artículo 50 del Proyecto revisado de Constitución.

El PRESIDENTE procede a dar lectura al Artículo 51.

El Dr. KRALY (Argentina) dice que se opone tanto a la letra como al espíritu de ese artículo.

Decisión: Se aprueba el Artículo 51 del proyecto revisado de Constitución, con el voto de la Delegación de la Argentina en contra.

El PRESIDENTE da lectura al Artículo 52.

Decisión: Por unanimidad se aprueba el Artículo 52 del proyecto revisado de Constitución.

El PRESIDENTE procede a dar lectura al Artículo 53 y hace observar que en él hay una transgresión, una facultad de la Conferencia que se le ha atribuído al Consejo Directivo. Solamente la Conferencia tiene facultades para revisar la Constitución.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) señala que el Código Sanitario Panamericano no prevé la forma de enmendarlo. La Constitución es un reglamento interno en relación con el Código Sanitario. Por ello no considera lógico que se prevea lo que no prevé el propio instrumento de derecho jurídico internacional, como es el Código.

El PRESIDENTE manifiesta que en el Protocolo Anexo al Código Sanitario Panamericano, aprobado en La Habana en 1952, se prevé que el Código será enmendado de acuerdo con la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana. Insiste en que se suprima la expresión "o el Consejo".

El Sr. CALDERWOOD (Estados Unidos) recuerda que su Gobierno consideró que no era necesario el Protocolo Anexo. Sin embargo, entonces se siguió el

procedimiento establecido en la actual Constitución y el Consejo Directivo tomó la decisión de aprobar el Protocolo antes de que fuera enviado a los Gobiernos para su consideración.

El Dr. SEGURA (Argentina) dice que el Consejo Directivo introdujo modificaciones a la Constitución en relación a los derechos de los territorios. Si se le suprime la facultad de enmendarla, resultará que desde hace tres años se ha actuado anticonstitucionalmente en esta materia.

Decisión: Por unanimidad se aprueba el Artículo 53, con la enmienda propuesta por el Presidente. En consecuencia, en los incisos (a) y (b) se suprimen las palabras "o el Consejo."

El PRESIDENTE da lectura a los Artículos 54 y 55.

Decisión: Por unanimidad se aprueban los Artículos 54 y 55 del proyecto revisado de Constitución.

Por último, *se acordó* correr la numeración de los artículos en el Proyecto revisado de Constitución aprobado por la Comisión II (Documento CSP14/85, Rev. 1 y Anexo II),¹ en vista de que el Artículo 43 del Proyecto preparado por el grupo de trabajo había sido suprimido.

El PRESIDENTE seguidamente da lectura al Anexo II del Documento CSP14/78² que contiene el texto de la moción presentada por el Delegado de México, Dr. Zozaya, con relación al Artículo 3 del Proyecto revisado de Constitución, moción concebida en los siguientes términos: "Cualquier territorio o grupo de territorios dentro del continente americano que no tenga a su cargo la dirección de sus relaciones internacionales podrá cooperar en las labores de la Organización, de conformidad con los lineamientos de un acuerdo que al respecto se celebre entre la autoridad encargada de sus relaciones internacionales y la Conferencia Sanitaria Panamericana. No podrá concederse en dichos acuerdos el derecho de voto en los organismos de la Organización Sanitaria Panamericana."

El Dr. CARNAUBA (Relator del grupo de trabajo, Brasil) señala que dicha moción fué presentada a efectos de discusión en el seno del grupo de trabajo y que fué rechazada por éste, según se hace constar en el informe correspondiente.

El PRESIDENTE informa de que se dará cuenta de dicha moción al pleno de la Conferencia.

El Dr. KRALY (Argentina) manifiesta que el Artículo 25 de la Constitución no determina las normas para la votación de las enmiendas a la Constitución. Estima que la Comisión debe presentar al pleno de la Conferencia, junto con el Proyecto revisado de Constitución, un proyecto de resolución en el que se fije como norma para la aprobación de dichas enmiendas el voto afirmativo de una mayoría de dos tercios.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) apoya la propuesta de la Delegación de la Argentina.

¹ Véanse págs. 591 y 593.

² Véase pág. 611.

Decisión: Por unanimidad se acuerda recomendar a la Conferencia que adopte el siguiente proyecto de resolución sobre el procedimiento de votación de las enmiendas a la Constitución:

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, considerando que el Artículo 25 dispone que "la Conferencia o el Consejo Directivo podrá aprobar y poner en vigencia, de acuerdo con las normas que determine, las enmiendas a esta Constitución," *resuelve:* Fijar como norma para la aprobación de las enmiendas hechas a la Constitución el voto afirmativo de una mayoría de dos tercios de los Gobiernos participantes con derecho a voto que estén representados y presentes en el momento de la votación en sesión plenaria de la Conferencia.

También se acuerda recomendar a la Conferencia la adopción del siguiente proyecto de resolución sobre la revisión de la Constitución:

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, habiendo examinado el Informe Final del Comité permanente de Revisión de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana (Documento CSP14/18 y Anexo A); y teniendo en cuenta las modificaciones propuestas por la Comisión II (Documento CSP14/85) al Proyecto de Constitución revisado, preparado por el Comité Permanente, *resuelve:* Enmendar la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana aprobada en octubre de 1947 en Buenos Aires, que quedará redactada en la forma siguiente: (a continuación se incluirá el texto completo de la Constitución).

El PRESIDENTE declara que se ha completado el estudio de los temas que le fueron asignados a la Comisión II por el pleno de la Conferencia.

Se levanta la sesión a las 17 horas.

OCTAVA SESION

Miércoles, 20 de octubre de 1954, a las 10 horas

Presidente: Dr. FÉLIX HURTADO (Cuba)

El PRESIDENTE declara abierta la sesión e invita al Secretario a que dé cuenta del número de delegaciones que se encuentran presentes.

El SECRETARIO informa de que hay 14 delegaciones presentes y, en vista de que se ha reunido el quórum que requiere el Artículo 17 del Reglamento Interno de la Conferencia, se somete a debate el tema que figura en el orden del día.

Tercer Informe de la Comisión II¹

El SECRETARIO da lectura a la primera parte del tercer informe de la Comisión II y seguidamente se procede a votar por separado los proyectos de resolución que en él figuran.

¹ Véase pág. 591.

Tema 29: Lugar y Fecha de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana

El SECRETARIO da lectura al primer proyecto de resolución, relativo a este tema.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución 1 del tercer informe.

Tema 15: Revisión de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana

El SECRETARIO da lectura al segunda proyecto de resolución formulado en la sesión anterior, que se refiere a la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) propone que la última frase de la parte dispositiva diga: "para que rija del siguiente modo" en lugar de: "quedará redactada en la forma siguiente".

El PRESIDENTE explica que si el texto constitucional enmendado fuese aprobado por la Conferencia llevaría anexa una resolución poniendo en vigor la nueva Constitución. Por ello al proyecto de resolución se le debiera añadir una declaración relativa a la entrada en vigor; al mismo tiempo podría modificarse la frase a que ha hecho referencia el Delegado de la República Dominicana, pudiendo quedar redactada en los siguientes términos: "cuyo texto en adelante será el siguiente".

Decisión: Por unanimidad se acuerda que la parte dispositiva del proyecto de resolución 2 quede redactado en estos términos:

(1) Enmendar la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana aprobada en octubre de 1947, en Buenos Aires, cuyo texto en adelante será el siguiente: (seguidamente se insertará el texto completo enmendado de la Constitución). (2) Esta Constitución entrará en vigor . . .

Procedimiento de Votación de las Enmiendas a la Constitución

El SECRETARIO da lectura al tercer proyecto de resolución relativo al procedimiento de votación de las enmiendas a la Constitución, formulado en la séptima sesión.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) expresa el temor de que la parte dispositiva pueda dar en lo futuro lugar a confusiones por los términos generales en que está redactada. Como esta resolución no tiene otra finalidad que la de determinar el método a seguir para aprobar las enmiendas acordadas por esta Comisión, convendría aclarar un poco más el texto, a fin de que se vea de que es una resolución que se ha tomado única y exclusivamente para estas enmiendas.

El Dr. SECURA (Argentina) sugiere la conveniencia de que en la parte dispositiva se inserte la palabra "actual" antes de "Constitución".

El PRESIDENTE estima que la parte dispositiva no debiera hablar de enmiendas "hechas" sino "propuestas".

El Sr. BELTON (Estados Unidos) estima acertadas las manifestaciones del Delegado de la República Dominicana porque en el proyecto de resolución hay

una norma distinta de la establecida en la revisión de la Constitución. En efecto en el proyecto de resolución se habla de "una mayoría de dos tercios de los Gobiernos participantes con derecho a voto que estén representados y presentes en el momento de la votación en sesión plenaria de la Conferencia", mientras en el Artículo 53 del proyecto revisado de Constitución se habla de una mayoría de dos tercios de los "Miembros presentes y votantes". Por eso es mejor enmendar el proyecto de resolución para hacer constar expresamente que sólo es aplicable para la XIV Conferencia.

El Dr. RODRIGUES VALLE (Brasil) se adhiere a las manifestaciones del Delegado de los Estados Unidos.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) somete a la consideración de la Comisión un nuevo texto de la parte dispositiva que quedaría redactada en la forma siguiente: "Para la aprobación del proyecto de enmiendas hechas a la Constitución, recomendadas por la Comisión II de esta Conferencia, será necesario el voto afirmativo de dos tercios de los Gobiernos participantes con derecho a voto que estén representados y presentes en el momento de la votación en sesión plenaria de la Conferencia".

Decisión: Por unanimidad se aprueba se proyecto de resolución 3 con la enmienda antes citada propuesto por la Delegación de la República Dominicana para la parte dispositiva.

El SECRETARIO da lectura al Anexo I del Documento CSP14/85, en el que se enumeran las modificaciones introducidas por la Comisión al Proyecto revisado de Constitución preparado por el grupo de trabajo, y el PRESIDENTE somete a votación la totalidad del tercer informe de la Comisión.

Decisión: Por unanimidad se aprueba el tercer informe de la Comisión II, con las enmiendas aprobadas en el curso del debate y se acuerda elevarlo al pleno de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

Se levanta la sesión a las 10 h. 30 m.

SESIONES CONJUNTAS DE LA COMISION I Y DE LA COMISION II

PRIMERA SESION

Jueves, 14 de octubre de 1954, a las 11 h. 30 m.

Presidente: Dr. JUAN MONTALVÁN CORNEJO (Ecuador)
Presidente de la Comisión I

El PRESIDENTE abre la sesión e invita al Secretario a que dé cuenta del número de delegaciones presentes.

El SECRETARIO informa que hay 21 delegaciones representadas en la sesión.

El PRESIDENTE somete a consideración el primer punto del orden del día en vista de que se ha reunido el quórum requerido por el Artículo 17 del Reglamento Interno de la Conferencia.

Tema 12: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para 1955¹

El SECRETARIO da lectura del Documento de trabajo CSP14/19 sobre este tema y de la Resolución XVI adoptada en la 22a Reunión del Comité Ejecutivo.²

El Dr. ZOZAYA (México) propone que se designe un grupo de trabajo con el objeto de que examine el Documento CE22/2 y para que informe a la XIV Conferencia sobre el Documento CSP14/19.

El PRESIDENTE somete a consideración la sugestión del Delegado de México, pero antes desea indicar que el Documento CE22/47 Rev. 1 anexo al Documento CSP14/19 contiene el informe del grupo de trabajo designado por la 22a Reunión del Comité Ejecutivo para estudiar el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina para 1955, y que, en su opinión, dicho informe puede servir de base para la consideración del presupuesto por parte de la Comisión, a los efectos de no efectos de no demorar un asunto que ya ha sido estudiado detenidamente.

El Dr. SEGURA (Argentina) se adhiere a la propuesta del Delegado de México y añade que sería conveniente que el grupo de trabajo estuviera integrado por miembros que no formaron parte del grupo de trabajo del Comité Ejecutivo, añadiéndose a éstos, dos delegados que fueron miembros de dicho grupo. De estos últimos, propone a los Delegados de Estados Unidos y de Haití, para formar parte con los ahora se designen del nuevo grupo de trabajo de la Comisión.

¹ Documento CE22/2, publicado por separado.

² Véase pág. 625.

El Dr. HURTADO (Cuba) hace observar que el proyecto de programa y presupuesto viene acompañado de un documento analítico transmitido por la 22a Reunión del Comité Ejecutivo. Llama la atención sobre el hecho de que el estudio del presupuesto se halla muy adelantado y que el documento adjunto ahorra tiempo a la Comisión porque señala los puntos importantes en forma clara. Pide, pues, que para ganar tiempo se proceda al estudio del informe rendido por el grupo de trabajo del Comité Ejecutivo, sin perjuicio de examinar otros aspectos no incluidos en el mismo.

El PRESIDENTE ruega al Secretario que dé lectura al informe del grupo de trabajo de la 22a Reunión del Comité Ejecutivo al objeto de ver si los señores delegados lo consideran satisfactorio y creen innecesario establecer un nuevo grupo de trabajo. Añade que, como cuestión de cortesía, debe oírse el informe del grupo de trabajo y estima que la propuesta de los Delegados de México y Argentina responde más bien a un sentimiento de solidaridad, ya que ambos forman parte del Comité Ejecutivo que aprobó dicho informe.

El SECRETARIO da lectura del informe del grupo de trabajo designado por la 22a Reunión del Comité Ejecutivo para el estudio del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para el año 1955.

El Dr. BRADY (Estados Unidos) estima que los señores delegados a la Conferencia tienen el deber de examinar el Proyecto de Programa y Presupuesto sometido por el Director de la Oficina. Este examen da lugar a comentarios y observaciones que pueden servir de orientación al Director en la preparación de futuros programas y presupuestos, así como al Comité Ejecutivo, que como se sabe está formado solamente por siete miembros. Considera que sería muy útil que la Conferencia examinara detalladamente el presupuesto. Señala que el Comité Ejecutivo precisó tres puntos del presupuesto. En primer lugar, el informe que aprobó y se ha leído se refiere a la distribución de vacunas, la centralización de su producción y temas afines, y el Dr. Brady señala la conveniencia de conocer los puntos de vista del Director de la Oficina al respecto. En segundo lugar, el Comité Ejecutivo indicó la posibilidad de ampliar los programas de colaboración con las escuelas latinoamericanas de salud pública. En este caso, también, el Director puede ofrecer valiosas observaciones. Expresa, en tercer lugar, que el Comité Ejecutivo subrayó la necesidad de ampliar los servicios de información pública, a fin de que se conociera mejor la obra de la Oficina.

Hace observar, por otra parte, que en el apartado 2.5 del informe del grupo de trabajo se explica que no se sabe si se podrán obtener los fondos necesarios para continuar el programa del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Señala que, como el informe se redactó en el pasado mes de abril, el Director tal vez podrá ofrecer a la Conferencia información de actualidad sobre esta materia.

El Dr. SOPER (Director, OSP) manifiesta que, en relación a la producción de vacunas y productos biológicos, se está llevando a cabo una encuesta cerca de los Gobiernos Miembros a fin de determinar las necesidades y los problemas de los distintos países con respecto a las vacunas. Hace saber que el programa tuvo su origen en una propuesta sometida por el Gobierno de El Salvador sobre la posibilidad de concentrar la producción de vacuna en la América Central en una

sola institución. Algo semejante al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, en que seis países colaboran en el financiamiento, la supervisión y dirección de un instituto que lleva a cabo estudios y colabora con los servicios nacionales de nutrición y los departamentos de salud pública. Agrega que el informe relativo a la encuesta que se está llevando a cabo podrá ser sometido a la próxima reunión del Comité Ejecutivo que se celebrará en abril de 1955.

Con respecto a la colaboración con las escuelas de salud pública, el Director tan sólo desea señalar el interés que siente en mejorar los medios materiales con que se cuenta para ofrecer educación profesional en los países de América. Observa que existe una tendencia hacia la organización de nuevas facultades de salud pública. Subraya que sin personal debidamente adiestrado no se puede justificar un empleo a tiempo completo, y que sin empleos de esta clase no se pueden asegurar servicios adecuados de salubridad.

El Director añade que reconoce la necesidad de mejorar los medios de información pública relacionados con las actividades de la sanidad internacional. Señala que el costo de ese servicio puede ser elevado. La preparación de películas cinematográficas, que son muy útiles, resulta sumamente costosa. A tal efecto, dice que la Oficina posee dos películas que serán presentadas en la actual Conferencia, de disponerse del tiempo necesario. Una de ellas se refiere al problema de la fiebre aftosa y en ella se describe en parte la obra que realiza el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa establecido en el Brasil. La otra película fué preparada por las Naciones Unidas, y en ella se pueden apreciar las actividades del Area de Demostración Sanitaria de El Salvador. La producción de ambas películas ha sido costeada por otros organismos, pero se refieren a actividades en las que participa la Oficina. En cuanto al Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, cree que ha habido una interpretación errónea por parte del Delegado de los Estados Unidos. Señala que la Oficina no ha tenido dudas sobre la recepción de los fondos para el Centro. Se trata más bien del caso del Instituto de Zoonosis, propuesto por Argentina, en el que se ignora si se contará con los fondos necesarios procedentes del Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos. En relación al Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, la Oficina ha advertido el interés que tiene la Comisión de Cooperación Técnica de la OEA en que los proyectos financiados con dichos fondos, después de iniciados, se conviertan en programas nacionales. Señala que si el Centro de Fiebre Aftosa del Brasil se convirtiera en un programa brasileño, perdería utilidad para todo el Continente. A este respecto, manifiesta que los países europeos, bajo los auspicios de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación han resuelto establecer en Europa un Instituto Internacional de la Fiebre Aftosa similar al de las Américas. Recuerda que los países que forman parte del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá contribuyen más a ese Instituto que a la propia Oficina Sanitaria Panamericana. Indica que tiene en proyecto celebrar conversaciones con varios países de América del Sur para organizar una reunión al objeto de examinar la posibilidad de establecer un Instituto de Zoonosis en cualquier punto de la región, sobre bases idénticas a las del INCAP, aunque piensa que muchos países distantes no tendrán el mismo interés que los países más inmediatos al lugar en que aquél se establezca. Hace observar

que en los últimos cuatro o cinco años el presupuesto de la Oficina ha permanecido prácticamente estacionario y que los gobiernos se oponen a toda sugerencia de aumentar sus contribuciones anuales para el sostenimiento de las organizaciones internacionales. Por último, indica que tal vez haya necesidad de financiar programas y problemas especiales con técnicas diferentes a las utilizadas en el pasado, y que una de las funciones más importantes de la Conferencia consiste en examinar la manera de financiar proyectos tales como el de la zoonosis y la malaria, que interesan a los propios países.

El PRESIDENTE da las gracias al Director de la Oficina por sus valiosas observaciones y señala que el debate se debe limitar a la consideración del Tema 12, es decir, al Proyecto de Programa y Presupuesto de la OSP para 1955.

El Dr. HORWITZ (Chile) manifiesta que ya la Comisión Conjunta se encuentra en pleno debate y que es tarde para constituir un grupo de trabajo. Señala que la lectura del documento no es simple y que la Secretaría siempre puede aclarar ciertos detalles. Añade que quiere hacer varias preguntas. En primer lugar, desea saber qué criterio ha seguido la Oficina para determinar el tipo y la extensión de los programas, tanto en los países, interpaíses y continentales. Tiene la impresión de que la política propugnada en reuniones anteriores por las Delegaciones de El Salvador, Guatemala y Chile, encaminada a fortalecer las administraciones de salud pública, no se refleja debidamente en el presupuesto de 1955 ni en el de la OMS para 1956. También desea saber cuál es la distribución por porcentajes de los fondos asignados a los diversos grupos de programas. Por último, pregunta cuál es la distribución por porcentajes de los fondos destinados a los programas de salud pública, a los de educación y adiestramiento y a la administración de la Oficina. Considera que el porcentaje de 15,3 correspondiente a los servicios administrativos, que aparece en el presupuesto para 1955, es un poco elevado. Solicita que la Secretaría proporcione estos datos, si no ahora, en alguna otra oportunidad.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) informa de que el criterio que se ha seguido en la preparación de los presupuestos se basa en las normas que sobre política sanitaria ha establecido el Consejo Directivo, que indican que las líneas de acción que debe seguir la Oficina, en el desarrollo de un plan a largo plazo, deben dirigirse a: (1) fortalecimiento de los servicios nacionales de salud pública; (2) ayuda y coordinación de ciertos programas de erradicación de ciertas enfermedades y vectores; (3) estímulo de los programas de educación y adiestramiento del personal sanitario. Señala que cada año el presupuesto ha venido reflejando más y más la importancia que se da a los programas coordinados de salud pública, a tal punto que se puede calcular que el 40% de los fondos destinados a los programas de campo se dedica a tales proyectos, los cuales incluyen el desarrollo de los servicios locales de sanidad, saneamiento del medio, higiene maternoinfantil, educación sanitaria y otras actividades propias de ese tipo de servicios. Agrega que hay muchas otras actividades destinadas a fortalecer los servicios nacionales de salud pública, que no se reflejan en el presupuesto, tales como los servicios de asesoramiento y colaboración que se prestan a través de las Oficinas de Zona. Indica que para cumplir con la segunda norma general del Consejo Directivo, la Oficina propicia los programas de erradicación, sobre

los cuales no cree necesario hablar. Manifiesta que en todas sus actividades la Oficina Sanitaria Panamericana dedica especial interés a la educación y adiestramiento del personal local y nacional, puesto que la labor fundamental consiste en dejar personal competente encargado de continuar los programas de campo una vez que se retire la Organización. Informa que la Secretaría distribuirá la información solicitada sobre la distribución porcentual por grupos de actividades de los fondos asignados a programas de campo.¹

El Dr. HORWITZ (Chile) solicita que en las cifras del estudio se detallen, dentro de cada grupo, las actividades específicas.

El Sr. HINDERER (Jefe, Administración, OSP) explica que en la reunión del Comité Ejecutivo celebrada en la primavera de 1952 se designó a un grupo de trabajo para estudiar la distribución del presupuesto. Este grupo de trabajo solicitó que la Secretaría preparara el resumen informativo, por porcentajes, que figura en el presupuesto para 1955, y el Comité Ejecutivo en su resolución, instruyó al Director para que preparara el mismo resumen informativo en todos los futuros presupuestos. La distribución de epígrafes que aparece en el documento fué preparada por ese grupo de trabajo, incluso las partidas correspondientes a la oficina de información pública, a servicios comunes de la sede y la oficina del Director, etc., que fueron incluídos bajo el epígrafe de servicios administrativos. Señala que se podrían hacer otras distribuciones en los respectivos oficina del Director, etc., que fueron incluídos bajo el epígrafe de servicios administrativos. A estos servicios corresponde la cifra del 15,3%.

El Dr. HORWITZ (Chile) indica que cualesquiera que sean los criterios seguidos para definir los servicios administrativos, estima que el porcentaje asignado a los mismos es elevado. La cifra correspondiente al año 1954 era de 13,6%; y en 1955 ha subido a 15,3%. Reconoce que la diferencia es pequeña, pero ha habido cierto aumento. Entiende que, siguiendo la política de descentralización, la Oficina debe reducir los fondos asignados a los servicios administrativos de la Oficina Central y emplearlos en los programas de campo. Hay que tener en cuenta además que una de las funciones fundamentales de la Oficina es la de colaborar con los Gobiernos Miembros. En cuanto a las manifestaciones del Subdirector de la Oficina, considera que la proporción de un 40% que ha señalado para los programas coordinados de salud pública es elevada. Señala que el punto de vista de su delegación ya había sido expuesto cuando se examinó el Informe Anual del Director. Considera esencial el fortalecimiento de los servicios nacionales de salud pública y que no es ese el criterio que se advierte al examinar el presupuesto, que da la impresión de que se ha tratado de atender a peticiones un tanto desordenadas y no a una política general. Sugiere que se podría adoptar una resolución para que se tuvieran en cuenta estos puntos de vista en la elaboración de futuros presupuestos.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) reconoce que el Delegado de Chile tiene razón al señalar que una de las funciones más importantes de la Oficina consiste en colaborar con los Gobiernos Miembros para determinar cuales son las necesidades sanitarias más esenciales. Indica que se están haciendo gestiones en

¹ Véase Documento CSP14/77, pág. 589.

ese sentido, coordinando los programas sanitarios de los diferentes países. En relación a los gastos de administración, subraya que se debe recordar que la Oficina administra una gran cantidad de programas financiados con fondos que provienen de otros organismos, programas en los que ha de prestar servicios de asesoramiento técnico, como es el caso de los financiados por el UNICEF, entre otros. Señala que las normas establecidas por los cuerpos directivos de la Organización indican que la Oficina debe trabajar a solicitud de los Gobiernos y termina subrayando la conveniencia de que las administraciones nacionales de salud pública colaboren más con la Oficina y que las solicitudes formuladas correspondan a las verdaderas necesidades de los países.

El Dr. HURTADO (Cuba) manifiesta que el proyecto de programa y presupuesto y el documento anexo al mismo se ajustan a las recomendaciones expresadas por el Consejo Directivo y la Conferencia Sanitaria Panamericana. Agrega que aprueba de modo general el documento y que desea expresar su reconocimiento a las personas encargadas de preparar este difícil documento. En relación a los gastos administrativos, dice que no le parecen elevados si se toman en cuenta las responsabilidades administrativas de la Organización. Expresa que estos gastos comprenden los correspondientes a Washington y a las Oficinas de Zona. Su delegación, advierte, no cree que la descentralización implique el debilitamiento de la Oficina Central. De hecho, cree que a la Oficina le faltan servicios para atender debidamente a sus funciones de asesoramiento a los países y que las cantidades asignadas resultan insuficientes si la Oficina ha de desarrollar un plan amplio en esta esfera. Manifiesta que la Oficina tiene dos canales de servicio: el de salud pública, y el de educación y adiestramiento. En su opinión, el segundo debe contar con la máxima prioridad. Felicita al Director por el gran impulso que se ha dado al programa de educación y adiestramiento. Continúa diciendo que no cree que los organismos sanitarios internacionales hayan sido establecidos para que los países pudieran realizar actividades de campo determinadas. Opina que hay sólo dos tipos de programas de campo que tienen verdadero interés internacional: (1) los programas de erradicación, por su evidente alcance internacional; y (2) las situaciones limítrofes porque, determinados por acuerdos bilaterales o multilaterales, representan campos de observación, que deben existir bajo la orientación de un organismo internacional. Expresa que le parece muy útil el informe del grupo de trabajo y que votará en favor de la aprobación del presupuesto, sin perjuicio de que se puedan tomar en consideración para el futuro algunas de las observaciones formuladas por el Delegado de Chile.

El PRESIDENTE agradece las interesantes observaciones que se han formulado pero vuelve a indicar que el debate se debe limitar al presupuesto de 1955.

El Dr. ZOZAYA (México) propone que se apruebe el presupuesto, haciéndose constar que la sesión conjunta aprobó el presupuesto, después de haberse dado lectura del informe del grupo de trabajo designado por la 22a Reunión del Comité Ejecutivo. Añade que le parece que algunas conceptos formulados por el Delegado de Chile no son exactos, por ejemplo, en materia de asesoramiento, pero hace saber que, en su opinión, el momento de discutirlos vendrá al considerar el tema relativo al programa de economías y descentralización de la Oficina.

El Dr. HORWITZ (Chile) reconoce que sus observaciones anteriores no se relacionaban con el presupuesto de 1955, sino que constituían sencillamente una consulta que deseaba hacer a la Secretaría. Se adhiere a las manifestaciones del Delegado de México y pide también que se apruebe el presupuesto.

Decisión: Se acuerda por unanimidad recomendar a la Conferencia que apruebe el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para el año 1955 (Documento CE22/2) presentado por el Director, así como el proyecto de resolución sobre las asignaciones presupuestarias para dicho ejercicio económico, que figura en el mismo documento.¹

Se levanta la sesión a las 13 h. 10 m.

SEGUNDA SESION

Viernes, 15 de octubre de 1954, a las 11 h, 45 m.

Presidente: Dr. FÉLIX HURTADO (Cuba), Presidente de la Comisión II

El PRESIDENTE abre la sesión e invita al Secretario a dar cuenta del número de delegaciones presentes.

El SECRETARIO informa que hay 20 delegaciones representadas en la sesión.

El PRESIDENTE anuncia que se va a entrar en el orden del día, en vista de que se ha reunido el quórum requerido por el Artículo 17 del Reglamento Interno de la Conferencia.

Tema 19: Empleo de los Fondos no Utilizados en 1953

El PRESIDENTE somete a consideración el siguiente proyecto de resolución que aparece en el documento de trabajo:

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, teniendo en cuenta que el superávit en efectivo de 1953, que asciende a la suma de \$144.089, fué asignado a un Fondo Especial a disposición de la Conferencia Sanitaria Panamericana, y considerando la recomendación formulada por el Director en el sentido de que dicho fondo se utilice para intensificar la campaña contra la viruela, y la decisión adoptada en esta materia por el Comité Ejecutivo en su 22a Reunión, *resuelve:* Autorizar al Director para que invierta el superávit en efectivo de 1953, que asciende a la suma de \$144.089, en la intensificación de la campaña contra la viruela en las Américas.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) se excusa por tener que insistir en un problema que ya presentó en una de las sesiones plenarias, en relación a los fondos de Asistencia Técnica. Declara que la falta de estabilidad en los fondos de Asistencia Técnica, que obliga a la Oficina a incorporar rápida e inesperadamente los programas de Asistencia Técnica a los programas ordinarios de la Oficina Sanitaria Panamericana, y de la OMS, tiene más importancia de la que se le concede. Dice que si la Oficina en un momento determinado no tiene fondos, tendrán que paralizarse los programas en vías de ejecución en los distintos países.

¹ Véase informe de la Comisión Conjunta, pág. 623.

Sugiere a los delegados la posible conveniencia de utilizar el excedente de fondos de 1953 para reforzar los fondos ordinarios de la Oficina y proseguir los programas de Asistencia Técnica ya establecidos y de cuyo éxito se tiene seguridad absoluta, incluyéndolos en el presupuesto ordinario de la Oficina.

El Dr. SOPER (Director, OSP) indica que, antes de considerar la sugestión del Delegado de Costa Rica, se debe examinar el procedimiento que sigue la Oficina con respecto a los fondos no utilizados al fin de cada año, y cuál sería el resultado en el caso de que se aprobase la citada propuesta. Manifiesta que en 1947 y 1948, la Oficina Sanitaria Panamericana quedó sin fondos para continuar los escasos programas de entonces; y que el Brasil, Chile, México, la República Dominicana y Venezuela contribuyeron voluntariamente con cantidades que sirvieron de base para el fondo de operaciones. Recuerda las manifestaciones del Delegado de la Argentina, en una sesión anterior, al anunciar que su país enviaría una contribución adicional de 1.500.000 pesos argentinos, como cuota voluntaria, al Fondo de la Organización Sanitaria Panamericana. En 1948 se aprobó un presupuesto que ascendía a \$1.300.000, de cuya suma se utilizaron \$320.000. En 1949, el presupuesto ascendió a \$1.700.000, de cuya cifra se gastaron solamente \$785.000. Este hecho es consecuencia de la irregularidad en el pago de las cuotas. En los dos últimos años se ha decidido entrar en el ejercicio económico de cada año con un fondo de reserva de 60% del presupuesto total. El excedente actual se debe al pago de las cuotas atrasadas.

Hace dos años, en la reunión de La Habana, el Consejo Directivo utilizó el excedente de \$200.000 para el programa contra la viruela, para el programa de becas y para mejoras en los edificios de la sede. El año pasado, el excedente se empleó en reembolsar en su totalidad los préstamos contraídos con las Fundaciones Kellogg y Rockefeller, para la adquisición de los citados edificios. En cada uno de estos casos, se han propuesto inversiones para ese excedente que no implicaban aumento alguno en los presupuestos de los años siguientes. Indica que la Oficina se ha ajustado a los límites fijados por el Consejo Directivo y la Conferencia Sanitaria Panamericana para la cifra total del presupuesto, y que no se inclina a utilizar los excedentes disponibles en programas que pudieran representar un aumento en las obligaciones presupuestarias de la Organización para los años siguientes. El empleo del excedente en la forma sugerida por el Delegado de Costa Rica iría en contra de la política seguida por la Oficina, puesto que se utilizaría en programas de Asistencia Técnica y de la OMS, que continúan de un año a otro. Después de la carencia de fondos experimentada en 1948, los gastos se han mantenido dentro de los límites más razonables que ha sido posible.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador) comparte las preocupaciones formuladas por el Delegado de Costa Rica, en lo que concierne a las fluctuaciones de los fondos de Asistencia Técnica y a las repercusiones de las mismas. Informa que, tras una serie de vicisitudes, se inició en El Salvador un programa que, por su naturaleza, ha sido considerado como modelo de lo que la ayuda internacional debe hacer para fomentar el desarrollo sanitario permanente de los países insuficientemente desarrollados. Se inició con fondos de Asistencia Técnica, y continuó sin cambios hasta 1952. Pasó luego al presupuesto ordinario de la Organización Mundial de la Salud, en vista de que a la OMS le correspondía por la propia natu-

raleza del programa. Posteriormente, al examinar los documentos presentados a la Conferencia, el Gobierno de El Salvador se ha enterado, inesperadamente, de que ese programa volvería a formar parte del Programa de Asistencia Técnica, en fecha en que ya El Salvador había preparado el presupuesto del año entrante sin poder hacer asignaciones para el pago de los gastos de los expertos que exige la Junta de Asistencia Técnica. Hace hincapié en que su país, al igual que otros varios, tiene programas de gran amplitud, expuestos a deterioro por el cambio de los programas de un presupuesto a otro. Su país tiene gran interés en el programa del Area de Demostración Sanitaria. Pide que los señores delegados ayuden a mantener ese programa en un plano de eficiencia, asegurando su inclusión en el programa ordinario de la OMS; y que, de ser posible, sea incorporado al programa ordinario de la OSP. El Gobierno de El Salvador ha invertido en él una suma equivalente a \$800.000. Añade que su delegación apoya la propuesta de Costa Rica y pide que se examine detenidamente.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) desea comentar las declaraciones del Delegado de El Salvador. Las Areas de Demostración Sanitaria fueron concebidas como uno de los mejores proyectos para ser financiados por el Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas. El 1º de mayo de 1951, el Gobierno de El Salvador firmó con la OMS el Convenio para el desarrollo del programa del Area de Demostración Sanitaria. El programa venía siendo financiado con fondos que llegaban a la OMS procedentes de Asistencia Técnica, hasta 1954, cuando, debido a la crisis económica, fué necesario trasladarlo al presupuesto ordinario de la OMS. En mayo de 1954, la Séptima Asamblea Mundial de la Salud, por Resolución 35, dió instrucciones al Director General, para que, a partir de 1955, se transfirieran a los fondos de Asistencia Técnica aquellos programas que por razones de emergencia fueron pasados en 1954 al presupuesto ordinario de la OMS. De éstos, correspondían a la Región de las Américas el del Area de Demostración en El Salvador (El Salvador-5), el de la Escuela de Enfermeras de Costa Rica (Costa Rica-3) y el de Servicios Rurales de Salud Pública de Panamá (Panamá-1). El 27 de julio de 1954, la Oficina comunicó estos datos al Ministro de Salud Pública de El Salvador. Menciona que con fecha 15 de julio de 1954, el Gobierno de El Salvador informó a la Junta de Asistencia Técnica que aceptaba los nuevos arreglos respecto a los gastos locales de los expertos. Estima que siendo el proyecto de El Salvador uno de los de mayor amplitud, el Director General tendrá muchas posibilidades de continuar recibiendo fondos de Asistencia Técnica para financiarlo. Señala que la Junta de Asistencia Técnica siempre da prioridad a los programas continuados que han sido financiados con sus propios fondos, puesto que no sería conveniente dejar que un programa se suspendiera cuando ya se han gastado grandes recursos, tanto por el Gobierno como por las organizaciones internacionales.

El Dr. HORWITZ (Chile) hace referencia al documento que motiva este debate. Desea saber cuál es la inversión exacta que se dará al excedente de \$144.000 en el presupuesto de 1953, para el programa de viruela. Añade que las observaciones de los delegados que le precedieron en el uso de la palabra son de extraordinario interés y tienen alguna relación con las opiniones que su delegación va a emitir. Estima que un Continente que está dando muestras de tanta madurez

para conocer y abordar sus problemas de salud pública, está en perfectas condiciones para resolver localmente las situaciones que se derivan del problema de la viruela, ya sea endémica o en brotes epidémicos. Si se analiza la calidad del asesoramiento que la Organización Sanitaria Panamericana puede prestar para la solución de este problema, no se ve claramente de qué manera pueden invertirse \$144.000. Si se piensa que entre las funciones principales de la Oficina están las de asegurar una vacuna de calidad aceptable y en cantidad necesaria, y asesorar a los gobiernos para que organicen adecuadamente sus programas de control y de erradicación, no se comprende de qué manera pueden invertirse esos \$144.000. La cifra es excesiva para los propósitos enunciados en el documento. Desea que la Oficina continúe con su línea de acción e invirtiendo los fondos necesarios, pero está convencido de que debe sobrar algo del excedente. Encuentra natural que ese excedente, que no va a representar una cifra de magnitud, sea invertido por el Director, según las normas generales de acción de la Oficina. Propone que, sin perjuicio de que la Oficina continúe con su labor de asesoramiento a los gobiernos para la erradicación de la viruela, se invierta el excedente de los fondos de 1953, parte para el programa de viruela el resto, en programas de educación y adiestramiento.

El Dr. BRADY (Estados Unidos) desea comentar dos puntos. En primer lugar, las manifestaciones de los Delegados de Costa Rica y El Salvador; en segundo, la propuesta específica presentada. Cree que todas las delegaciones comprenden perfectamente las preocupaciones expuestas por los Delegados de Costa Rica y El Salvador. Ha observado cómo en el presupuesto se efectúan transferencias de fondos de un año a otro y de una fuente a otra, en diversas combinaciones. En este caso particular, la transferencia sería del presupuesto ordinario de la OMS al presupuesto de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas. Señala que, a juzgar por sus referencias, no hay motivos para creer que estos proyectos se vayan a dar por terminados prematuramente por carencia de fondos de Asistencia Técnica en los presupuestos de 1955 y 1956. Quizá los Delegados de Costa Rica y El Salvador posean informaciones de que no disponen las restantes delegaciones, pero está seguro de que en lo que concierne a proyectos de esta naturaleza, en que se ha hecho una importante inversión, aunque surgiera una nueva crisis en la Asistencia Técnica, siempre se encontraría algún medio para continuarlos. Otro punto que le preocuparía, si estos proyectos fueran transferidos al presupuesto de la Oficina, es que el Programa de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas tiene sus propias fuentes de fondos, su propio sistema para reunirlos, y sigue sus propias iniciativas para la preparación de los programas. Cuando dicha organización se encuentre en dificultades financieras, no cree que corresponda a la Organización Sanitaria Panamericana acudir en su auxilio, toda vez que la Oficina no interviene en lo que hace la Asistencia Técnica de las Naciones Unidas. En relación con la proposición presentada, el Gobierno de los Estados Unidos viene indicando desde hace 3 ó 4 años que el programa de erradicación de la viruela en las Américas es uno de los más interesantes para la Oficina. Su Gobierno sigue estimando vergonzoso haya tantos casos de viruela en el Hemisferio, cuando existe un método preventivo sencillo y fácil. El problema es el de suministrar vacunas a las personas encargadas de la vacunación. En la reunión del Comité

Ejecutivo de la pasada primavera, la Delegación de los Estados Unidos votó, por razones de principio, en contra del uso propuesto del excedente de \$144.000, pensando que se podía aplicar ese excedente para reducir las cuotas de los países. Se complace en informar que su Gobierno ha modificado su opinión, y que en la actualidad está dispuesto a votar en favor de que se utilice el excedente en el programa de lucha antivariólica.

El Dr. HYRONIMUS (Francia) apoya la propuesta del Delegado de los Estados Unidos, e indica que, si fuera posible, parte de esos fondos deberían utilizarse en la forma propuesta por la Delegación de Chile.

El Dr. BROWN (Bolivia) hace saber que su delegación apoya también la propuesta del Delegado de los Estados Unidos. Estima que la erradicación de la viruela es una de las empresas más importantes que se pueden acometer en el presente momento. Puesto que la producción de material adecuado significa una dificultad para muchos países latinoamericanos, la utilización de los \$144.000 de que se dispone actualmente serviría para fomentar dicha producción entre los países que necesiten tal material. Apoya la moción del Delegado de Chile, de que, si hubiera algún excedente, se utilizase en la formación de personal técnico.

El Dr. ZOZAYA (México) estima que habría que tomar en cuenta la proposición formulada por la Delegación de Chile, por poner en duda la necesidad de gastar esos fondos únicamente en la erradicación de la viruela. Cree que el Delegado de Chile no está en contra de utilizar fondos para esa finalidad, sino que estima excesiva la cantidad destinada para la campaña antivariólica. Pide que el Director de la Oficina exponga su parecer sobre este aspecto.

El Dr. HORWITZ (Chile) propone se introduzca una enmienda en el proyecto de resolución, que en su parte dispositiva quedaría redactado en los términos siguientes: "Autorizar al Director para que invierta el superávit en efectivo de 1953, que asciende a la suma de \$144.089, de preferencia en la intensificación de la campaña contra la viruela en las Américas; y el excedente en los programas de educación y adiestramiento."

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) hace observar que un alto porcentaje del costo de los programas de erradicación recae sobre los propios gobiernos. Señala que en la Reunión del Consejo Directivo en La Habana se procedió a dividir el excedente para los fines de su utilización, y que en la modificación propuesta por el Delegado de Chile podrían entrar los programas que interesan a Costa Rica y a El Salvador, ya que son esencialmente educativos. Declara que el programa de enfermería de Costa Rica es regional, que en él participan becarios procedentes de varios países, y que, para llevarlo a la práctica, su país ha hecho un esfuerzo superior a los medios de que dispone.

El Dr. ALLWOOD PAREDES (El Salvador) insiste en que la Oficina debe prestar atención a este tipo de programas que se ejecutan en dos países pequeños y quizá reflejan mejor los postulados modernos expresados como norma de acción para la Oficina Sanitaria Panamericana. En el caso de la viruela la acción de la Oficina sólo ha podido ser estimulante, de tipo catalítico. Los métodos para luchar contra la viruela están al alcance de los países de América y, por consiguiente, la campaña de la Oficina sólo puede significar estímulo a los Gobiernos,

o gestiones con los laboratorios a centros de investigación científica existentes en América, dejando que los Gobiernos lleven a cabo el programa. Este programa de El Salvador, al igual que el de Costa Rica, es netamente un programa de adiestramiento y de exploración de métodos sanitarios, con experiencia que pueden servir a todos los países. Añade que se van a imponer a El Salvador obligaciones que tal vez el organismo correspondiente no esté dispuesto a aceptar. Pide que se preste más atención a la proposición del Delegado de Chile.

El Dr. ORELLANA (Venezuela) hace hincapié en las dificultades de ejecución de los programas de erradicación de la viruela en escala nacional. Se trata de un programa caro y difícil de ejecutar. El hecho de que en el quinquenio 1948-1952 se hayan registrado en América 85.900 casos de viruela que produjeron 14.200 defunciones, indica que todavía es éste un grave problema continental. Sostiene que la suma indicada en el excedente es insuficiente para atender a las necesidades de la campaña.

El PRESIDENTE, en su calidad de Delegado de Cuba, hace constar que, para su gobierno, los programas de erradicación tienen la más alta prioridad. En consecuencia, su delegación votará en favor de que se utilice el excedente para la erradicación de la viruela. Afirma que por ahora sólo se está tratando de erradicar la viruela, pues con \$144.000 no se erradica la viruela. Se adhiere a la propuesta del Delegado de los Estados Unidos.

El Dr. PIERRE-NOËL (Haití) dice que la Delegación de Haití siempre ha sostenido que los trabajos de erradicación deben constituir la actividad esencial de la Oficina Sanitaria Panamericana, sobre todo cuando se trata de la viruela. Comprende la preocupación de los Delegados de Costa Rica y El Salvador, especialmente porque se trata de programas en ejecución desde hace algún tiempo y para cuya continuación los países no disponen de fondos. Estima que si después queda excedente disponible se deberá aplicar a la ejecución de los programas de Costa Rica y El Salvador.

El Dr. SÁNCHEZ BÁEZ (República Dominicana) recuerda que el Delegado de México sugirió que se oyeran las observaciones que sobre este asunto tuviera a bien hacer el Director de la Oficina.

El Dr. SOPER (Director, OSP) dice que, para responder a la cuestión planteada, debe referirse a lo sucedido en los dos últimos años. Recuerda que en 1952 se decidió en La Habana votar \$75.000 del excedente para la campaña contra la viruela. Con el desarrollo del programa, la utilización de esos fondos se ha extendido durante estos dos años. A fines de 1954 se agotará el fondo de \$75.000. Señala que ha sido útil la existencia de ese fondo, que no había urgencia en gastar en 1953, y que se pueden hacer planes para utilizarlo cuando las circunstancias lo requieran. No es posible indicar en qué forma se va a utilizar esa suma para la campaña. Añade que se ha observado que, en epidemias de viruela seguidas de una epidemia de vacunación, después de un período de calma, aparece una nueva epidemia de viruela. Cualquier país se puede defender permanentemente de la viruela aplicando regularmente la vacuna a toda la población. Un continente que no tiene viruela en ningún territorio no necesita hacer los gastos que se requieren actualmente en las Américas.

La Oficina no ha querido utilizar esos fondos para hacer lo que ya se ha hecho una y mil veces en el mundo. Su intención es la de conseguir la producción de una vacuna que soporte las condiciones climatológicas de cualquier región de América y hacer lo posible por conseguir la colaboración de todos los países en un sistema de vacunación permanente. Con los fondos referidos no se pueden iniciar campañas directas en toda América.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) declara que la primera fase que la Oficina Sanitaria Panamericana consideró importante, para hacer frente al problema de la viruela fué la de colaborar con los gobiernos en el establecimiento de laboratorios adecuados para la producción de una vacuna eficaz y duradera, dando preferencia a la vacuna seca que tan bien resiste los climas tropicales. En este sentido, se ha colaborado con cuatro Gobiernos Miembros y se está en conversaciones con otros tres para el suministro de cierto material y equipo. También se ha prestado colaboración a los gobiernos con la visita de un consultor especializado en la producción de vacuna seca, para asesorar al personal local de los países, a fin de que éstos puedan capacitarse eficientemente en la producción de la vacuna. En el caso de un Gobierno Miembro, las conversaciones están bastante adelantadas para iniciar lo que la Oficina considera como segunda fase, es decir, colaborar con los gobiernos en la preparación y desarrollo de actividades de campo, destinadas a instalar en cada país un servicio permanente que garantice un nivel adecuado de inmunidad antivariólica. Asimismo, parte importante es la concesión de becas para que el personal nacional se capacite en técnicas especializadas.

El PRESIDENTE considera suficientemente discutido el tema y anuncia que someterá a votación la enmienda propuesta por el Delegado de Chile.

El Dr. ZACARÍAS ARZA (Paraguay) solicita que la votación sea secreta.

El PRESIDENTE anuncia que los Delegados del Uruguay y de la República Dominicana actuarán como escrutadores.

Se procede a votación secreta.

Número de boletas depositadas, 20; número de boletas nulas, 1; número de boletas válidas, 19; países presentes, 20; boletas en favor de la enmienda de la Delegación de Chile, 9; en contra: 10.

Decisión: La enmienda propuesta por la Delegación de Chile ha sido rechazada.

El PRESIDENTE a continuación indica que procede votar si se acepta o no el proyecto de resolución en la forma que aparece en el documento de trabajo.

Decisión: Se acuerda, por mayoría de votos, recomendar a la Conferencia que autorice al Director para que invierta el superávit en efectivo de 1953, que asciende a la suma de \$144.089, en la intensificación de la campaña contra la viruela en las Américas.¹

Se levanta la sesión a las 13 horas.

¹ Véase informe de la Comisión Conjunta, pág. 624.

CUARTA PARTE
INFORMES Y OTROS DOCUMENTOS

COMISION DE CREDENCIALES

PRIMER INFORME ¹

(Documento CSP14/44)

El día 8 de octubre de 1954, en el salón lateral del Roof Garden, se ha reunido la Comisión de Credenciales constituida en la primera sesión plenaria y formada por los señores representantes de México, Panamá y Chile. La Comisión acordó designar Presidente al Dr. Alberto Bissot, Jr. (Panamá) y Relator al Dr. Jorge Torreblanca (Chile).

La Comisión examinó las credenciales y documentos recibidos de los gobiernos y tiene el honor de proponer que se consideren como debidamente acreditadas ante la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana a las delegaciones siguientes: Colombia, Costa Rica, Estados Unidos, República Dominicana, Venezuela, Argentina, Uruguay, El Salvador, Ecuador, Haití, Nicaragua, Países Bajos, Francia, Panamá, Chile, Cuba, Guatemala, Perú, Bolivia, Brasil, Reino Unido y Paraguay.

Existen documentos oficiales del Gobierno de México en la Secretaría de la Conferencia nombrando su delegación ante la misma y esta Comisión recomienda a la Conferencia que se considere a dicha delegación acreditada a título provisional, pero con todos los derechos que corresponden a las delegaciones, mientras llena los requisitos de presentación de las credenciales correspondientes.

El Gobierno de Canadá ha acreditado un observador oficial.

SEGUNDO INFORME ²

(Documento CSP14/101)

La Comisión de Credenciales, constituida por los señores Delegados de México, Panamá y Chile, se reunió en el salón lateral del Roof Garden el 11 de octubre de 1954, a las 12 del día, para celebrar su segunda sesión.

La Comisión examinó las credenciales de la Delegación de México, que se han recibido en la Secretaría de la Conferencia; y recomendó que la Delegación de México sea plenamente acreditada ante la Conferencia.

¹ Aprobado por la Conferencia en su tercera sesión plenaria.

² Aprobado por la Conferencia en su sexta sesión plenaria.

COMISION I, DE ASUNTOS TECNICOS

INFORMES

PRIMER INFORME (Parte I)

(Documento CSP14/79, Rev. 1)

Informe del Grupo de Trabajo "C" sobre Aplicación de Métodos de Educación Higiénica en Zonas Rurales de la América Latina

La Comisión I en su tercera sesión, celebrada el día 15 de octubre de 1964, examinó y aprobó con algunas modificaciones el informe del grupo de trabajo "C" relativo a la aplicación de métodos de educación higiénica en zonas rurales de la América Latina, presentado por el Relator, señorita Graciela Carrillo Castro (Costa Rica). El grupo de trabajo fué presidido por el Dr. Carlos Grunauer Toledo (Ecuador) y actuó de Secretario el Dr. Rigoberto Ríos Castro (OSP).

El mencionado informe dice así:

El grupo de trabajo "C" tiene a bien presentar a la consideración de la Comisión I, de Asuntos Técnicos, las conclusiones de su estudio del tema que le fuera encomendado.

CONSIDERANDO:

(1) Que el éxito en la solución de los problemas de salud está íntimamente relacionado con la modificación de costumbres y hábitos de los individuos o grupos a quienes afectan esos problemas;

(2) Que es necesario estimular a la colectividad para que tome parte activa y responsable en todos los problemas que tengan relación con su salud;

(3) Que se hace indispensable la vinculación permanente entre los individuos, la comunidad y las entidades para la mejor solución de los problemas relacionados con la salud;

(4) Que todo el personal de los servicios de salud pública debe comprender y utilizar los conceptos y principios de la educación sanitaria en su trabajo diario;

(5) Que los educadores sanitarios profesionales son esenciales para el desarrollo, en conjunto con los demás funcionarios, de los programas educativos en salud pública, y para el adiestramiento del personal en el uso de técnicas educativas;

(6) Que en la actualidad los educadores sanitarios profesionales no existen en número suficiente para satisfacer las necesidades mínimas de los programas nacionales de salud, lo cual dificulta la consecución de este personal para las actividades permanentes en las zonas rurales; y

(7) Que la aplicación de métodos y técnicas de educación sanitaria, en zonas rurales, es algo relativamente nuevo en la mayoría de las repúblicas americanas,

Y TENIENDO PRESENTE:

- (1) Que la educación sanitaria constituye una parte fundamental y esencial en todo programa o servicio de salud pública;
- (2) Que la educación sanitaria sólo es efectiva cuando se planifica y desarrolla como parte integral de cada programa de salud pública; y
- (3) Que son objetivos de la educación sanitaria:
 - (a) Conseguir que los individuos y las comunidades lleguen a interesarse por el conocimiento y utilización de los medios que los ayuden a conservar su salud;
 - (b) Buscar los medios para estimular a los individuos, familias y grupos de modo que estudien y conozcan sus problemas de salud, tomando parte activa, responsable y permanente en la solución de los mismos; y
 - (c) Buscar la vinculación permanente e integral de la comunidad con los individuos y las entidades oficiales y particulares que trabajan por el mejoramiento del medio en todos sus aspectos,

SE RECOMIENDA:

(1) Que debe ser una dedicación preferente de los Países Miembros el estudio de los mecanismos que permitan resolver la falta de educadores sanitarios profesionales de acuerdo con las calificaciones que establezca la Organización Mundial de la Salud;

(2) Que como solución transitoria al problema de prestar servicio permanente de educación sanitaria en áreas rurales, cuando no hay un suficiente número de educadores sanitarios profesionales, será necesario adiestrar personal capacitado y seleccionado para que secunden en estas labores educativas a los educadores sanitarios profesionales (este personal no debe ser excesivo para que sea debidamente supervisado por los educadores sanitarios profesionales);

(3) Que una de las preocupaciones preferentes del educador sanitario profesional debe ser ayudar a mejorar el trabajo educativo que deben realizar los otros funcionarios de salud pública;

(4) Que los métodos de trabajo educativo que se apliquen en comunidades rurales se condicionen al estado de desarrollo cultural, sanitario, y a las posibilidades socio-económicas de cada zona de un país;

(5) Que toda labor educativa sea precedida de un estudio del medio en que se pretende actuar;

(6) Que toda acción sea planificada teniendo en cuenta los intereses y necesidades más urgentes de los individuos y grupos locales;

(7) Que la solución de los problemas se haga, preferentemente, por etapas sucesivas y con la participación activa de los propios interesados;

(8) Que todo trabajo de ejecución considere también la coordinación de los esfuerzos disponibles de las instituciones estatales y particulares; y

(9) Que la Oficina Sanitaria Panamericana amplíe aún más sus esfuerzos

con las instituciones nacionales e internacionales, tanto oficiales como privadas para:

- (a) Fomentar los principios, conceptos y objetivos de educación sanitaria enunciados en este documento;
- (b) Ayudar en el desenvolvimiento de medios para el adiestramiento de educadores sanitarios profesionales y auxiliares;
- (c) Estimular la incorporación de la educación sanitaria en el adiestramiento de cada funcionario de salud pública; y
- (d) Buscar medios para el intercambio de informaciones, materiales, experiencias e investigaciones en educación sanitaria entre los países del Hemisferio.

Proyecto de Resolución

Aplicación de Métodos de Educación Sanitaria en Zonas Rurales de América Latina

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

Considerando la importancia que debe otorgársele a la educación sanitaria en todos los aspectos y actividades relacionadas con la salud pública; y

Tomando en cuenta las deliberaciones sostenidas en el seno del Grupo de Trabajo para estudiar este tema, y el informe y recomendaciones propuestas por el mismo,

RESUELVE:

(1) Aprobar los considerandos y recomendaciones sometidos por la Comisión I en relación al tema: "Aplicación de Métodos de Educación Sanitaria en Zonas Rurales de América Latina" (Documento CSP14/79, Rev. 1).¹

(2) Encomendar al Director de la Oficina que, de acuerdo con sus posibilidades, estimule la promoción y desarrollo de las recomendaciones contenidas en el documento citado; y, que al mismo tiempo, presente en la próxima reunión del Consejo Directivo un informe sobre las gestiones realizadas en relación con esta materia; y

(3) Recomendar al Director de la Oficina que dé amplia difusión al texto completo del Documento CSP14/79, Rev. 1 para conocimiento de todos los países.²

PRIMER INFORME (Parte II)

(Documento CSP14/79, Rev. 1)

Informe del Grupo de Trabajo "B" sobre el Control de las Diarreas Infantiles a la Luz de los Últimos Progresos Científicos

La Comisión I, en su reunión de 15 de octubre de 1954, examinó y aprobó, con algunas modificaciones también el informe del grupo de trabajo "B" relativo

¹ Véase pág. 456.

² Modificado por la octava sesión plenaria; véase Resolución XXVI del Acta Final, pág. 666.

al control de las diarreas infantiles a la luz de los últimos progresos científicos, que presentó el Relator, Dr. Adalberto Steeger (Chile), y dice así:

El grupo de trabajo "B" de la Comisión I, encargado del estudio del tema "control de las diarreas infantiles a la luz de los últimos progresos científicos", se reunió en tres sesiones de trabajo los días 11, 13 y 14 de octubre bajo la dirección del Dr. Juan Allwood Paredes (El Salvador) y actuando de Relator el Dr. Adalberto Steeger (Chile) y de Secretario el Dr. Myron E. Wegman (OSP).

La discusión enfocó los trastornos diarreicos agudos de la infancia cuya morbilidad y mortalidad afectan predominantemente a los niños menores de 2 años. El excelente trabajo sobre este tema, (Documento CSP14/27),¹ presentado por el Dr. Albert V. Hardy, Director de Laboratorios del Departamento de Salud Pública del Estado de Florida, Estados Unidos de América, sirvió de base a la discusión.

El autor subdividió su estudio en cinco partes, a saber: mortalidad, etiología, epidemiología, clínica y control.

Seguidamente se resumen las diversas opiniones vertidas por los delegados asistentes acerca de los aspectos antedichos. Las recomendaciones expuestas al final se desprenden de la exposición de aquellas opiniones.

Mortalidad.—Hubo acuerdo unánime en considerar que las diarreas agudas de la infancia constituyen una de las causas principales de la mortalidad en muchos países de América, lo que justifica cualquier esfuerzo que se haga para conocer mejor el problema a fin de establecer y aplicar medidas de profilaxis y tratamiento eficaces. En la mayoría de los países americanos, las cifras de mortalidad no son suficientemente exactas y hay muchas razones para suponer que la realidad es más grave de lo que estas cifras indican. Ello se debe a que las causas de muerte registradas se basan en un porcentaje muy bajo de certificados médicos y, por ende, no siempre reflejan la realidad clínica. Es así que muchas muertes ocasionadas por diarreas agudas figuran en los registros como debidas a meningitis simple, a bronconeumonía, trastornos de la nutrición, etc. Para mejorar en forma notoria la evaluación de la mortalidad por diarreas infantiles los estudios deben circunscribirse a registros estadísticos de grupos de población representativos que estén sujetos a un control médico-sanitario. No debe llamar la atención el que las cifras de mortalidad y morbilidad para estos grupos aumenten como resultado del mejor conocimiento y registro de las enfermedades, aun cuando mejore la situación sanitaria, alimenticia o cultural de los mismos. En los países con registros deficientes deben compararse y evaluarse las causas de muerte de este rubro mediante un análisis crítico de la mortalidad infantil, general y específica por grupos de edad y de la incidencia estacional.

Etiología.—La diarrea aguda de la infancia es casi siempre una infección entérica. Hubo acuerdo unánime en considerar que las *Shigellas* constituyen el factor etiológico más frecuente. Las *Salmonellas* intervienen menos frecuentemente y, más raramente aún, otros agentes biológicos conocidos y desconocidos. Sin embargo, uno de los representantes señaló el hecho de que en su país el agente etiológico más frecuente de las infecciones entéricas en el medio rural es la *Sal-*

¹ Véase pág. 481.

monella. En ciertos países, la infección por *E. histolytica* se observa en 2 a 5% de las diarreas infantiles.

La determinación de los agentes etiológicos se mejora considerablemente al utilizar medios de cultivo selectivos, aplicando una técnica correcta en la selección de las colonias sospechosas para estudio. La búsqueda del germen en los primeros días de enfermedad dará resultados positivos sensiblemente más altos que en los períodos tardíos.

A pesar de los adelantos en las técnicas bacteriológicas, queda una proporción de casos en los que el germen causal no puede aislarse. De igual manera que con respecto a los registros estadísticos, es conveniente realizar las encuestas bacteriológicas en grupos de población representativos, si los recursos disponibles no permiten realizar investigaciones en masa.

Epidemiología.—El hecho de que las infecciones entéricas se observen en todas las regiones de un país es indicativo de la difusión de la infección.

Hay fluctuaciones estacionales de la epidemia, de tal suerte que la elevación de la incidencia se observa en los meses de primavera y verano.

El contagio habitual en la shigelosis se realiza en forma directa por las manos del enfermo o del portador y, de manera indirecta, por medio de las moscas. La transmisión por medio del agua, la leche y otros alimentos es excepcional.

Los niños alimentados a pecho tienen menos riesgo de ser infectados, lo que explica en gran parte la diferencia entre el número de shigelosis que se observa entre los niños que son alimentados naturalmente y los que son alimentados artificialmente.

En contraste con las *Shigellas*, que afectan solamente al hombre, las fuentes de infección de *Salmonellas* no tíficas son los animales. La transmisión al hombre se efectúa por los alimentos infectados o contaminados, en particular: huevos, aves, carnes, o bien por contacto directo con animales, lo que explicaría la mayor incidencia de esta infección en algunas zonas rurales. En ambas infecciones los riesgos de contagio son mayores en los sectores pobres de la población.

Clínica.—Las infecciones por *Shigella* y *Salmonella* pueden dar lugar a cuadros clínicos variados, desde la forma fulminante tóxica hasta formas muy leves. La clínica no puede determinar la etiología de los diversos cuadros diarréicos; el diagnóstico etiológico depende del laboratorio.

La enfermedad diarreica desorganiza fácilmente el equilibrio hidroelectrolítico y es ese trastorno el mecanismo más frecuente de la muerte del niño. En los distróficos la severidad de la infección y de sus complicaciones es mayor.

Durante los últimos años se han hecho grandes adelantos en el tratamiento, particularmente en lo que respecta a:

- (a) la oportuna corrección del trastorno hidrosalino por la administración sistemática de fluidos, electrólitos, glucosa, plasma y sangre; y
- (b) el uso adecuado de antibióticos y sulfamidados.

Se hizo notar la conveniencia de proveer facilidades para la aplicación de estos tratamientos en consultorios externos como una medida para aliviar la escasez de camas de hospital.

Control.—El grupo de trabajo unánimemente reconoció que el progreso económico-social, que trae consigo el mejoramiento en la salubridad del medio

ambiente, es fuerza decisiva en pro de la lucha contra las enfermedades diarreicas. El fomento de la economía no está enmarcado primordialmente en la acción que compete a las administraciones sanitarias; sin embargo, éstas sí pueden adoptar una serie de medidas ordenadas de control que pueden resumirse en las recomendaciones siguientes:

(1) Establecer un correcto registro de las causas de muerte, lo cual se facilitaría con la adopción de una clasificación simple de las afecciones digestivas de acuerdo con la *Lista Internacional de Enfermedades y Causas de Defunción* adoptada por la OMS.

Mientras no se haya logrado tal registro satisfactorio, se sugiere considerar separadamente las certificaciones de defunción de aquellos niños atendidos por médicos y cotejar las tasas específicas de defunción con las de la mortalidad infantil en general y por grupos de edad y también con las de incidencia estacional y la distribución geográfica.

(2) Establecer o mejorar servicios indispensables de laboratorio, a niveles regional, nacional y local.

Procurar que estos laboratorios adopten métodos uniformes en los diversos países a fin de obtener información fidedigna y comparable.

Así organizados, los laboratorios podrán realizar estudios minuciosos de muestras representativas de población.

(3) Debe perfeccionarse la capacitación del médico general y sanitario, de los técnicos de laboratorio y demás personal paramédico en lo que respecta al diagnóstico, tratamiento y control de las diarreas infantiles.

Se destaca la conveniencia de dictar cursos breves e intensivos adaptados especialmente al personal que trabaja lejos de los grandes centros urbanos.

(4) Será indispensable organizar un amplio sistema de servicios médicos sanitarios y asistenciales no sólo en las áreas urbanas, sino también en las rurales para suministrarle oportuno tratamiento al niño enfermo y supervisión médica al niño sano.

(5) Mejorar la higiene personal mediante el suministro doméstico de agua, complementado con una acción educativa que estimule la adopción de hábitos de higiene personal, incluyendo el uso del jabón.

(6) Aplicar medidas de saneamiento ambiental encaminadas a la eliminación sanitaria de las excretas humanas y al control de las moscas.

(7) Mejorar la nutrición infantil por medio de la difusión de la puericultura y, cuando fuere posible, mediante el reparto de alimentos básicos, en especial leches industrializadas y ácidas, para los niños de los sectores de población más necesitados. Estimular la alimentación natural tomando en cuenta el estado de nutrición de la madre.

(8) Pedir al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que preste la ayuda de la Oficina para:

- (a) Preparar personal necesario en la lucha contra las diarreas infantiles, incluyendo el envío de técnicos, a solicitud;
- (b) Facilitar el intercambio científico internacional acerca de esta materia; y
- (c) Facilitar el aprovisionamiento de los laboratorios nacionales con reactivos estandarizados de diagnóstico.

(9) Invitar al UNICEF a que considere, de acuerdo con la Oficina Sanitaria Panamericana, la adopción de programas que apoyen, en lo que fuere aplicable, la realización de las recomendaciones antedichas.

(10) Pedir al Director de la Oficina que dé la más amplia difusión posible al trabajo preparado por el Dr. Albert V. Hardy y a las recomendaciones contenidas en este documento y que presente al Consejo Directivo, en su próxima reunión, un informe acerca de las gestiones que la Oficina realice en favor de la lucha contra las diarreas infantiles.

Proyecto de Resolución

Control de las Diarreas Infantiles a la Luz de los Últimos Progresos Científicos

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando la importancia que tienen las diarreas infantiles como causa predominante de enfermedad y muerte en muchos países americanos; y

Tomando en cuenta las deliberaciones sostenidas en el seno del grupo de trabajo nombrado para estudiar ese tema y el informe y recomendaciones propuestas por el mismo,

RESUELVE:

(1) Aprobar las recomendaciones técnicas sobre el control de las diarreas infantiles establecidas en el informe del grupo de trabajo *ad hoc*, modificado por la Comisión I (Documento CSP14/79, Rev. 1).¹

(2) Recomendar al Director que, de acuerdo con las posibilidades de la Oficina, estimule el desarrollo de las recomendaciones técnicas contenidas en el informe mencionado, dando cuenta de las gestiones que se hubieren realizado en este sentido, al Consejo Directivo en su próxima reunión.

(3) Encomendarle al Director de la Oficina que dé amplia difusión al trabajo preparado por el Dr. Albert V. Hardy (Documento CSP14/27 y Addendum I y II)² y al informe del grupo de trabajo *ad hoc* (Documento CSP14/79; Rev. 1).³

PRIMER INFORME (Parte III)

(Documento CSP14/69, Rev. 1)

Informe del Grupo de Trabajo "A" sobre Métodos para Mejorar la Exactitud y Fidelidad de los Datos Estadísticos Primarios Indispensables para Programas de Salud

La Comisión I, en su cuarta sesión, celebrada el 18 de octubre de 1954, aprobó el informe sobre "Métodos para mejorar la exactitud y fidelidad de los datos estadísticos primarios para programas de salud", siguiente:

¹ Véanse págs. 460-461.

² Véanse págs. 481-526.

³ Modificado en la octava sesión plenaria; véase Resolución XXVII del Acta Final, pág. 666.

El grupo de trabajo "A" de la Comisión I celebró seis sesiones de trabajo, con el fin de estudiar el tema que le fué encomendado, con asistencia de Delegados de Colombia, Costa Rica, Estados Unidos, Venezuela, Argentina, Haití, México, Francia, Chile, Guatemala, Bolivia, Paraguay y Observadores de las Naciones Unidas y de la Organización de los Estados Americanos. Fué elegido Director de Debates el Dr. Darío Curiel (Venezuela) y Relator el Dr. Hugo Behm (Chile), y actuaron la Dra. Ruth Puffer (OSP) como Secretaria y el Dr. Enrique Pereda (Chile) como Experto.

El grupo adoptó como base de discusión el trabajo presentado por el Dr. Enrique Pereda (Documento CSP14/26),¹ un documento cuya singular importancia deseamos destacar y del cual se hace amplio uso en este informe.

Fué evidente para el grupo que no es posible discutir los métodos de mejorar las estadísticas que son necesarias en los programas de salubridad, sin definir previamente cuáles son tales estadísticas. Se sabe bien que la estadística es fundamental en la determinación, desarrollo, evaluación y perfeccionamiento de los programas de salud. Se sabe también que estos programas comprenden toda una gama de actividades, entre las que figuran la promoción, la protección y la reparación de la salud. De esto resulta que es necesario, desde luego, conocer la población a la que se desea servir, los hechos vitales que en ella ocurren y las enfermedades que la aquejan, para determinar así la magnitud y jerarquía de los distintos riesgos que se desean disminuir.

Resulta fundamental, además, tener una descripción del personal, de los recursos materiales y de los medios económicos disponibles para las actividades de salud, así como determinar los servicios que por medio de estos recursos se prestan a la colectividad. Estos servicios representan sumas ingentes de dinero, que los propios habitantes proporcionan directa o indirectamente, y es responsabilidad de los encargados de los programas rendir cuenta cabal de su rendimiento.

Por otra parte, el grupo tuvo presente que la salud está estrechamente ligada al desarrollo económico, cultural y social, debido a lo cual son necesarias las estadísticas económicas y sociales que den una visión integral de los problemas de la colectividad, y que contribuyan a planear una acción unitaria destinada a elevar el nivel de vida de la población.

Definidas así las estadísticas que se desean obtener, el grupo examinó las fuentes y los tipos de error de la información disponible, tomando en consideración las opiniones de los señores Delegados y el "Resumen de los Informes de los Estados Miembros, 1950-53." Fué evidente en este examen que, a pesar de los progresos alcanzados, se sigue disponiendo de una información estadística limitada y que adolece de errores graves. Hay un marcado contraste entre el avance que significan los acuerdos internacionales logrados en algunos campos de la estadística y la limitación con que se cumplen en la práctica.

En parte, las causas de estas deficiencias han de buscarse en la dificultad, dentro de los países, de implantar un sistema de estadística eficiente, debido a la multiplicidad de los organismos que producen, elaboran, analizan y publican los datos que interesan en salubridad. Influye también el hecho de que los organismos que desarrollan actividades de protección, promoción o recuperación de la salud,

¹ Véase pág. 526.

rara vez están integrados. En ambos casos es un problema administrativo complejo obtener una coordinación adecuada, hecho que repercute en la calidad y oportunidad de las estadísticas.

No hay duda que la necesidad no satisfecha de personal estadístico, debidamente adiestrado, contribuye poderosamente a obstaculizar la producción de estadísticas fidedignas, y de aquí que se haya dado importancia a las recomendaciones sobre formación y perfeccionamiento técnico de personal.

Sin embargo, la elaboración de estadísticas dignas de confianza no es sólo un problema de organización, de medios y personal, sino que depende también fundamentalmente de la colaboración de quienes contribuyen a proporcionar datos básicos y de quienes utilizan las conclusiones del análisis estadístico. A pesar de los progresos alcanzados en este sentido, no todos comprenden que la estadística es una metodología esencial en todas las etapas de un programa de salud. Esto ha llevado al grupo a recomendar que se insista en la importancia de un servicio de estadística en los organismos de salubridad, adecuadamente dotado, cuyos miembros colaboren activamente con los encargados de la conducción de los programas. Se recomiendan, además medidas para enseñar y divulgar la aplicación de los métodos estadísticos a los profesionales que trabajan en salubridad.

El grupo concluyó su labor haciendo hincapié en las recomendaciones internacionales que pueden ponerse en práctica de inmediato, los mecanismos de coordinación que son aconsejables y los procedimientos para mejorar los informes que rindan los Estados Miembros a la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana.

La amplitud con que el grupo reconoció las deficiencias de las estadísticas necesarias para los programas de salud y las dificultades para obviarlas no debe mover a pensar con excesivo pesimismo en la solución del problema. Por el contrario, se han hecho grandes progresos en estas estadísticas y existen buenas posibilidades de que continúen en el futuro.

La responsabilidad de mejorar esta información le cabe a los propios países y es parte de una tarea que consiste fundamentalmente en utilizar la estadística como un medio esencial de trabajo, no sólo en el campo de la salubridad, sino en el de todas las actividades propias de las colectividades organizadas.

Además de estas actividades dentro de los países, la Oficina Sanitaria Panamericana debe indudablemente continuar contribuyendo poderosamente a este desarrollo mediante una acción permanente de educación y adiestramiento de personal y mediante estímulo e intercambio de ideas y procedimientos.

Proyectos de Resolución¹

1. Estadísticas Necesarias para los Programas de Salud

CONSIDERANDO:

Que la salud en sí misma constituye un todo indivisible y que, por otra parte, ella está estrechamente ligada al desarrollo económico, social y cultural de la colectividad;

¹Los proyectos de resolución recomendados en este informe fueron aprobados por la Conferencia en su octava sesión plenaria, con las modificaciones que se indican.

Que la salubridad comprende todas las medidas de fomento, protección y reparación de la salud;

Que la desproporción entre la magnitud de los problemas de salud y los recursos que habitualmente se destinan a su solución, obliga a clasificar estos problemas jerárquicamente para abordarlos según su importancia relativa y a emplear los recursos de tal modo que produzcan el máximo de rendimiento; y

Que los programas de salud requieren indispensablemente de datos estadísticos básicos para su correcta planificación, desarrollo, evaluación y perfeccionamiento,

RESUELVE:

Recomendar a los Estados Miembros que, de acuerdo con las posibilidades que su desarrollo económico, social y cultural permita, extiendan y mejoren la recolección, elaboración, análisis y oportuna publicación de las estadísticas de población, vitales, de morbilidad, de recursos de salubridad y de los servicios que ellos prestan, y económicas y sociales relacionadas con la salud.

[Resolución XVI]

2. *Estadísticas de Población*

CONSIDERANDO:

Que el conocimiento de la población en sus distintos componentes es de fundamental importancia en los programas de salud,

RESUELVE:

Recomendar a los Estados Miembros que sus organismos de salubridad: (a) promuevan y cooperen en la obtención de estadísticas demográficas oportunas y fidedignas; (b) participen en la planificación de los censos de población para obtener que ellos incluyan el máximo de datos posibles que sean esenciales para los programas de salud; y (c) utilicen las encuestas sanitarias, cuando ello sea necesario, para proporcionar información adicional sobre la población.

[Resolución XVII]

3. *Estadísticas Vitales*

CONSIDERANDO:

Que es tarea básica de los organismos de salubridad conocer, tanto al nivel local como al nacional, los hechos vitales que ocurren en las poblaciones cuyos problemas sanitarios desean combatir;

Que para los programas de salubridad es especialmente importante, entre estos hechos vitales, conocer del modo más completo posible las causas de las muertes que ocurren en la población;

Que existen, para los objetivos señalados, detalladas recomendaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud y de las Naciones Unidas; y

Que sin embargo, las estadísticas vitales siguen adoleciendo de errores en su recolección, de insuficiencia de análisis y de publicación tardía, circunstancias que dificultan su uso oportuno en la planificación, desarrollo, evaluación y perfeccionamiento de los programas de salubridad, y obstaculizan la comparabilidad de los datos, tanto en escala nacional como internacional,

RESUELVE:

(1) Recomendar a los Estados Miembros que, por medio de sus instituciones nacionales, mejoren la aplicación de: (a) los *Principios para un Sistema de Estadísticas Vitales*, de las Naciones Unidas, concediendo importancia especial a la recolección y elaboración de aquellos datos que sirven específicamente a los fines de salubridad; y (b) la Reglamentación N° 1 de la Organización Mundial de la Salud, relativa al uso de la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*. (2) Recomendar que en esta aplicación se conceda atención especial al perfeccionamiento de los procedimientos para recoger la información estadística básica al nivel local.

[Resolución XVIII]

4. *Estadísticas de Morbilidad*

CONSIDERANDO:

Que las estadísticas de morbilidad son indispensables para la determinación, desarrollo, evaluación y perfeccionamiento de los programas de salud;

Que la recolección de esta información es compleja, y la extensión y detalle con que ella puede obtenerse depende en alto grado del desarrollo económico, social y cultural;

Que es evidente que existen, en la mayoría de los países, informaciones sobre las enfermedades de ciertos grupos de la población, informaciones tales como las estadísticas hospitalarias, de seguros de enfermedad, de accidentes, de industrias, etc., que interesa desarrollar, normalizar y utilizar;

Que una acabada descripción de la importancia, tipos, fuentes y usos de las estadísticas de morbilidad, está contenida en el Tercer Informe del Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias de la Organización Mundial de la Salud; y

Que para el grupo especial de las enfermedades transmisibles, cuyo conocimiento completo y oportuno es de importancia local, nacional e internacional, existen disposiciones legales en los países y detalladas recomendaciones internacionales, a pesar de las cuales estas estadísticas adolecen aún de inexactitudes y no se cumplen totalmente las disposiciones relativas a su envío y publicación,

RESUELVE:

(1) Recomendar a los Estados Miembros que promuevan la utilización de las estadísticas de morbilidad general para beneficio de los programas de salud, y que desarrollen una acción permanente para cumplir las recomendaciones hechas en el Tercer Informe del Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias de la Organización Mundial de la Salud.

(2) Recomendar a los Estados Miembros que tomen medidas inmediatas para mejorar la denuncia de las enfermedades transmisibles, por medio de la aplicación de: (a) el Reglamento N° 2 de la Organización Mundial de la Salud (*Reglamento Sanitario Internacional*); (b) los *Procedimientos Básicos para la Notificación de las Enfermedades Transmisibles* (Publicación Científica N° 8 de la Oficina Sanitaria Panamericana); y (c) la *Guía para la Notificación de las Enfermedades Cuarentenables y de Otras Enfermedades Transmisibles de las Américas* (Publicaciones Varias N° 5, Oficina Sanitaria Panamericana).

[Resolución XIX]

5. *Estadísticas de Recursos y Servicios*

CONSIDERANDO:

Que para los programas de salubridad es necesario conocer los recursos económicos, de personal y de equipos, tanto gubernamentales como privados, que el país destina específicamente a dichos programas;

Que es fundamental evaluar el rendimiento y costo de los programas de salud, y que para ello son imprescindibles las estadísticas de los recursos y de los servicios que se prestan; y

Que, a pesar de su importancia, este tipo de estadísticas se encuentra poco desarrollado en la mayoría de los países americanos,

RESUELVE:

Recomendar que los Estados Miembros tomen medidas para la obtención de estadísticas de los recursos nacionales destinados a salubridad y de los servicios que con ellos se prestan a la colectividad, de tal modo que esta información facilite la planificación, desarrollo, evaluación y perfeccionamiento de los programas de salud.

[Resolución XX]

6. *Estadísticas Económico-Sociales Relacionadas con la Salud*

CONSIDERANDO:

Que hay una estrecha interdependencia entre el desarrollo económico, cultural y social de la colectividad y sus problemas de salud;

Que de esto resulta que los programas de salud deben formar parte de un plan integral de gobierno para mejorar las condiciones de vida de la población;

Que, por lo tanto, los encargados de los programas de salud necesitan disponer de estadísticas económico-sociales que contribuyan a darles una visión unitaria de los problemas de la comunidad; y

Que, a pesar de que existe una información de esta índole en la mayoría de los países, no es suficientemente utilizada por los organismos de salud,

RESUELVE:

Recomendar a los Estados Miembros promover el uso de las estadísticas económico-sociales relacionadas con la salud por las organizaciones de salubridad, con el propósito de dar unidad a las acciones que tienden a elevar las condiciones de vida de la población.

[Resolución XXI]

7. *Servicio de Estadística en los Organismos de Salubridad*

CONSIDERANDO:

Que algunos de los datos estadísticos básicos que los organismos de salubridad necesitan, deben someterse, en estos organismos, a un proceso de recolección, elaboración y análisis de tal modo que puedan usarse constante y oportunamente para la planificación, desarrollo, evaluación y perfeccionamiento de los programas de salud;

Que además de la información estadística anteriormente mencionada, es

igualmente necesario el uso de datos estadísticos producidos por otros organismos nacionales; y

Que para un adecuado aprovechamiento de la información estadística en los programas de salud es necesario que estadísticos con conocimientos básicos en salubridad colaboren estrechamente con quienes desarrollan estos programas,

RECOMIENDA:

(1) Que los Estados Miembros creen, o impulsen y fortalezcan el servicio de estadística en los organismos de salubridad, dotándolo de medios materiales y de personal estadístico que tenga un entrenamiento adecuado.

(2) Que con el fin de coordinar los diversos organismos que producen estadísticas de interés sanitario, los Estados Miembros fomenten la creación y desarrollo de Comité Nacionales de Estadísticas Vitales y Sanitarias, de acuerdo con el Informe de la Primera Conferencia Internacional sobre Comités Nacionales de Estadísticas Vitales y Sanitarias.

(3) Que con el objeto de producir datos básicos fidedignos, esenciales a las estadísticas vitales, se establezca la coordinación local de los servicios de salubridad de registro civil y de estadística.

[Resolución XXII]

8. *Divulgación y Enseñanza de las Estadísticas Aplicadas a Salubridad*

CONSIDERANDO:

Que para mejorar la exactitud y fidelidad de los datos estadísticos necesarios en la planificación, desarrollo, evaluación y perfeccionamiento de los programas de salud es indispensable la enseñanza a los profesionales que trabajan en este programa (médicos, enfermeras, ingenieros sanitarios, visitadoras sociales, educadores sanitarios, etc.) de los métodos estadísticos y su aplicación a salubridad;

Que con la misma finalidad, es igualmente necesario que el personal estadístico perfeccione el nivel de sus conocimientos técnicos;

Que es evidente la conveniencia de acrecentar los estímulos para que progresivamente se vayan formando cuerpos de estadísticos y oficiales de estadística idóneos,

RESUELVE:

Recomendar a los Estados Miembros que, en cuanto a los profesionales que trabajan en salubridad: (a) incluyan en el curriculum de las escuelas de medicina, de enfermería, de servicio social, etc., la enseñanza de los métodos estadísticos aplicados a salubridad; (b) orienten la enseñanza de estadística impartida por las escuelas de salubridad a su aplicación práctica en los programas de salud.

Recomendar a los Estados Miembros que, en cuanto a los funcionarios de servicios de estadística, y según sean sus necesidades nacionales, desarrollen programas de enseñanza en los siguientes niveles: (a) cursos universitarios para la formación de estadísticos, con sólidas bases en matemáticas y especialización en diversas disciplinas, salubridad entre ellas; (b) cursos de especialistas en salubridad para los estadísticos que tengan conocimientos universitarios básicos; (c) cursos de nivel medio en las escuelas de salubridad para los funcionarios de servicios de estadística que hayan completado estudios de humanidades; y (d)

cursos de adiestramiento en los propios servicios de estadística para los oficiales que trabajan, a nivel local o central, en la recolección y manejo de la información estadística original.

Recomendar a los Estados Miembros la creación de la carrera funcionaria de estadístico, en la que se contemplen escalafones adecuados y salarios suficientes.

Recomendar a los Estados Miembros que estimulen el trabajo en equipo de los profesionales de salubridad con los estadísticos, a fin de divulgar la aplicación de los métodos estadísticos a los programas de salud y a la investigación clínica.

Solicitar a la Oficina Sanitaria Panamericana que asista a los Estados Miembros, en la mayor amplitud posible, con el objeto de desarrollar programas de educación y entrenamiento en estadísticas aplicadas a salubridad.¹

[Resolución XXIII]

9. *Resumen de Informes de los Estados Miembros para 1954-1957*

CONSIDERANDO:

Que el "Resumen de los Informes de los Estados Miembros 1950-53",² preparado por la Oficina Sanitaria Panamericana, es un valioso documento para conocer los problemas de salud de las Américas y para coordinar los programas de salubridad, que contiene informes estadísticos sobre población, natalidad, mortalidad, morbilidad por enfermedades transmisibles, personal y organización de servicios de salubridad y descripción de algunos programas; y

Que es evidente que los datos de estos informes no son estrictamente comparables debido a diferencias en las definiciones y en los procedimientos seguidos por los diversos países,

RESUELVE:

Recomendar a los Estados Miembros que: (a) inicien de inmediato el mejoramiento de estos datos estadísticos, de acuerdo con las recomendaciones de los organismos internacionales; y (b) alcancen un acuerdo para ampliar la información estadística que deberían contener sus informes a la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana, y que determinen los procedimientos para obtenerla y los métodos para asegurar su comparabilidad internacional, con la activa participación de la Oficina Sanitaria Panamericana y por medio de seminarios y otras actividades destinadas a intercambiar ideas y procedimientos.

[Resolución XXIV]

10. *Métodos para Mejorar la Exactitud y Fidelidad de los Datos Estadísticos Primarios Indispensables para Programas de Salud*

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando la importancia que las estadísticas tienen para la planificación, desarrollo, evaluación y perfeccionamiento de los programas de salud; y

¹ Modificado por la Conferencia en su octava sesión plenaria.

² Documento CSP14/7, cuya revisión, *Resumen de los Informes sobre las Condiciones Sanitarias en las Américas 1950-1953*, se ha publicado por separado como Publicación Científica No. 24, junio 1956.

Tomando en cuenta las deliberaciones sostenidas en el seno del grupo de trabajo nombrado para estudiar ese tema y el informe y recomendaciones propuestas por el mismo,

RESUELVE:

(1) Aprobar las recomendaciones técnicas sobre los "Métodos para mejorar la exactitud y fidelidad de los datos estadísticos primarios para programas de salud" establecidas en el informe del grupo de trabajo *ad hoc* (Documento CSP14/69, Rev. 1)¹ y el trabajo preparado por el experto de la OSP (Documento CSP14/26).²

(2) Recomendar al Director de la Oficina para que, de acuerdo con sus posibilidades, estimule el desarrollo de las recomendaciones técnicas contenidas en el informe mencionado, dando cuenta de las gestiones que la Oficina haya realizado en este sentido al Consejo Directivo en su próxima reunión.

(3) Encomendarle al Director de la Oficina que dé amplia difusión al trabajo preparado por el Dr. Enrique Pereda (Documento CSP14/26) y el informe del grupo de trabajo *ad hoc* (Documento CSP14/69, Rev. 1).³

[Resolución XXV]

SEGUNDO INFORME (Parte I)

(Documento CSP14/81)

Informe del Grupo de Trabajo "D" sobre Erradicación de la Malaria en las Américas

La Comisión I, en las reuniones del 18 y 20 de octubre, examinó y aprobó el informe del grupo de trabajo "D" relativo a la erradicación de la malaria en las Américas, presentado por el Relator, Dr. Arnoldo Gabaldón (Venezuela), que dice así:

Este grupo designó como Director de debates al Dr. N. H. Swellengrebel (Países Bajos) y como Relator al Dr. Arnoldo Gabaldón (Venezuela); celebró una sesión el 14 de octubre y dos el día 15. Se resolvió designar un comité de redacción compuesto por los Dres. Vargas Méndez (Costa Rica), Montalván (Ecuador), Floch (Francia) y el Relator, con la colaboración de los Dres. E. J. Pampana (OMS) y C. A. Alvarado (OSP). Este comité se reunió el domingo 17 de octubre en Viña del Mar y redactó el presente informe, teniendo en cuenta para ello el V Informe sobre Situación de la Lucha Antimalárica en las Américas por el Dr. C. A. Alvarado⁴ y los comentarios expuestos por los diferentes miembros del grupo de trabajo en las sesiones correspondientes.

Se estima que el siguiente anteproyecto de resolución, que se somete a la

¹ Véase pág. 462.

² Véase pág. 526.

³ Modificado por la Conferencia en su octava sesión plenaria.

⁴ Publicado separadamente como Publicación Científica No. 26.

consideración de la Comisión I, condensa los puntos de vista comunes a que se llegó durante las discusiones:

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

CONSIDERANDO:

Que habiéndose comprobado la posibilidad de alcanzar la erradicación de la malaria en varias áreas de las Américas, por medio del rociamiento intradomiciliar de insecticidas de acción residual, que actuando sobre los mosquitos interrumpen la transmisión de la enfermedad sin haber sido necesario reducir o erradicar la población de los anofelinos vectores;

Que observaciones recientes indican la aparición de resistencia de los anofelinos que les permite continuar con la transmisión, fenómeno revelado en algunas zonas después de varios años del empleo de los insecticidas para fines antilarvarios o agrícolas, lo cual tiende a disminuir su eficacia en la lucha antimalárica con el transcurso del tiempo;

Que, por consiguiente, es de extrema urgencia desarrollar las labores antimaláricas hasta el logro de la erradicación de la enfermedad en el más corto espacio de tiempo posible, antes de que la aparición del fenómeno nombrado haga inoperante el uso de los insecticidas de acción residual, eliminando así el único procedimiento económico actualmente conocido para la lucha contra la malaria en escala nacional;

Que el logro obtenido en la erradicación de la malaria en algunos países le confiere importancia internacional, ya que para evitar la importación de nuevos casos a zonas libres de la infección se hace indispensable el desarrollo y coordinación de programas antimaláricos a escala hemisférica;

Que la experiencia adquirida en las áreas donde se ha logrado la erradicación ha demostrado que programas con este fin, a plazo determinado, resultan económicamente más favorables que los de control continuado;

Que de obtenerse la acción integral y coordinada de todos los gobiernos, sería posible la erradicación de la malaria en el Hemisferio en un período seguramente menor de cinco años.

RECOMIENDA A LOS GOBIERNOS:

Que aquellos que no tengan actualmente programas de erradicación de la malaria procedan a convertir los programas existentes en programas de erradicación, reorganizando para ese fin sus respectivos servicios antimaláricos, asignándoles autoridad y responsabilidad técnica total sobre el problema, y recursos económicos adecuados para lograr el objetivo establecido dentro del más corto tiempo posible.

Que para alcanzar el grado de eficiencia requerido por esta nueva orientación es indispensable que el personal técnico responsable se encuentre específicamente capacitado, aprovechando a tal fin las facilidades para adiestramiento que ofrecen los organismos nacionales o internacionales.

Que se adopten las disposiciones legales pertinentes para hacer obligatoria e inmediata la notificación de casos de malaria y su correspondiente comprobación parasitológica, y que se informen mensualmente los casos comprobados, así como el desarrollo del programa, a la Oficina Sanitaria Panamericana,

ENCOMIENDA A LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA:

Que proceda a dar los pasos para promover cuanto antes la adopción por los diferentes países de las anteriores recomendaciones.

Que adopte las medidas necesarias para prestar a los diferentes países la asistencia técnica que requieran y, cuando considere oportuno y fuere posible, la ayuda económica necesaria.

Que estudie las posibilidades de obtener la participación financiera de organizaciones públicas o privadas, nacionales o internacionales, para adelantar el desarrollo de estos programas.

Que mantenga una información mensual sobre el estado de la malaria en el Hemisferio y del desarrollo de los programas.

Que dé los pasos necesarios que conduzcan a la adopción de medidas de carácter internacional a fin de asegurar la protección de los países o territorios que hayan logrado su erradicación.

Que fomente la coordinación de los programas de erradicación entre los diferentes países y territorios promoviendo a tal fin y cuando fuere necesario la celebración de convenios regionales.

Que use fondos en 1955 para el programa de erradicación de la malaria en suma hasta de \$100.000 por encima de las asignaciones provistas en las resoluciones de esta Conferencia, si tales fondos están disponibles y sin obligar para el primero de enero de 1955, y solicite de los Gobiernos Miembros en el presupuesto propuesto para 1956 una suma igual, específicamente destinada a la erradicación de la malaria.

Este anteproyecto fué resumido en los dos proyectos de resolución siguientes, aprobados por la Comisión I en su sesión del 20 de octubre:

*Proyectos de Resolución*¹1. *Erradicación de la Malaria en las Américas*

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

CONSIDERANDO:

Que en el curso de las discusiones técnicas sobre el tema "Erradicación de la Malaria en las Américas" se ha puesto en evidencia que:

(a) La experiencia de los países que han logrado la erradicación de la malaria indica que, una vez que se interrumpe la transmisión, la infección desaparece de la población humana en pocos años, como consecuencia de la muerte natural del parásito;

(b) Existen observaciones recientes que han demostrado el desarrollo de resistencia a ciertos insecticidas en algunas especies de anofelinos, fenómeno que con el tiempo puede ocasionar graves dificultades y hasta fracasos, a las campañas antimaláricas; y

(c) La erradicación de la malaria en algunos países plantea el problema internacional de evitar la importación de nuevos casos a zonas ya libres de la infección,

¹ Aprobados por la Conferencia en su décima sesión plenaria.

RESUELVE:

(1) Declarar que es de extrema urgencia poner en ejecución la Resolución XVIII de la XIII Conferencia Panamericana por la cual se encomendó a la Oficina Sanitaria Panamericana propender a la intensificación y coordinación de las labores de lucha antimalárica a objeto de procurar la erradicación de dicha enfermedad en el Hemisferio Occidental, y que los Gobiernos Miembros conviertan a la brevedad posible todos los programas de lucha en programas de erradicación, a fin de que ésta sea lograda antes de la aparición de la resistencia de los anofelinos a los insecticidas.

(2) Disponer que la Oficina Sanitaria Panamericana proceda a dar cumplimiento a la resolución antes citada y estudie las medidas de carácter internacional para asegurar la protección de los países o territorios que hayan logrado la erradicación de la enfermedad.

(3) Autorizar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para obtener la participación financiera de organizaciones públicas o privadas, nacionales o internacionales, para adelantar el desarrollo de los objetivos señalados en esta resolución.

[Resolución XLII]

2. Uso de Fondos para la Intensificación de Actividades Antimaláricas

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta la resolución sobre la erradicación de malaria en las Américas, aprobada en el curso de la presente sesión; y

Considerando que es necesario proveer a la Oficina Sanitaria Panamericana de los recursos financieros que le permitan llevar a cabo las funciones que le fueron encomendadas en la resolución antedicha,

RESUELVE:

(1) Autorizar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana a comprometer una suma hasta de \$100.000, del superávit que pueda existir para el 31 de diciembre de 1954, con el propósito de intensificar las actividades antimaláricas de la Oficina dirigidas a la erradicación de la malaria en el Hemisferio Occidental.

(2) Aprobar la preparación de un proyecto de presupuesto para 1956 por el Comité Ejecutivo, para la consideración del Consejo Directivo, con un aumento de \$100.000, sobre el presente nivel presupuestario, aumento específicamente destinado a la intensificación de las actividades antimaláricas de la Oficina.

[Resolución XLIII]

SEGUNDO INFORME (Parte II)

(Documento CSP14/88)

Informe del Grupo de Trabajo "E" sobre Treponematosis

La Comisión I, en su reunión de 20 de octubre, examinó y aprobó el informe del grupo de trabajo "E", relativo a las treponematosis, presentado por el Relator, Dr. Alberto Bissot, Jr. (Panamá) que dice así:

El grupo de trabajo "E" se reunió en la mañana del 20 de octubre, con asistencia de todos los miembros que lo integran. Se designó Director de debates al Dr. Waldemar Coutts (Chile) y Relator al Dr. Alberto Bissot, Jr. (Panamá).

Como resultado de sus deliberaciones el grupo de trabajo acordó someter a la consideración de la Comisión I el siguiente:

Proyecto de Resolución

Treponematosi

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

CONSIDERANDO:

La importancia que las treponematosi revisten todavía en muchos países del Continente, como enfermedades infectocontagiosas;

Que en América existen todavía numerosos individuos que padecen de algunas treponematosi en estado de contagio;

Que en su transmisión interviene solamente el ser humano, circunscribiendo por lo tanto, la lucha contra su propagación únicamente al hombre;

Que es necesario propender por todos los medios a la profilaxis y control de las enfermedades citadas mediante programas preventivos de lucha, concretos y básicos,

RESUELVE:

(1) Recomendar a los Estados Miembros que, conforme a sus posibilidades, medios y condiciones, desarrollen programas de lucha médico-preventivos a base de penicilina, o con la aplicación de métodos o técnicas que en el futuro la ciencia aconseje para el control y la erradicación de estas enfermedades.

(2) Recomendar, existiendo experiencias de éxito en el tratamiento en masa con penicilina en zonas endémicas de pian, la aplicación de este procedimiento para su erradicación.¹

[Resolución XLII]

¹ Aprobado por la Conferencia en su décima sesión plenaria.

DOCUMENTOS TECNICOS

APLICACION DE METODOS DE EDUCACION HIGIENICA EN LAS ZONAS RURALES DE LA AMERICA LATINA¹

Por la Srta. MARÍA ZALDUONDO

*de la Oficina de Educación Sanitaria del Departamento de
Salud Pública de Puerto Rico*

A pesar de que existen condiciones comunes en casi todos los países de la América Latina en los aspectos de economía, educación, salud, etc., no es posible trazar pautas específicas ni normas fijas para la aplicación de métodos de educación higiénica, que a manera de patrón sirvan para la zona rural de todos. No obstante, los principios básicos de la educación higiénica moderna coinciden y lo que varía es la forma de aplicarlos.

Los programas de educación higiénica en la zona rural se dirigen mayormente a la población adulta, constituida por un alto por ciento de analfabetos. Sabemos que todo ser humano puede aprender y de hecho está aprendiendo durante toda su vida. El aprendizaje depende de las experiencias que le proporciona el ambiente en que se desarrolla el individuo y su capacidad intelectual. Ante nosotros está, como un reto, el ayudar en este proceso de aprendizaje. Hay una urgente necesidad de aplicar los principios básicos de la educación en los programas de las zonas rurales de nuestros países.

Al determinar los métodos a usarse en un programa de educación higiénica tenemos que considerar una serie de factores, tales como:

(1) características culturales del país, región o comunidad, costumbres, hábitos, creencias, etc.; (2) objetivos generales y específicos del programa; (3) habilidades de las personas responsables de la labor educativa, incluyendo no sólo la preparación académica sino también las actitudes y características en esta clase de trabajo; y (4) los recursos con que se cuenta.

La educación higiénica tiene como objetivo el desarrollo de actitudes, hábitos y conocimientos favorables a una mejor salud individual y colectiva. Así, pues, el educador necesariamente tiene que descubrir en individuos las actitudes, maneras de sentir, y hábitos para ver cuáles se consideran indeseables y necesitan mejorarse o cambiarse. En este aspecto debemos recordar que es muy importante no formar juicios rápidos al llamar actitudes o hábitos indeseables, usando como criterio nuestros propios hábitos y actitudes, ya que lo que podemos considerar deseable en nuestra cultura no lo es en otra.

¹ Documento CSPI4/28.

Para que ocurran cambios favorables es muy importante que el educador higiénico esté consciente del nivel de desarrollo de la población a la cual va dirigido el programa. La labor educativa no puede empezar en un nivel más alto del que está la población con que se trabaja. Tenemos que recordar también que el ritmo de desarrollo varía de comunidad en comunidad de acuerdo con los individuos que la componen y que no todos los individuos aprenden al mismo ritmo. Si queremos que los beneficios de la labor de educación higiénica sean permanentes en términos del mejoramiento del individuo para la vida democrática, tenemos que considerar que el proceso es más importante aún que los resultados.

Este mejoramiento individual y colectivo puede hacerse y se hace, individualmente, con las personas con las que nos ponemos en contacto en las labores diarias. Pero es muy difícil alcanzar de esta manera al conglomerado de la población rural. La labor educativa individual requiere tiempo y los recursos de personal con que contamos son limitados. Aunque hay ciertas situaciones en que el método individual se justifica, no creo que es el más recomendable para usarse en las zonas rurales.

Para lograr llegar a un mayor número de personas, nada mejor que la educación por medio de grupos ya organizados o que se organicen con ese fin. Los conocimientos que, a la vez que se imparten se integran a la experiencia práctica de la comunidad en la solución de aquellos problemas de salud que le interesan, hacen posible alcanzar más y mejores logros en la educación del adulto de la zona rural.

Reconocemos que el proceso de grupo es difícil de desarrollar y requiere conocimientos de técnicas especiales para poder usarse con éxito. En las zonas rurales donde generalmente los campesinos no están acostumbrados a este método, la tarea es ardua. Sin embargo, la experiencia nos ha demostrado que es factible usarse y que los resultados que se obtienen son generalmente más duraderos. El método de trabajo de grupo es una escuela donde el campesino desarrolla independencia, confianza en sus potencialidades y fe en que, unido su esfuerzo al de los demás, puede procurarse un posible bienestar. El campesino aprende, a la vez que adquiere un sentido de responsabilidad en cuanto al mejoramiento de su propia salud y la de su comunidad.

¿Cómo estimular el interés y lograr la formación de estos grupos? No podríamos fijar métodos específicos a seguir ya que las situaciones varían. Sin embargo, podemos citar varias formas usadas en sectores rurales, mediante las cuales se han obtenido resultados satisfactorios.

Puede despertarse interés hacia los problemas de salud a través de entrevistas informales con personas de la localidad. Entre otras, con la persona con quien una se encuentra y de quien se solicita un servicio, con el dueño de la tienda donde entramos a comprar algo, con el ama de casa que nos brinda un asiento para descansar o con algún líder destacado del sector que visitamos con el fin de estudiar la situación. No debe olvidarse que el habitante de la zona rural es generalmente tímido y parco en el hablar cuando se encuentra con personas desconocidas. Es necesario hacer el acercamiento en forma sencilla, hablando aparentemente de asuntos poco relacionados con el propósito que nos lleva. Una entrevista bien orientada logrará por medio de preguntas conducir al individuo a reco-

nocer sus problemas. Este contacto informal va logrando que la persona extraña en un principio vaya expresándose a medida que progresa la entrevista. Va eliminándose el recelo y la timidez haciendo posible que más tarde hablen abiertamente sobre sus problemas.

El fin puede conseguirse en una entrevista, pero a veces es necesario celebrar más de una, dependiendo del individuo y de la personalidad del individuo. Poco a poco va llevándose a las personas a convenir que sería beneficioso una reunión "de amigos" para discutir asuntos que atañen a todos. Es importante no forzar la reunión si aún la idea no ha madurado lo suficiente para asegurarse que el grupo siente un interés genuino por llevarla a cabo.

En ciertos sectores rurales hay personas que en una u otra forma tienen arraigo en la comunidad. Conocen y tienen relaciones amigables establecidas con los demás habitantes. Si se consigue motivar estas personas, les será fácil a ellos interesar a otras. Donde existe una escuela, la maestra puede ser el punto de contacto para reunir e interesar a los padres. Generalmente el maestro tiene gran ascendencia en las zonas rurales.

A veces se descubre que en un sector rural hay cierto problema específico que está preocupando a sus habitantes, algo que concierne a todos o a la mayor parte de ellos. Aprovechando la oportunidad pueden hacerse los contactos personales, haciendo hincapié en que el problema tal vez podría solucionarse si se reunieran y actuaran como grupo.

En cierto sector rural donde había estado funcionando un comedor escolar, la amenaza de que éste sería cerrado el próximo año por no ser el local adecuado movió al grupo a acción. Todos unidos discutieron el problema y la forma de resolverlo. Por sus propios esfuerzos el local fué construido, dedicando, para poder hacerlo, los días festivos, al igual que las horas destinadas al descanso al terminar sus faenas diarias. El esfuerzo realizado, la satisfacción del logro alcanzado fué incentivo para continuar laborando unidos por el mejoramiento de la comunidad. "Si hemos resuelto este problema satisfactoriamente, ¿por qué no laborar unidos por resolver otros que igualmente nos afectan?" era la pregunta que se hacían. Directamente no era éste un problema de salud. Sin embargo, se usó un interés inmediato y general para enseñarles el valor de trabajar unidos y sirvió de base para el estudio de los problemas de salud más importantes en la comunidad.

La División de Educación de la Comunidad del Departamento de Instrucción Pública de Puerto Rico, creada con el fin de desarrollar un programa de acción comunal en las zonas rurales de la isla en relación con los problemas de salud, educación, cooperación y vida social, utiliza el siguiente método: el organizador de grupos (título por el cual se conoce a las personas que trabajan en este programa) hace un recorrido por el sector explicando a la gente que va a exhibirse una película en cierto y determinado sitio y a la vez, coloca carteles alusivos al acto. Estas películas, producidas la mayor parte por la misma División de Educación de la comunidad, son de ambiente rural y llevan un mensaje, ya sea sobre un problema que se sabe existe en la comunidad o estimulando a la comunidad a tratar de resolver ellos mismos sus problemas. Al terminarse la exhibición de la película, se traen discusiones o comentarios sobre la misma y se reparten folletos relacionados con el tema. Vuelve a repetirse el proceso con una y otra película

hasta que logra interesarse un número de personas, quienes organizadas como grupo estudian sus problemas.

No basta motivar al grupo a reunirse. Es necesario, una vez reunido mantener el interés del mismo para que continúe funcionando como tal. Para ello hay ciertos puntos que es bueno recordar:

(a) Hay que procurar la mayor participación del grupo en la selección del problema, en el análisis del mismo y en la preparación y desarrollo del plan de acción.

(b) Debemos asegurarnos que el problema seleccionado es de interés general. Es aconsejable que, de primera intención, se trabaje sobre las bases de los intereses que ya existen. Puede a la vez ir despertándose otros intereses hasta llevar el grupo a reconocer aquellos problemas que más le están afectando.

(c) En las discusiones del grupo hay que procurar que las ideas y opiniones que cada participante exprese sean consideradas. En las zonas rurales hay un gran número de personas que son analfabetas, que posiblemente en un principio se abstengan de emitir sus juicios. Estimulándolos a expresarse y demostrando que se aprecia su contribución, les ayudaremos a que se sientan parte del grupo y continúen participando libremente.

(d) Cada reunión de grupo debe tener un fin definido.

(e) El plan de acción y el desarrollo del mismo debe ser producto del grupo.

El proceso que envuelve la solución de un problema ofrece oportunidades de ayudar al individuo a mejorarse a sí mismo y a desarrollar actitudes, hábitos deseables y conocimientos necesarios para el fomento de la salud. Me permito ilustrarlo:

Un sector rural escoge como problema el saneamiento del suelo a través del mejoramiento y construcción de letrinas sanitarias. Para llevarlos a darse cuenta de la importancia del problema, el grupo necesita estar informado sobre las enfermedades más comunes en la comunidad causadas por las condiciones del suelo, sobre cómo se transmiten estas enfermedades y sobre las medidas que deben adoptarse para evitar que el mal continúe propagándose. Puede esto hacerse usando discusiones de grupo suplementadas con charlas cortas, películas, estudio de material impreso, etc. El grupo discute y prepara el plan de acción que incluye proveerse de una letrina sanitaria y conseguir que todos en la comunidad la tengan. Para llevarlo a cabo es necesario orientarlos sobre lo que es una letrina sanitaria, sitio en que debe colocarse y cómo fabricarlas. Contamos como base con los conocimientos que a través de la discusión demuestra tener el grupo sobre el tema, impartiendo aquellos otros conocimientos que se crea necesitan. No hay duda de que las demostraciones, los carteles y las laminillas son muy efectivas en este caso. Pero el construir la letrina no es todo: hay que entender la necesidad de conservarla en buenas condiciones y de usarla. He aquí otra oportunidad que se presenta al educador para recalcar los conocimientos que al empezar el proyecto se habían impartido y para aclarar cualquier concepto erróneo. No basta que el individuo tenga su propia letrina; es necesario que todos los hogares del sector rural la tengan. El grupo ya estimulado asume la responsabilidad de interesar y conseguir que así se haga.

Vemos cómo solucionando un problema se han logrado los objetivos de la

educación higiénica. Se han impartido conocimientos y se han proporcionado los medios que hacen posible los cambios de actitudes y de hábitos. El grupo va aprendiendo a laborar, buscando un bien común y a la vez, propio, y a resolver, por sus propios esfuerzos sus problemas de salud.

En países con grandes poblaciones en la zona rural y con pocos recursos humanos en la agencia que ha de realizar la labor educativa es indispensable el desarrollo de líderes de la comunidad para ayudar en la tarea.

Existen en nuestras comunidades rurales gran número de personas con potencialidades de líderes que nunca han tenido la oportunidad de desarrollarse. Nos corresponde a nosotros, los encargados de llevar a cabo la labor educativa, el proporcionar a estas personas experiencias que estimulen su formación como líderes. El trabajo de grupo facilita esta tarea.

El líder rural adiestrado puede constituirse en el trabajador voluntario más eficaz para compartir la labor educativa en las comunidades. El adiestramiento debe estar ajustado a la comprensión y capacidad de la persona. Unos en una forma, otros en otra, todos tienen algo con que contribuir para el movimiento educativo, siempre y cuando tengamos fe en sus habilidades y logremos crear en ellos confianza en sí mismos. Por ser de la misma localidad, por hablar el mismo lenguaje, por compartir las mismas ideas y creencias están en posición de influir aún más que nosotros mismos en la vida y conducta del grupo.

En distintas ocasiones, en lo expuesto anteriormente, he mencionado los medios visuales en relación con los métodos usados. Los medios visuales no constituyen por sí solos un programa de educación sanitaria. No obstante, bien seleccionados y usados, sirven para complementar los métodos de educación higiénica que se utilicen. La selección depende del propósito que se persigue y del grupo con quien se van a usar.

En nuestras zonas rurales el por ciento de analfabetismo es relativamente alto, y son muy pocos los que tienen alguna preparación académica. De ahí, que los medios visuales que se usen deben ser sencillos y adaptados al nivel de comprensión de estas personas.

Los folletos sencillos, carteles, películas y laminillas son generalmente los medios más usados. Debe tenerse especial cuidado en la preparación de publicaciones para la zona rural. Para que sirvan su propósito deben ser breves, escritas con palabras sencillas, en oraciones cortas y usando ilustraciones que completen la idea. Igualmente las ilustraciones de los carteles deben expresar la idea hasta donde sea posible para que en pocas palabras pueda transmitirse el mensaje que conlleva.

Es lógico preguntarse: "¿Quién va a llevar a cabo toda esta labor? Existe aún en algunos la creencia de que el educador higiénico es el único responsable de la labor educativa. La educación es parte integral de todos los aspectos de la salud pública y de todos los servicios. Por consiguiente, todo el personal que forma el equipo de salud pública debe ser un educador. Las actividades de salud pública nos llevan a todos en una u otra forma a la comunidad, cada cual funcionando dentro de su especialidad; pero todos en una forma u otra hacemos labor educativa.

Creemos que es necesario que el personal se adiestre en los aspectos fundamentales y principios de la educación higiénica. El educador higiénico por su preparación especializada puede ayudar grandemente en este aspecto.

Es labor del educador higiénico orientar y guiar al personal a trabajar como equipo aunando y coordinando esfuerzos. De aquí surgirá el programa educativo a desarrollarse en la zona rural: todos participando en la estructuración, desarrollo y evaluación del mismo. Sobre el terreno y en continua relación con los otros miembros del equipo, el educador les ayuda a determinar los métodos y medios a utilizar en determinados sectores y situaciones.

Como miembro del equipo el educador higiénico asume participación directa en el programa cuando es así necesario. Pero, principalmente, es el recurso con que cuenta el equipo de trabajo para asesorarles en la materia.

Con frecuencia puede conseguirse que otras agencias y grupos organizados que dirigen sus trabajos a las zonas rurales participen en el programa de educación higiénica. El educador higiénico procura conocerlos y establecer buenas relaciones de mutua cooperación con ellas en forma que se constituyan en recursos a usar para facilitar la labor. A la vez debe tratar de que las otras personas que forman el equipo las conozcan. La coordinación con estas agencias y grupos redundará en beneficio de las comunidades rurales.

Conclusiones

(1) Como cualquier otro adulto, el habitante de la zona rural puede aprender siempre que se usen los métodos más adecuados. En el proceso de educación la labor del educador es ayudar a acelerar el proceso a través de estos métodos. Los métodos a aplicarse dependen de las características culturales, los objetivos del programa, la habilidad de las personas responsables de la labor educativa y los recursos con que se cuenta para llevar a cabo la labor. Los medios auditivo visuales complementan los métodos que se usan.

(2) En trabajo de grupo, especialmente cuando se llevan a cabo con relación a la solución de problemas, hacen posible obtener más y mejores logros. El uso de líderes facilita la labor y permite que la educación llegue a un mayor número de personas en la comunidad.

(3) La educación es parte integral de todos los aspectos de salud pública. Todo personal sanitario debe participar activamente en el programa educativo con la zona rural. El educador higiénico asesora al equipo de trabajo a la vez que participa como miembro del mismo en estos programas.

(4) La educación sanitaria es aún más efectiva cuando el personal de salud pública se une a otras agencias que desarrollan esfuerzos educacionales para la salud y juntos laboran por el bienestar de la comunidad.

(5) La educación sanitaria rinde también más cuando, previamente al estudio del medio, se hace un cuidadoso planeamiento con la participación activa de los propios grupos interesados, convenciéndolos de la importancia de buscar soluciones por etapas sucesivas.

**CONTROL DE LAS DIARREAS INFANTILES A LA LUZ DE LOS ULTIMOS
PROGRESOS CIENTIFICOS¹**

Por ALBERT V. HARDY, M.D.

*Director del Departamento de Laboratorios del Servicio de Salud Pública del
Estado de Florida, Estados Unidos*

Parte I**MORTALIDAD****Introducción**

Las enfermedades diarreicas agudas han sido o son actualmente el más grave problema de las criaturas y niños de todos los países. La gran variación que existe en la mortalidad total entre esos grupos de edades, en las diferentes zonas geográficas, guarda relación principalmente con la diferencia en la rapidez con que se han controlado esas enfermedades evitables. En algunas ciudades y países la mortalidad actual por esas causas es menor del uno por ciento de lo que era en años anteriores. En otros puntos, por diversas razones, hay pocas pruebas de que se haya iniciado la tendencia a la disminución.

Como un ejemplo de país en que se observó un señalado descenso se considera, en primer lugar, el proceso de la mortalidad de los Estados Unidos, que demuestra la naturaleza del problema y establece un "record" de adelanto en su control. A continuación se dan datos estadísticos que indican la mortalidad actual causada por las enfermedades diarreicas en otros países de las Américas. Los descubrimientos parecen ser idénticos a los observados en los Estados Unidos durante los primeros años. Las limitadas observaciones de otros países indican que, consideradas en escala mundial, las enfermedades diarreicas agudas representan todavía la causa más importante de defunción de criaturas y niños. La historia prueba que es datos correspondientes a la ciudad de Nueva York, y en el cuadro 1 figura la tarea más importante en la prevención de las enfermedades diarreicas, lo que se ha logrado ya promete que llegará a alcanzarse el éxito esperado.

Mortalidad por Enfermedades Diarreicas en los Estados Unidos

Aun admitiendo que existen en ellos defectos e inexactitudes, los registros de mortalidad constituyen, sin embargo, el mejor índice disponible de la incidencia, pasada y presente, de las enfermedades diarreicas. Desde 1868 se disponen de los datos correspondientes a la ciudad de Nueva York, y en el cuadro 1 figura la mortalidad anual por enfermedades diarreicas. Los registros anteriores revelan más de 400, y llegan hasta 572, defunciones anuales por 100.000 habitantes. En los 25 años siguientes a 1875 la mortalidad bajó de 400 a 200. En el primer decenio del siglo actual se observó otra disminución de 200 a 100. Una rápida y progresiva reducción de la mortalidad de 100 a 10 tuvo lugar durante los 20

¹ Documento CSP14/27.

CUADRO I.—*Defunciones anuales por 100.000 habitantes, causadas por enfermedades diarreicas agudas, en la ciudad de Nueva York*

Año	Tasa	Año	Tasa	Año	Tasa	Año	Tasa
1868	488	1890	267	1912	92	1934	10
1869	387	1891	279	1913	81	1935	9
1870	475	1892	282	1914	76	1936	9
1871	405	1893	255	1915	81	1937	8
1872	572	1894	236	1916	63	1938	7
1873	456	1895	247	1917	68	1939	6
1874	379	1896	225	1918	52	1940	5
1875	388	1897	204	1919	49	1941	4
1876	379	1898	230	1920	52	1942	4
1877	353	1899	187	1921	39	1943	5
1878	282	1900	201	1922	31	1944	5
1879	279	1901	200	1923	27	1945	4
1880	364	1902	164	1924	21	1946	4
1881	387	1903	140	1925	21	1947	3
1882	363	1904	172	1926	18	1948	2
1883	296	1905	168	1927	14	1949	3
1884	321	1906	160	1928	18	1950	2
1885	297	1907	167	1929	15	1951	2
1886	297	1908	150	1930	14	1952	2
1887	312	1909	127	1931	10	1953	3
1888	287	1910	136	1932	8		
1889	287	1911	106	1933	10		

años posteriores. Desde 1930 ha habido un lento descenso hasta llegar al nivel actual de 2 defunciones por 100.000 habitantes, por todas las enfermedades diarreicas.

A excepción de Nueva York, pocas ciudades de los Estados Unidos poseen datos estadísticos anteriores a 1900. En el cuadro 2 pueden verse las observaciones relativas a los 30 años, a partir de 1900, correspondientes a ciudades escogidas como típicas de mortalidad baja, media y elevada. En todas partes existía un problema de carácter semejante al de la ciudad de Nueva York, pero en todas, durante los tres decenios, ocurrió un rápido descenso de una mortalidad excesivamente alta a otra moderadamente baja, debida a esas enfermedades. En general, las tasas correspondientes a los Estados en su conjunto eran considerablemente más bajas que en las ciudades, puesto que en aquella época la mortalidad por enfermedades diarreicas era en general más baja en la población rural que en la urbana.

Al comenzar el siglo, la mortalidad causada por las enfermedades diarreicas era alta en todas partes de los Estados Unidos. En algunos Estados se logró un temprano y rápido progreso en el control, mientras que en otros las medidas empleadas resultaron menos eficaces. Así, pues, en años posteriores la variación de la mortalidad ha sido considerable, desde elevada en algunos a muy baja en otros. Los datos correspondientes a 1936 muestran esta amplia distribución. En Puerto Rico la mortalidad registrada por enfermedades diarreicas fué de 480 por 100.000

habitantes; en Arizona y Nuevo México las tasas fueron de 100 aproximadamente. En los restantes Estados variaron de escasamente inferiores a 50 a un mínimo de 4.

Además, en cada Estado se ha dado una gran variación en las diferentes zonas y entre los distintos grupos de población. Dentro de la misma zona geográfica, algunos sectores de la población pueden tener pocas o ninguna enfermedad entérica, mientras que en otros la mortalidad puede igualar a la que prevalecía generalmente hace más de 50 años. En el condado de Hidalgo, Texas, la tasa de mortalidad en el período 1942-45 por enfermedades diarreicas entre los residentes permanentes que gozaban de desahogada situación económica fué de 12 por 100.000 habitantes, mientras que entre las familias de obreros recién inmigrados fué de 400. Variaciones semejantes se observaron en California al compararse la población general y las familias de trabajadores inmigrantes transeúntes. El problema

CUADRO 2.—*Defunciones por 100.000 habitantes, causadas por diarrea y enteritis, en ciudades escogidas, 1900-1929*

Año	Tasas por ciudades					
	Minneapolis	San Luis	Filadelfia	Providencia	Pittsburgo	Fall River
1900	67	95	115	165	215	345
1901	70	93	104	190	210	307
1902	42	86	96	165	221	315
1903	49	99	113	182	193	334
1904	45	88	133	153	198	301
1905	56	82	144	119	191	353
1906	69	90	172	155	230	334
1907	57	92	147	154	209	438
1908	60	84	138	129	183	353
1909	52	88	130	110	157	394
1910	93	105	168	140	201	401
1911	51	106	133	90	146	352
1912	41	83	107	87	130	267
1913	48	87	113	89	156	256
1914	52	74	120	89	120	325
1915	36	56	100	77	112	256
1916	42	62	101	72	131	251
1917	32	58	107	68	151	245
1918	25	51	104	74	139	269
1919	20	36	72	33	99	137
1920	21	36	71	50	88	164
1921	15	26	50	56	80	140
1922	13	20	50	28	56	133
1923	11	23	38	40	70	82
1924	10	28	36	24	59	81
1925	16	32	35	16	60	61
1926	11	28	27	17	42	66
1927	5	19	21	14	25	45
1928	8	18	23	23	25	28
1929	3	15	18	10	19	24

principal que subsiste en los Estados Unidos es proporcionar medidas efectivas de control en tan dispersos focos de alta incidencia.

En el cuadro 3 figuran tasas de mortalidad por grupos específicos de edades. Estas tasas justifican plenamente que se dedique atención especial al control de las enfermedades diarreicas en las criaturas. Cuando ocurrían 200 defunciones por 100.000 habitantes de la población total de la ciudad de Nueva York, ocurrían 4,496 defunciones de criaturas por 100.000 habitantes menores de un año de edad. Se observa, en contraste, que la tasa de mortalidad de los niños de más edad y de los adultos jóvenes era baja, pero entre los individuos de más de 75 años ocurría un aumento considerable hasta un máximo aproximadamente de 1/10 de la tasa correspondiente a las criaturas. Un examen de las tasas concretas por edades demostró, además, que en la disminución de la mortalidad se registraba asimismo una baja más temprana y rápida de la mortalidad en los niños de más edad y adultos, en comparación con una disminución lenta y retardada entre las criaturas. Por lo tanto, la necesidad de controlar la enfermedad en las criaturas era más urgente y el lograr la prevención más difícil.

El control de la enfermedad entérica afín, la fiebre tifoidea, recibió temprana e intensa atención por parte de los trabajadores sanitarios. Se aplicaron activamente los programas dirigidos expresamente a prevenir esta infección. El control de las enfermedades diarreicas jamás recibió una atención tan intensa, lo que resulta sorprendente en vista del notable contraste de la magnitud del problema. En la ciudad de Nueva York la mortalidad por fiebre tifoidea a través de los años fué aproximadamente de 1/10 de las enfermedades diarreicas agudas. Si bien esta proporción varía en las diferentes ciudades, en todas ellas las defunciones por enfermedades diarreicas excedieron constantemente en grado considerable a las causadas por la fiebre tifoidea. A la luz de los conocimientos recientes, puede afirmarse ahora que las infecciones entéricas específicas causantes de las

CUADRO 3.—*Tasas anuales de mortalidad por grupos específicos de edades (por 100.000 habitantes) causadas por enfermedades diarreicas en la ciudad de Nueva York*

Edad	1901	1910	1920	1930	1935
Total.....	200	136	52	14	8
-1	4496	3806	1796	665	508
1-4	470	295	120	22	10
5-9	23	8	5	2	1
10-14	12	4	1	.3	1
15-19	6	1	1	1	1
20-24	7	2	1	1	2
25-34	14	5	2	1	1
35-44	16	5	3	2	2
45-54	30	16	5	2	1
55-64	100	44	11	4	2
65-74	249	125	29	10	7
75+	529	329	124	15	8

enfermedades diarreicas son una causa mucho más importante de mortalidad que la fiebre tifoidea. El planeamiento futuro exige que se mida con exactitud la importancia relativa de los problemas. Si se hace así, cabe esperar que los programas concretos de control de las enfermedades diarreicas reciban aún mayor atención que los programas destinados a prevenir la fiebre tifoidea.

Cuando la mortalidad infantil es elevada, muchas criaturas mueren sin recibir asistencia médica. Puede ser que se notifiquen las defunciones, en ese caso, pero la causa bien se describirá como indeterminada, o se hará un diagnóstico de dudosa seguridad, registrándola como "diarrea". Este fué un problema que se presentó en decenios anteriores en los Estados Unidos, cuando en algunos Estados hasta la cuarta o la tercera parte de las defunciones infantiles notificadas no diagnosticaban con seguridad la causa. En esas condiciones, las tasas computadas de mortalidad por enfermedades diarreicas de las criaturas no pueden presentar un cuadro fidedigno. El problema sería aún mayor de lo que indicaban las tasas. Por otra parte, en los casos en que se registra el diagnóstico sintomático de "diarrea" no existen pruebas de que se trate de una infección entérica primaria o de una manifestación final de alguna otra enfermedad principal. Por lo tanto, ha habido y aún hay problemas en la interpretación de los datos de mortalidad registrados, especialmente en lo que se refiere a la enfermedad diarreica de las criaturas. Las tasas de mortalidad no pueden ser más exactas que los diagnósticos registrados. A pesar de estas limitaciones, las observaciones acumuladas en los Estados Unidos indican claramente la magnitud que el problema tenía y los adelantos hechos en su control.

Mortalidad por Enfermedades Diarreicas en otros Países de las Américas

Se dispone de limitados datos estadísticos en relación con los otros países de las Américas y éstos se encuentran principalmente en los informes cuadriennales presentados a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana. Diez y seis países notificaron cinco causas principales de defunción en 1952. En nueve, la diarrea y enteritis, gastroenteritis o enfermedades de las vías digestivas fueron las causas principales de las defunciones totales y, en otros tres países, esas enfermedades ocuparon segundo lugar en orden de importancia como causa de defunción. Solamente en cuatro países no figuraron esas enfermedades como una de las primeras cinco causas de defunción. De conformidad con estas pruebas, hay que reconocer que la prevención de las enfermedades diarreicas constituye el principal problema de salud pública de la mayoría de los países de las Américas.

La magnitud del presente problema queda indicada por los datos de mortalidad que figuran en el cuadro 4. Estos fueron tomados de un resumen de las causas principales de defunción correspondientes a 1952 en 16 países, excepto los Estados Unidos. En cuatro (Argentina, Paraguay, Perú y Uruguay) las enfermedades diarreicas no figuraron entre las cinco causas principales de defunción, y la tasa de mortalidad notificada era al parecer inferior a 50 defunciones por 100.000 habitantes. En otros dos, como se indica en el cuadro, las tasas fueron inferiores a 100; en 6, variaron entre 100 y 200 defunciones; en 2, entre 200 y 300, y en 2,

CUADRO 4.—*Defunciones por enfermedades diarreicas en 12 países de las Américas, 1952*

Pais	Clasificación de enfermedades	Defunciones por 100.000 habitantes
El Salvador	Gastroenteritis	347
Guatemala	Diarrea y enteritis	298
México	Gastroenteritis	247
Venezuela	Gastroenteritis	183
Costa Rica	Gastroenteritis	170
Honduras	Infección intestinal (94) y diarrea (53)	147
Colombia	Diarrea y enteritis	130
República Dominicana...	Gastroenteritis	123
Bolivia	Diarrea y enteritis (58) y disentería (20)	78
Panamá	Diarrea y enteritis (menores de 2 años)	69
Brasil	Enfermedades de las vías digestivas	306
Chile	Enfermedades de las vías digestivas	172

mayores de 300. Considerando que estas tasas corresponden a los países en su conjunto, el problema actual excede manifiestamente en la mayoría de los países de las Américas al que existía en los Estados Unidos a comienzos de siglo.

Una evaluación de las estadísticas de mortalidad requiere que se tomen en consideración los datos adicionales que figuran en el cuadro 5. Excepto en los casos en que se cuenta con medios de laboratorios y se hace uso de ellos, la diferencia clínica más importante en los casos que mueren de "disentería" comparados con aquellos atribuidos a "diarrea y enteritis" consiste en que los primeros

CUADRO 5.—*Defunciones notificadas como debidas a enfermedades diarreicas y proporción de todas las defunciones por causas mal definidas o desconocidas*

Año	Defunciones por 100.000 habitantes			Porcentaje de todas las defunciones por causas mal definidas o desconocidas
	Disentería	Diarrea y Enteritis	Enfermedades diarreicas Total	
Venezuela				
1933	26	120	146	41
1938	11	101	112	62
1942	10	101	111	59
1948	8	98	106	49
Colombia				
1935	24	155	179	16
1938	23	161	184	13
1941	17	141	158	19
1948	11	143	154	24

presentan heces densamente sanguinolentas en algún momento de la enfermedad. Al evaluar el problema es necesario considerar en conjunto todas las enfermedades diarreicas. Además se debe tener en cuenta la proporción de defunciones cuando la causa está mal definida o es desconocida. Por ejemplo, la mortalidad notificada por disentería y diarrea y enteritis combinadas fué más baja en Venezuela que en Colombia (cuadro 5). Sin embargo, en la primera, la causa de defunción fué clasificada como mal definida o desconocida en casi la mitad de todas las defunciones notificadas, mientras que en Colombia la proporción de causa desconocida fué mucho menor. Considerando esos porcentajes de defunciones por causas desconocidas, puede estimarse que la verdadera mortalidad por enfermedades diarreicas fué, por lo menos, tan alta en Venezuela como en Colombia.

El cuadro 6 contiene la distribución por edades de las defunciones por enfermedades diarreicas en países escogidos. Al igual que en los Estados Unidos, la mortalidad excesiva se presenta en criaturas y niños, y en mucho menor escala en ancianos. Además, la notificación de causas de defunción en general es menos exacta en los jóvenes y los ancianos. Como se ha mencionado antes, para evaluar adecuadamente los informes es necesario conocer, en cada grupo de edades, el porcentaje de defunciones correspondiente a esa edad por causas mal definidas o desconocidas, pero no se cuenta con datos de esa clase.

Enfermedades Diarreicas en otras Partes

Sumamente favorables han sido siempre los informes de mortalidad presentados por Nueva Zelandia, Australia, los países escandinavos, Canadá y, en menor grado, los países del norte de Europa. La población conjunta de esos países es pequeña comparado con la de Asia y Africa, donde, en la medida que se conoce, la mortalidad por diarrea infantil continúa siendo excesiva. Consideradas en escala mundial, las enfermedades diarreicas agudas, casi con seguridad, siguen

CUADRO 6.—Defunciones causadas por gastroenteritis por 100.000 habitantes, distribuidas por grupos de edades

Grupo de edades	Venezuela 1951	República Dominicana 1949	Colombia 1948	Costa Rica 1953
Total.....	85	118	144	155
-1	1517	2116	2302	2642
1-4	193	220	363	326
5-9	14	19	28	24
10-14	3	6	10	2
15-24	2	4	12	4
25-34	3	5	15	3
35-44	4	9	26	4
45-54	11	10	23	14
55-64	17	28	55	47
65-74	37	46	141	165
75+	71	96	379	313

siendo la mayor causa, independientemente examinada, de mortalidad infantil y es muy posible que sea la mayor causa individual de defunción.

Discusión

La historia sanitaria de muchas ciudades y de algunos países establece, sin lugar a dudas, que la mortalidad y morbilidad por enfermedades diarreicas de criaturas y niños son evitables casi por completo. Sin embargo, en el pasado se iniciaron medidas profilácticas cuando se conocía muy poco de la etiología o epidemiología de estos trastornos. El progreso en el control fué difícil y lento. En algunos puntos se ganó la batalla virtualmente antes de que se contara con agentes terapéuticos concretos de gran eficacia. Se dispone ahora de una serie de conocimientos científicos de la mayor utilidad, y por lo tanto, resulta razonable creer que el satisfactorio adelanto alcanzado en algunas partes en los decenios precedentes puede ahora lograrse en otras partes en un período de tiempo mucho más corto.

En general, donde las enfermedades diarreicas tienen mayor predominio, los recursos médicos y de salubridad están poco evolucionados, y las estadísticas vitales ofrecen poca seguridad. Por lo tanto, una evaluación de la magnitud del problema no puede basarse solamente en las tasas de mortalidad computadas. Estas posiblemente tienden a disminuir, más bien que a recalcar demasiado, la tarea. Sin duda alguna, los testimonios disponibles indican que el control de las enfermedades diarreicas es el principal problema de salud pública en la mayoría de los países de América. ¿Se presta la atención debida a esta conclusión al desenvolver los programas de salud pública?

Las pruebas subsiguientes confirman la opinión de que las enfermedades diarreicas graves son de manera predominante infecciones intestinales primarias específicas, debidas generalmente a la *Shigella* o *Salmonella*. De aquí que la tarea que se nos presenta consiste en establecer programas concretos encaminados a prevenir estas enfermedades infecciosas específicas. Los adelantos de la ciencia médica han proporcionado nuevas armas. ¿Existen programas prácticos de salud pública que aseguren la eficaz aplicación de estos nuevos conocimientos?

Una medida de nuestro éxito en los años venideros será la rapidez con que disminuya la mortalidad por enfermedades diarreicas agudas de criaturas y niños.

Parte II

CONSIDERACIONES ETIOLÓGICAS

Clasificación Etiológica de las Enfermedades Diarreicas Agudas

Las enfermedades diarreicas agudas corresponden etiológicamente a tres grupos, como se indica en el cuadro 7. La diarrea infecciosa primaria es producida por diferentes agentes patógenos que se establecen y crecen en el lumen o pared del conducto entérico. Estos agentes comprenden la *Shigella*, la *Salmonella*, el vibrión colérico, y posiblemente también ciertas cepas patógenas de microorganismos coliformes y los microorganismos paracolónicos que fermentan

la lactosa lentamente. La disentería amibiana es una diarrea infecciosa primaria y se sabe que otros agentes parasitarios causan a veces enfermedades diarreicas. Son muy escasos los conocimientos que se poseen sobre la función etiológica de

CUADRO 7.—Una clasificación clínica y etiológica de las enfermedades diarreicas

Grupo	Entidades clínicas	Curso usual	Gravedad usual	Agente etiológico
Diarrea infecciosa primaria	Disentería bacilar (shigelosis aguda)	Agudo	Leve a muy grave	<i>Shigella dysenteriae</i> y <i>paradysenteriae</i> , principalmente las variedades Shiga, Flexner, Sonne, Newcastle (Boyd 88) y Schmitz (ambigua)
	Salmonelosis	Agudo	Leve a muy grave	<i>Salmonella</i> , principalmente las variedades en los grupos B y C
	Cólera "Diarrea de recién nacido"	Muy agudo Agudo	Muy grave Grave	Vibrión colérico Variedad de agentes mal definidos, incluyendo posiblemente virus, microorganismos coliformes patogénicos
	Otras infecciones bacteriológicas	Variable	Leve	Se sospecha de paracoli y pseudomonas que fermentan la lactosa lentamente
	Disentería amibiana	Agudo a crónico	Grave	<i>Endamoeba histolytica</i>
	Enfermedades parasitarias Enfermedades virales	Variable Variable	Variable Variable	Varios helmintos y flagelados Virus no identificados
Diarrea secundaria y parentérica	Enteritis tuberculosa	Crónico	Grave	Bacilo tuberculoso
	Diarrea parentérica	Agudo	Moderada a grave	Varias infecciones no entéricas, agudas, generalizadas y localizadas, debidas a estafilococos, estreptococos, neumococos y otros
	Infecciones generalizadas	Variable	Variable	Variable
Diarrea no infecciosa	"Intoxicación por alimentos"	Agudo	Moderada a grave	Estafilococos que producen toxinas y posiblemente otros microorganismos
	Diarrea alimentaria	Subagudo	Leve	Deficiencias dietéticas y otras
	Enfermedades alérgicas	Agudo a crónico	Variable	Variable
	Trastornos neuropsiquiátricos	Crónico	Variable	Variable
	Otros	Crónico	Grave	Lesiones locales ulcerativas y obstructivas como las debidas al neoplasma y linfogranuloma venéreo

los agentes filtrables. En los laboratorios del Departamento de Sanidad del Estado de Nueva York se ha comprobado que determinadas enfermedades con manifestaciones entéricas importantes se deben a agentes filtrables, al parecer virales. Las nuevas técnicas de cultivo en tejidos, en los estudios virológicos, permiten esperar una rápida acumulación de datos científicos sobre la función de los virus, como agentes independientes o asociados, en la producción de enfermedades diarreicas infecciosas primarias.

En la diarrea secundaria y parentérica, el trastorno gastrointestinal es parte de un complejo sintomático. Puede presentarse una invasión secundaria verdadera del conducto entérico como en la enteritis tuberculosa. Todavía no se comprende claramente la patogénesis de la diarrea que frecuentemente ocurre en la enfermedad infecciosa aguda, en la sinusitis paranasal, en la otitis media y en otras infecciones localizadas o generalizadas.

La diarrea aguda no infecciosa puede ser causada por la ingestión de substancias tóxicas o irritantes. El ejemplo típico es la intoxicación alimenticia estafilocócica epidémica; los síntomas que aparecen temprano y que pueden ser muy graves se deben a la ingestión de toxinas preformadas. Característicamente esta enfermedad se presenta más bien en los adultos que en las criaturas y los niños. Las considerables deficiencias nutritivas son, indudablemente, de gran importancia en la causa de las enfermedades diarreicas en las criaturas, especialmente entre la población pobre. La diarrea puede ser una manifestación de una deficiencia de nutrición específica, como por ejemplo, la pelagra, aunque de modo más general, una diarrea de carácter alimenticio en las criaturas se debe a la ingestión de alimentos inadecuados. Esos trastornos tienden a ser leves, pero prolongados. Las otras enfermedades diarreicas no infecciosas tienden todas a ser crónicas y ordinariamente afectan a los adultos. Son de poca importancia cuantitativa en el estudio y control de la diarrea infantil como problema de salud pública.

Teniendo presente esas causas de diarrea, el primer paso consiste en determinar la relativa importancia de cada una de ellas. Resulta ahora evidente que la etiología de las enfermedades diarreicas varía de conformidad con el lugar, la estación y la edad de los individuos afectados. No es posible hacer una declaración que pueda aplicarse de modo general en cuanto a la relativa importancia de las entidades etiológicas. Por lo tanto, los datos de los Estados Unidos se presentan solamente a título de ilustración.

Durante los últimos años, los Institutos Nacionales de Higiene del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos han mantenido laboratorios de campo para la investigación de las enfermedades diarreicas en zonas escogidas como típicas. Se han realizado estudios en Nuevo México, Luisiana, Georgia, la ciudad de Nueva York y Puerto Rico. Se estudiaron también las personas recluidas en instituciones, entre las cuales la enfermedad clínica y las infecciones subclínicas eran relativamente corrientes. Esas investigaciones han proporcionado pruebas de la importancia relativa de los varios grupos etiológicos de enfermedades diarreicas en las poblaciones examinadas.

El cuadro 8 muestra la proporción de enfermedades diarreicas endémicas que en el cultivo resultaron positivas de *Shigella* usando las nuevas técnicas que se describirán más adelante. Los hallazgos en Nuevo México y Georgia fueron

parecidos y esos datos se presentan juntos. Esos casos se examinaron por medio de cultivo, por lo menos, una vez durante la fase aguda de la enfermedad. Se señala que el 76 por ciento de los casos graves y el 58 por ciento de los más leves resultaron en el cultivo positivos de alguna variedad de *Shigella*. Además, hubo un aumento en la proporción de casos positivos a medida que el número de exámenes durante la enfermedad aumentó de 62 por ciento en los casos graves, con un examen, a 90 por ciento en aquellos con más de 3 exámenes. En la ciudad de Nueva York, donde la incidencia es baja, en contraste, las infecciones por *Shigella* fueron relativamente raras, especialmente en criaturas y niños. A través de todos esos estudios, el porcentaje de hallazgos positivos fué más bajo en las criaturas menores de seis meses, especialmente en aquellas con trastornos leves.

En Luisiana, el estudio de las enfermedades diarreicas agudas endémicas, puso de relieve la variabilidad en la etiología de la diarrea aguda. De 174 casos admitidos al "Charity Hospital", en la región norte del Estado, 133 (76%) fueron positivos de alguna variedad de *Shigella* patógena. No se encontraron casos debidos a *Salmonella*. En el "Charity Hospital" de Nueva Orleans, a 300 millas de distancia del anterior, aproximadamente, y utilizando idénticos métodos de estudio durante los mismos meses, de 428 casos, 107 (25%) resultaron positivos de *Salmonella* y 202 (47%) positivos de *Shigella*. La proporción total de casos positivos al cultivo en los dos hospitales fué parecida, pero en una región hubo muy poca o ninguna infección de *Salmonella* y en la otra fué de gran importancia.

CUADRO 8.—Hallazgos en cultivos en busca de la *Shigella paradysenteriae* en trastornos diarreicos endémicos, clasificados por grupos de edades, gravedad de la enfermedad y zona

	Casos en Nuevo México y Georgia ^a						Casos en la ciudad de Nueva York ^b		
	Grave			Leve					
	Exáme- nes	Positivo		Exáme- nes	Positivo		Exáme- nes	Positivo	
		No.	%		No.	%		No.	%
Menores de 6 meses	41	26	63	27	9	33	57	4	7
6-12 meses	45	31	69	44	23	52	21	4	19
1 año	55	43	78	56	37	66	27	9	33
2-4	30	28	93	61	42	69	38	26	68
5-14	9	9	100	22	15	68	37	28	76
15-44	49	37	76	43	25	58	7	5	71
45 y mayores	18	12	66	11	2	18	3	2	67
Desconocidos	2	2	100	4	2	50	1	0	0
	249	188	76	268	155	58	191	78	41

^a Casos examinados por primera vez durante la fase aguda de la enfermedad.

^b Todos los casos—examinados en su mayoría por primera vez durante la fase aguda de la enfermedad.

No existe una prueba concluyente de la verdadera etiología de la minoría de los casos que no fueron positivos de *Shigella* ni de *Salmonella*. Indudablemente, algunos eran nuevos casos de shigelosis o salmonelosis, a pesar de que los exámenes minuciosos de laboratorio habían sido negativos. Algunos casos pueden deberse a agentes patógenos peor definidos, como las cepas de microorganismos coliformes considerados ahora por muchos como patógenos. En esas investigaciones, ordinariamente no se examinaron los casos por *E. histolytica*. De los recientes hallazgos en el estudio de las enfermedades diarreicas de las criaturas en Puerto Rico, se deduce claramente que debe tomarse en consideración este agente etiológico. Hubo pocas pruebas clínicas de que esos casos de enfermedad diarreica fueran secundarios de otras infecciones o de trastornos de nutrición. Sin embargo, a pesar de la reconocida escasez de conocimientos en general, en cuanto a la etiología de algunos de los casos en observación, resultaba todavía evidente que el problema fundamental consistía en las infecciones entéricas específicas, debidas principalmente a *Shigella* y, en menor grado a *Salmonella*.

La literatura médica de los Estados Unidos, correspondiente a la primera época de la lucha contra las enfermedades diarreicas, se distingue por la variedad de hallazgos y conclusiones. La investigación realizada por Flexner y Holt en las ciudades del nordeste de los Estados Unidos en 1903 es, sin embargo, de gran significación. En su estudio bacteriológico de 421 casos de enfermedades diarreicas agudas, 273 (66%) fueron positivos de bacilo *Shiga* o *Flexner*, o de ambos. Estos resultados se lograron con procedimientos de cultivo temprano a costa de una concienzuda y pesada labor. Hay que suponer que con el uso de los medios selectivos de cultivo de que ahora se dispone la proporción de hallazgos positivos hubiera aumentado considerablemente. Estos datos proporcionan sólidas pruebas históricas de que la causa usual de las graves enfermedades diarreicas agudas de las criaturas en aquel período era la infección de *Shigella*.

Existe, por lo tanto, una serie de valiosas pruebas basadas en estudios realizados en los Estados Unidos que establecen claramente que las graves enfermedades diarreicas de las criaturas y niños son de modo predominante infecciones entéricas primarias debidas corrientemente a *Shigella* y, a veces, a *Salmonella*. Por lo tanto, el problema de control consiste en la prevención de las enfermedades infecciosas específicas.

La naturaleza del problema en un país o localidad no indica necesariamente que las observaciones pueden esperarse en otro. Sin embargo, no resulta ilógico suponer, por analogía con las primeras experiencias en las Estados Unidos, que cuando las enfermedades diarreicas son muy predominantes en las criaturas, casi siempre se trata de una infección primaria y que el agente etiológico principal es la *Shigella*. Los datos concretos, sin embargo, son señaladamente insatisfactorios en los países con mortalidad muy elevada. Una limitada investigación efectuada en Puerto Rico, cuando la mortalidad notificada por enfermedades diarreicas variaba entre 300 y 400 defunciones por 100.000 habitantes, estableció de manera indudable que los problemas a estudiar aumentan proporcionalmente con la creciente mortalidad. La población afectada tiende a ser relativamente inaccesible y la asistencia médica efectiva y los servicios de salud pública no fáciles de obtener. Los limitados estudios de laboratorio realizados en Puerto Rico indican que la diarrea in-

fecciosa primaria es común, pero no se obtuvieron datos precisos sobre los varios y complejos agentes etiológicos. Hacen falta nuevos estudios de las poblaciones con alta mortalidad por esas enfermedades.

Excede los límites de esta exposición preliminar el estudio e información sobre el importante trabajo realizado en relación con las enfermedades diarreicas en muchos países de América Latina, pero esperamos que los que tengan un conocimiento directo de esta labor informen sobre ella a la Conferencia.

Estudios de la Etiología en el Laboratorio

No existen manifestaciones diferenciales en las enfermedades diarreicas agudas que permitan un diagnóstico etiológico bastante seguro, basado únicamente en los hallazgos clínicos. Los estudios de laboratorio son imprescindibles. Aquí se explica únicamente el carácter general de los procedimientos necesarios, que deben ser comprendidos por el administrador y el clínico.

Los especímenes que se envían al laboratorio por cualquier medio de transporte no resultan satisfactorios para el examen de las enfermedades diarreicas agudas. Las pruebas bacteriológicas de especímenes que no sean sumamente frescos resultan más bien engañosas que útiles, puesto que la *Shigella* no sobrevive mucho tiempo en las heces excretadas. Por lo tanto, los medios de diagnóstico han de estar a la pronta disposición del enfermo. Además, para que resulten de valor clínico, las técnicas deben proporcionar hallazgos fidedignos con la mayor rapidez posible. El trabajo inicial, para ser eficaz, debe hacerse en laboratorios locales.

Las muestras de heces necesarias pueden obtenerse de dos maneras. En los hospitales, los especímenes, una vez hecho el pase, deben llevarse inmediatamente al laboratorio. Los cultivos han de hacerse en el término de minutos de haberse hecho el pase. Con la demora disminuye la posibilidad de obtener cultivos positivos. El otro procedimiento es la obtención de especímenes por medio de hisopos rectales. Este procedimiento es muy sencillo. Se emplea un aplicador ordinario con un algodón en la punta. En las criaturas, especialmente las que tienen enfermedades diarreicas, el esfínter anal se dilata. Colocando al niño de modo que descansa sobre el estómago y separando ampliamente las nalgas se puede introducir fácilmente el hisopo más allá del esfínter anal. El material de cultivo se recoge haciendo girar el hisopo a medida que se pasa mediante un movimiento circular. El exudado mucopurulento se recoge directamente de la membrana mucosa rectal. Este hisopo se usa directa e inmediatamente para la inoculación del medio de cultivo en la forma que se describe más adelante.

En los niños de más edad y, sobre todo, en adultos puede resultar práctico recoger el material para cultivo el examen sigmoidoscópico. El que se obtiene con el hisopo en las áreas de máxima patología tiene un valor superior para fines bacteriológicos. En los estudios comparativos se obtuvieron aproximadamente seis cultivos positivos de esos especímenes, y cinco solamente cuando se hizo el cultivo de los mismos casos por medio del hisopo rectal. Este último produjo algunos cultivos positivos más que las inoculaciones de especímenes fecales recién excretados. En cuanto se refiere a conveniencia y exactitud, la técnica del hisopo rectal

puede usarse con confianza en el examen del cultivo de casos de enfermedades diarreicas agudas.

Se cuenta ahora con medios de cultivo altamente selectivos para la bacteriología entérica. El medio individual más valioso y seguro de cultivo en placa es el agar S.S. (*Shigella-Salmonella*), en el cual se desarrollan todas las especies comunes de *Shigella* y de *Salmonella* y, en general, inhibe los microorganismos coliformes y otras especies no patógenas. Este medio debería emplearse en todos los exámenes de enfermedades diarreicas agudas. Por sí solo es adecuado para las pruebas de shigelosis. Se necesita un medio menos selectivo, como el de Mac-Conkey o el agar desoxicolato, para los estudios especiales de microorganismos coliformes posiblemente patógenos. Hay también dos medios especiales que aumentan considerablemente la fidelidad de los exámenes de *Salmonella*. La inoculación inicial se hace en un caldo enriquecido, ya sea tetratonato o selenita F. La *Salmonella* se multiplica fácilmente en él, mientras que la mayoría de los otros microorganismos entéricos se desarrollan poco, si es que llegan a desarrollarse. Después de la incubación, es necesario hacer la inoculación a un nuevo medio selectivo sólido. Puede usarse el agar S.S., pero en nuestra experiencia el agar verde brillante ha sido de valor superior en estos casos. Por lo tanto, el uso de un medio de cultivo proporciona un examen fidedigno de *Shigella*, pero en el estudio de *Salmonella* y otros microorganismos se necesitan otros medios.

Es práctica conveniente en los hospitales colocar una placa de agar S.S. y, cuando es posible, también un tubo de caldo enriquecido a la cabecera del enfermo, e inmediatamente que se toma el espécimen, inocular el medio. El hisopo empleado para recoger el espécimen se usa directamente para rayar la placa y se coloca después en el caldo enriquecido. La inoculación debe estar cuidadosamente regulada a fin de que proporcione la cantidad máxima del inóculo que todavía dé la deseada distribución de colonias aisladas en la placa que se usa. El técnico de laboratorio debe estar perfectamente familiarizado con los procedimientos aprobados y ser experto en la aplicación de los mismos. Esta inoculación del medio de cultivo hecha al lado de la cama del enfermo es el procedimiento más apropiado.

Las colonias características sospechosas de las placas inoculadas con el espécimen inicial o con el caldo enriquecido se recogen en un medio sólido diferencial. El mejor de que se dispone actualmente, en nuestra opinión, es el agar hierro de Kligler, agregándole 1 por ciento de sacarosa. El paso más importante y difícil en el aislamiento de los agentes patógenos entéricos es el de la selección de las colonias en las placas. Esto debe hacerlo una persona cuidadosamente adiestrada y de absoluta confianza. La bacteriología entérica de garantía exige la inoculación apropiada de los medios de cultivo apropiados, y que las colonias sospechosas que aparezcan en éstos sean seleccionadas por un técnico competente.

Las reacciones durante la noche siguiente a las inoculación del agar hierro de Kligler permiten la identificación de la posible *Shigella* y de la posible *Salmonella*. Los microorganismos del género *Proteus* prevaecientes pueden proporcionar una reacción en el medio de Kligler idéntica a la que da la *Salmonella*. Una sencilla prueba rápida de ureasa, que pueda leerse al cabo de una hora, proporciona un método fácil de eliminar la mayoría de esos microorganismos. Los cultivos restantes requieren nuevo examen para aislar la *Salmonella*. En general, la mayoría

de los casos de la misma región geográfica suelen ser causados por muy pocas variedades de microorganismos. Por lo tanto, puede disponerse de antisuero adecuado, y usando una técnica de aglutinación en portaobjetos, el laboratorio puede proporcionar fácilmente un diagnóstico indiciario de gran exactitud.

Después de esta selección preliminar y de las pruebas serológicas indiciarias, generalmente queda un número de microorganismos de significación incierta. Sería preferible dejar la labor de identificación de estos últimos a un laboratorio central de salud pública.

Resulta económico efectuar los estudios definitivos de diagnóstico de los agentes patógenos entéricos en un laboratorio central más amplio. Los microorganismos, que se sabe o se supone, que son patógenos pueden ser enviados del pequeño laboratorio local al más amplio laboratorio central en los tubos inclinados de Kligler que se emplean en los aislamientos iniciales. Pueden efectuarse los estudios bioquímicos y serológicos requeridos con el fin de facilitar la tipificación de la *Shigella*, la *Salmonella* y los microorganismos coliformes. Para ello es necesario disponer de 100 antisueros diferentes, aproximadamente, así como de los medios especializados que se emplean en los estudios bioquímicos. La información exacta así obtenida es valiosa para fines epidemiológicos, mientras que el informe indiciario preliminar tiene gran importancia para la orientación de la terapéutica clínica.

La prueba de sensibilidad *in vitro* está adquiriendo cada vez mayor importancia. Si es posible realizarla, debe formar parte del trabajo del laboratorio local, pero con frecuencia es necesario dejar estas pruebas al laboratorio central más amplio.

La Organización de los Servicios de Laboratorio

El diagnóstico de las infecciones entéricas requiere una organización cooperativa de los servicios de laboratorio. La responsabilidad del diagnóstico debe ser compartida entre un laboratorio local y un laboratorio central. Se necesita también un "laboratorio de referencia y consulta". En los Estados Unidos los laboratorios de esa clase están representados primero, por los laboratorios de hospitales, laboratorios locales de salud pública y particulares; en segundo lugar, por los laboratorios centrales de salud pública de los Estados, y, en tercer lugar, por los laboratorios del Centro de Enfermedades Transmisibles, del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.

Se ha insistido en que los estudios bacteriológicos de las enfermedades diarreicas deben hacerse partiendo de especímenes que se sepa positivamente que son frescos. Por lo tanto, para poder facilitar esos servicios debe haber muchos laboratorios preparados para encargarse del servicio inicial de diagnóstico. De especial importancia son los laboratorios de los hospitales que cuentan con servicios de pediatría. De igual manera, los departamentos de sanidad que cuentan con clínicas en las que se admiten niños enfermos deben estar dotados de servicios adecuados de laboratorio. La instalación de laboratorios locales de esa clase representa un aspecto del problema de proporcionar servicios médicos adecuados a todas las colectividades. Con la colaboración pertinente, esos laboratorios locales pueden

prestar el servicio necesario contando con medios modestos y con personal de adiestramiento limitado. El laboratorio central de salud pública, por el contrario, debe estar dotado de personal profesional y de los medios y servicios que permitan la aplicación de todas las pruebas de diagnóstico necesarias para la detallada identificación y tipificación de los agentes patógenos entéricos. Se encargan también de ayudar a los laboratorios menores, proporcionándoles tanto orientación como materiales de diagnóstico que se no se consiguen con facilidad, como por ejemplo, los antisueros. Es imprescindible un espíritu de verdadero compañerismo y cooperación.

Es también factor muy importante contar con un laboratorio de consulta que sirva a una extensa zona. Un laboratorio de esta clase contribuye notablemente a estimular las cualidades científicas del trabajo de laboratorio e, igualmente, el entusiasmo científico de su personal. Su función debe ser tanto docente como consultiva. Su personal debe estar preparado para dar cursos breves de instrucción intensiva, tanto en el laboratorio de consulta como en el laboratorio central o local, convenientemente situado. El laboratorio de consulta recibe también, para su estudio, cultivos que plantean problemas, lo que permite mantener contacto continuo con el personal de otros laboratorios de la zona servida. De este modo se crea un grupo de técnicos de laboratorio que mantienen estrecha relación y reciben la orientación científica de hombres de ciencia y maestros de gran competencia dentro de los laboratorios de referencia y consulta.

El carácter específico y la ubicación de los laboratorios, local, central y de consulta, pueden variar en grado considerable. El último, por ejemplo, puede organizarse independientemente, funcionar dentro de una escuela de salud pública, o, de conformidad con un acuerdo en colaboración, puede estar afiliado a algún laboratorio central de salud pública. Debe insistirse, sin embargo, en que la provisión de servicios de laboratorio requiere un desarrollo equilibrado de los laboratorios central y local, y por lo menos un laboratorio de consulta de fácil acceso.

Un laboratorio de campo puede también servir para fines especiales. Puede planearse de manera que llene las necesidades de urgencia cuando los otros medios sean inadecuados o bien dedicarse principalmente a actividades de investigación. Ha servido para realizar los detallados estudios epidemiológicos, clínicos y de laboratorio en los que están basados los programas de control más efectivos. Constituiría el laboratorio inicial en un área que facilitase orientación para el programa de control en la región.

La aplicación efectiva de los conocimientos modernos requiere la participación de un laboratorio. Sin embargo, se reconoce que en algunos países de las Américas en general, a veces en los que presentan altas tasas de mortalidad por enfermedades diarreicas, los servicios de laboratorio son sumamente inadecuados. El mejoramiento de los servicios de laboratorio es parte esencial del programa de la Oficina Sanitaria Panamericana encaminado a reforzar los servicios sanitarios nacionales y locales, y cabe esperar que en un futuro no muy lejano los países contarán con la red de laboratorios anteriormente mencionada.

Sin embargo, no debe deducirse de ello que nada se puede hacer si se carece de servicios de laboratorio para examinar todos los casos. Lo que se necesita es conocer la naturaleza del problema en forma que permita la eficaz aplicación de

las medidas terapéuticas y de control. Pueden obtenerse conocimientos que sirvan de orientación mediante un examen fidedigno de una muestra de casos típicos. Inclusive, aunque sólo en un pequeño porcentaje de casos pueda establecerse un diagnóstico definitivo por medio de las pruebas de laboratorio, estos conocimientos contribuirán a que se traten con mayor eficacia aquellos que no hayan sido sometidos a prueba.

Observaciones y Cuestiones que Merecen Consideración

Al llevar a la práctica un programa de control de las enfermedades diarreicas, el primer paso debe consistir en una evaluación de los conocimientos en cuanto a la etiología en el país y zona de que se trate para saber si son suficientes. Teniendo en cuenta los hallazgos obtenidos en los Estados Unidos puede considerarse que las enfermedades diarreicas graves son predominantemente infecciones entéricas específicas. ¿Existe alguna prueba concluyente de que no ocurre lo mismo en otras partes? ¿Qué proporción de casos debidos a *Shigella* o *Salmonella* se ha encontrado en otros países? ¿Hasta qué punto los casos restantes parecen deberse a otras infecciones? ¿Qué importancia tienen los factores alimenticios como causa principal de enfermedad en casos fatales de enfermedades diarreicas?

Puesto que los estudios de laboratorio son esenciales al diagnóstico etiológico de las enfermedades diarreicas, la creación de servicios de laboratorio en los países con alta mortalidad exige consideración crítica. Esto forma parte del problema de planear adecuados servicios de asistencia médica y salud pública. En los Estados Unidos se ha observado que son igualmente esenciales un laboratorio local de diagnóstico, un laboratorio central de salud pública y un laboratorio de consulta para la zona. Estos se han complementado con laboratorios de estudios especiales. ¿Resulta conveniente y posible este plan, o bien otro distinto, para otros países americanos? ¿Cuáles son las necesidades más urgentes de laboratorio? En caso de que puedan proporcionarse los medios e instalaciones necesarios ¿se puede disponer de personal preparado?

Las necesidades son considerables. En otras cruzadas de salud pública, como en el caso de la fiebre amarilla o el paludismo, se proporcionaron medios especiales para programas especiales también. Las actividades tuvieron un éxito notable. ¿No debe darse una importancia semejante al aspecto principal del actual problema del control de las enfermedades diarreicas? Los más recientes conocimientos científicos permiten asegurar que un programa especial de esta clase será sumamente eficaz.

Parte III

EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología de las enfermedades diarreicas agudas es la resultante de las epidemiologías de las distintas entidades etiológicas. Nos limitaremos en este trabajo a la shigelosis y a la salmonelosis por las razones expuestas en las dos secciones precedentes.

Shigelosis

Un aspecto sobresaliente de las infecciones de *Shigella* es la variedad de manifestaciones en los individuos afectados. La creencia antes generalizada de que la disentería bacilar es siempre grave no es exacta. La shigelosis puede producir una enfermedad clínica que varía de grave a leve, o trastornos tan insignificantes que causan pocas molestias al individuo. Además, es corriente la infección sin manifestaciones clínicas de ninguna clase especialmente en los adultos. Por lo tanto, para conocer la historia natural de las infecciones de la *Shigella* se requieren extensos estudios, tanto de las personas sanas como de las que están o han estado enfermas.

La *Shigella* se encuentra frecuentemente en los monos cautivos y a raros intervalos se ha aislado en animales domésticos. Sin embargo, la shigelosis, en la forma en que se presenta ordinariamente, es una infección que afecta exclusivamente a los seres humanos y se transmite solamente de persona a persona.

Incidencia

En el curso de los estudios hechos en los Estados Unidos se efectuaron encuestas a base de cultivos en los grupos normales de la población. Se escogieron personas para ser examinadas, sin conocer de antemano la presencia o ausencia de la enfermedad diarreica. Sin embargo, se obtuvieron las historias clínicas en el momento del examen. En Nuevo México la mortalidad por enfermedades diarreicas fué aproximadamente de 100 por 100.000 habitantes en 1937 y 1938. Durante estos años se examinaron bacteriológicamente, en busca de la *Shigella*, 2.198 individuos "normales", y 239 (11 por ciento) resultaron positivos. El porcentaje varió, en las diferentes colectividades y grupos, de 3 a 20.

Los exámenes comparables efectuados en Georgia, cuando la mortalidad por enfermedades diarreicas era aproximadamente de 20 por 100.000 habitantes, indicaron una tasa de incidencia del 3 por ciento. En Puerto Rico, con una elevada tasa de mortalidad, los muy limitados estudios llevados a cabo revelaron una tasa de frecuencia de shigelosis de 4% en la población en general. En la ciudad de Nueva York, por el contrario, los hallazgos positivos fueron muy raros. Teniendo en cuenta que la duración media de la infección de *Shigella* no tratada es de 6 semanas, aproximadamente, es claro que cuando la incidencia de las enfermedades diarreicas es moderada o alta, la incidencia anual de la infección debe ser muy elevada. Durante un estudio de un año de personas recluidas en instituciones, donde podían tomarse cultivos a intervalos frecuentes, virtualmente todas ellas adquirieron la infección de *Shigella*, por lo menos una vez durante el período de observación.

La proporción de las infecciones clínicas y subclínicas varió notablemente con la edad. Al contraer la infección las criaturas se enfermaban por regla general, aunque no siempre. A medida que aumentaba la edad, aumentaba también la proporción de portadores pasivos. A los 3 o más años de edad, había siempre más portadores pasivos que casos corrientes o recientes (dentro del término de 3 meses). En general, por cada caso clínico corriente había al mismo tiempo un total de 9 convalecientes o portadores pasivos.

De las 380 personas que dieron cultivos positivos en estas encuestas, solamente dos recibían asistencia médica. Una, gravemente enferma cuando se descubrió el caso por medio de la encuesta, fué admitida al hospital al día siguiente y murió dos días después. De no haberse efectuado un estudio especial, tal vez se hubieran hecho cultivos en esos dos casos y el resultado hubiera sido dos casos demostrados y 378 no descubiertos de infección de *Shigella*. Así, por cada infección conocida (de origen manifiesto) hay numerosas infecciones no descubiertas (de origen oculto). A la luz de estos hallazgos no resulta sorprendente que las enfermedades diarreicas endémicas aparezcan por lo general como casos esporádicos aislados. Estas infecciones, aparentemente no relacionadas, pueden proceder de una sola fuente o estar unidas a una serie de infecciones no descubiertas. Este conocimiento es imprescindible para la interpretación de la epidemiología de las enfermedades diarreicas agudas.

La verdadera incidencia de las enfermedades clínicas causadas por *Shigella* no la revelan los datos de morbilidad o mortalidad, aun contando con excelentes procedimientos de notificación. Por cada defunción existen varios casos clínicos graves. Por cada caso clínico grave hay numerosas infecciones clínicas leves; por cada caso clínico de cualquier grado de gravedad hay unos dos portadores pasivos. Por lo tanto, una defunción por shigelosis indica la presencia de numerosas infecciones de otros grados de gravedad, aun las infecciones subclínicas.

Tasa de la Incidencia de Shigelosis en las Familias

La tasa de incidencia de la shigelosis en las familias afectadas fué objeto de estudio en Nuevo México, Georgia y Nueva York. Tomando por base en gran parte las pruebas de un solo cultivo, resultaron positivos aproximadamente la mitad de los miembros de las familias afectadas. Seguramente la mayoría de los contactos de la familia se habrían encontrado infectados de shigelosis si esas pruebas se hubieran repetido y continuado durante un período adecuado para determinar las tasas de incidencia. Lo mismo se observó en el estudio de pequeñas colectividades y en los grupos de las instituciones con casos clínicos conocidos.

Edad

La infección producida por microorganismos de *Shigella* muestra una distribución por edades relativamente característica entre la población general de las zonas que presentan manifestación endémica entre moderada y alta. Las tasas de frecuencia son bajas durante los primeros seis meses de vida, elevándose durante los seis meses siguientes a un nivel que permanece bastante constante por unos cuantos años. Hacia el cuarto año la tasa de frecuencia disminuye gradualmente hasta alcanzar un segundo nivel hacia la edad de 15 años, permaneciendo después a un nivel bastante constante.

La enfermedad clínica producida por las *Shigella* tiene una característica diferente de distribución por edades. Es relativamente poco frecuente en los primeros meses de vida, teniendo su mayor frecuencia entre los 6 y los 18 meses, y después disminuye rápidamente hasta un nivel mucho más bajo. Por lo tanto, cuando las criaturas contraen la infección por *Shigella*, la mayoría de ellas se en-

ferman, algunas con trastornos muy graves y hasta con enfermedades mortales. A la edad de tres años las enfermedades graves son poco corrientes, las enfermedades leves son frecuentes, si bien más de la mitad de las infecciones son de carácter subclínico. En los adultos son subclínicas una proporción aún mayor de las infecciones.

Estación

La shigelosis es en gran parte una "diarrea de verano". En general, mientras más fríos sean los meses de invierno más tardan las tasas altas en aparecer durante el verano. En las regiones del sur de los Estados Unidos, donde los inviernos son benignos, el aumento de la frecuencia de la *Shigella* principia generalmente en marzo, abril o mayo. A esto sigue muchas veces una pronunciada disminución de la incidencia en los meses muy calurosos (cuando hay pocas moscas), seguida de un aumento secundario en el otoño. En los regiones de inviernos más fríos generalmente hay una sola fase culminante de incidencia de la enfermedad durante la segunda mitad del verano. No se ha podido explicar de modo plenamente satisfactorio esta alta incidencia durante las estaciones calurosas. En parte, pero no completamente, parece tener relación con las variación de la cantidad de moscas.

Forma de Propagación

La shigelosis se limita casi enteramente a los seres humanos. Los microorganismos se eliminan en las heces, a veces en gran número. Por lo tanto, el mantenimiento de un alto nivel de infección de *Shigella* en un grupo depende de la transmisión más o menos directa de heces humanas que contienen *Shigallae* de una persona o otra. La cuestión principal atañe a la importancia relativa de las diversas formas de propagación.

La transmisión directa de persona a persona se considera el modo de propagación más común. Frecuentemente se encontraron casos en hogares deficientes en cuanto a limpieza personal y del medio. La infección entre las personas recluidas en instituciones se extendió y causó generalmente dificultades en los centros de deficientes mentales y entre los pacientes débiles y perturbados de los hospitales de enfermedades mentales. Entre los grupos militares, la alta incidencia coincidió también con una falta de limpieza personal. En esas condiciones cabía suponer la contaminación de los dedos con las heces, lo que confirmaron los cultivos. Se recuperó el *E. coli* en el 82 por ciento de 235 cultivos de muestras tomadas de dedos de reclusos limpios en los hospitales mentales. Además, se aislaron *Shigella* de los dedos de 4 (10%) entre 39 personas con cultivos de heces positivos y de 2 (1%) entre 229 con cultivos de heces negativos. Al llegar a los dedos, los microorganismos pueden transmitirse de persona a persona directamente o por artículos utilizados en común. En varios brotes ocurridos en instituciones hubo pruebas significativas en contra de la posibilidad de que las vías de propagación fuesen de otra clase.

Es necesario destacar el papel de los casos leves y no identificados y de los casos subclínicos en la propagación de la shigelosis. Estos exceden considerablemente del total de casos identificados y sospechosos. La shigelosis clínica se pre-

señala generalmente en individuos sin historia de exposición a casos precedentes. La fuente humana, no sospechada, puede sin embargo estar muy cerca y los microorganismos pueden pasar de modo relativamente directo de esta persona a la otra que adquiere la enfermedad manifiesta.

A veces ocurren otras formas de transmisión de persona a persona. Raras veces se notifican brotes de shigelosis transmitidos por el agua. Históricamente, el cambio de un abastecimiento de agua poco satisfactorio, a otro de agua potable, suele ir acompañado de una disminución inmediata y considerable de la mortalidad por tifoidea, pero no de una pronunciada disminución proporcional de las defunciones por enfermedades diarreicas.

La leche, por sí misma, se encuentra manifiestamente libre de sospecha como medio de introducir las *Shigellae* en el hogar. En los Estados Unidos las clases pobres, que son las que más sufren de enfermedades diarreicas, consumen por lo general los productos lácteos, altamente higiénicos, enlatados y deshidratados, que resultan más baratos que la leche fresca embotellada. Sin embargo, aunque la leche no tenga significación como medio de propagación colectiva, puede servir, como cualquier otro alimento o sustancia que se introduzca en la boca, de vehículo transmisor de la infección de un miembro de la familia a otro.

Se han notificado brotes transmitidos por alimentos. Aunque los brotes fulminantes de shigelosis son raros, cuando ocurren son transmitidos, con gran frecuencia, por los alimentos. En un estudio de 476 brotes de enfermedad gastrointestinal bacteriana en los Estados Unidos, durante el período de 1945-1947, Feig encontró que solamente 14 brotes (2,9%) habían sido causados por microorganismos *Shigella*, de los cuales 9 habían sido transmitidos por alimentos. En algunos de los brotes estudiados que ocurrieron en instituciones, los portadores entre el personal encargado de los alimentos y del servicio de cocina contribuyeron indudablemente a la propagación de la enfermedad, pero no se observó indicación alguna de fuerte contaminación de un alimento determinado.

La shigelosis y las moscas aparecen en las mismas estaciones y en el mismo medio general. Los estudios realizados por el Servicio de Salud Pública en el condado de Hidalgo confirmaron el hecho de que en aquella zona el control de las moscas, organizado por colectividades, había producido una reducción aproximada del 50 por ciento de las infecciones por *Shigella*. Sin embargo, a pesar de los intensos trabajos de control de las moscas, aún quedaba un número apreciable de casos de shigelosis en esta zona. En una colectividad en que las moscas no tengan fácil acceso a las heces humanas o donde las casas estén bien protegidas con tela metálica, las moscas desempeñan un papel secundario en la propagación del microorganismo *Shigella*. Además, entre las personas internadas en instituciones, se ha observado frecuentemente, cuando no hay moscas, una rápida propagación de esta infección en que ni el agua ni los alimentos fueron la causa. Teniendo en consideración todas las pruebas puede sentarse la conclusión de que las moscas propagan la shigelosis, hasta el punto de que en algunas colectividades puede reducirse su incidencia en un 50 por ciento por medio del control efectivo de las moscas, pero que la shigelosis puede propagarse, y se propaga de hecho, cuando no hay moscas.

Salmonelosis

El habitat natural de la *Salmonella*, aparte de la *S. typhosa* y microorganismos paratifoideos afines, son los animales inferiores o las aves. La infección del hombre es accidental y poco corriente. De mayor significación en la epidemiología de la salmonelosis es la determinación de las formas de propagación al hombre.

Los primeros estudios sobre salmonelosis atribuyeron importancia exagerada al papel de los roedores. Se creyó que era de gran importancia epidemiológica la contaminación por medio del excremento de los ratones y ratas. Ahora se sabe que este factor tiene escasa significación.

Los brotes fulminantes transmitidos por alimentos llamaron la atención cada vez más sobre el papel que pudieran desempeñar las aves. Se sabe ahora que las aves domésticas suelen estar infectadas a menudo con variedades de *Salmonella*, además de la *S. pullorum*. Además los huevos de las aves infectadas son, a veces, portadores del microorganismo infectante. Así, pues, la propagación a los seres humanos se produjo con frecuencia por medio de los alimentos que contenían huevos crudos o poco cocinados, como la mayonesa por ejemplo. El problema se acentuó debido a la deshidratación comercial de huevos mezclados. El calor necesario para su preparación no mata la *Salmonella*, y al mezclarlos, la infección de algunos huevos contaminaba las grandes cantidades que se preparaban al mismo tiempo. Por ello, se observó que un porcentaje relativamente alto de huevos deshidratados daban cultivos positivos de *Salmonella*. Se estudiaron numerosas epidemias atribuidas a este producto alimenticio. En este caso el origen de la infección fueron las aves, si bien el aspecto más importante del problema consistía en la amplia diseminación de la infección mediante la preparación comercial del alimento.

Recientes estudios efectuados en Florida revelaron en esencia el mismo problema en relación con la preparación de las carnes. Antes de la matanza, una proporción relativamente pequeña de aves estaba infectada de *Salmonella*. Sin embargo, ese pequeño número contaminaba las mesas, utensilios y demás instrumentos utilizados en los establecimientos de preparación. Se demostró claramente que esta contaminación pasaba a las carnes comestibles. Aunque pocas de las aves vivas estaban infectadas, una proporción considerable de las aves preparadas para el mercado estaban contaminadas de *Salmonella*.

La salmonelosis se propagaba en mayor grado aún entre los cerdos uno o dos días antes de la matanza, con ocasión de la compra, y transporte y en los corrales de los mataderos. Además, se comprobó fácilmente que, dentro de los mataderos, la distribución de la contaminación de *Salmonella* era considerable. Por lo tanto, las carnes comestibles y especialmente las que se mezclaban para embutirlas resultaban a menudo positivas de *Salmonella*. Los microorganismos viables llegan a la cocina en esos productos alimenticios. Algunos sobreviven al proceso de la cocción lo que puede justificar las epidemias atribuidas al consumo de carne de cerdo o de aves. Por otras vías, el agente contaminador puede pasar a otros alimentos, produciendo casos esporádicos o brotes familiares.

La comida para perros, preparada comercialmente y que contiene carne, fué también a menudo positiva de *Salmonella*. Esto explica en parte la amplia disemi-

nación de esta infección entre los animales caseros en los Estados Unidos. En Florida se efectuaron cultivos de muestras tomadas de 1.626 perros normales, domésticos y el 15 por ciento resultaron positivos de *Salmonella*. Se hicieron algunos exámenes limitados que indicaron asimismo la incidencia de la enfermedad en los gatos.

Por lo tanto, es indudable que, por medio de estas vías, la exposición a la salmonelosis es frecuente. Lo que necesita explicación es más la poca frecuencia de la enfermedad clínica, que su presencia. McCullough y Eisele comprobaron sin lugar a dudas, administrando dosis variadas de *Salmonella* a personas voluntarias, que la frecuencia de la enfermedad clínica aumenta a medida que se incrementa la dosis de microorganismos. Se podían administrar dosis muy bajas sin que se observaran después los microorganismos en las heces. Al aumentar el número, tendía a presentarse infección subclínica, con repetidas deposiciones positivas, mientras que, con dosis más altas, se producía la enfermedad clínica en algunos o en todos los voluntarios. Se encontró que todas las *Salmonellas* probadas eran patógenas para las personas, pero la enfermedad clínica por infección con *S. pullorum* sólo se producía con dosis fuertes. En condiciones naturales, es más probable que se adquiriera la enfermedad clínica cuando la *Salmonella* se multiplica en el alimento humano, proporcionando así dosis fuertes del agente infectante. Sin embargo, el examen bacteriológico de personas que manipulan alimentos ha demostrado que la infección subclínica se encuentra extendida y es corriente. Probablemente, el número de microorganismos adquiridos de una sola vez es inferior al que se necesita para iniciar la enfermedad.

En la práctica clínica y de salud pública la salmonelosis atrae la atención principalmente como epidemia transmitida por alimentos o como infección esporádica en criaturas. Estas últimas se explican por la propagación debida a adultos infectados, a las cocinas contaminadas o a los animales domésticos. Como en el caso de la shigelosis, la criatura es indudablemente mucho más susceptible que el adulto.

La semejanza de las epidemiologías de estas dos infecciones entéricas fué ilustrada por los estudios hechos por Watt y Lindsay, en Texas. El control de las moscas redujo la frecuencia de la shigelosis aproximadamente en un 50 por ciento, pero no tuvo efecto alguno en la incidencia de la salmonelosis.

Observaciones y Cuestiones que Merecen Consideración

El diagnóstico etiológico es el comienzo del estudio epidemiológico. No puede existir una comprensión cabal de la manifestación de las enfermedades diarreicas agudas sin un conocimiento de la etiología y de la historia natural del agente etiológico. Esto se ha logrado en los Estados Unidos mediante estudios especiales. Las conclusiones establecidas para una región no pueden aplicarse completamente a otra. Por lo tanto, en cada país se plantea el problema de examinar escrupulosamente, a la luz de los hallazgos obtenidos en otras partes, la epidemiología de las enfermedades diarreicas que ocurren dentro de su territorio.

El control administrativo de las infecciones específicas se basa en su epidemiología. Los métodos han de diferir, puesto que también difiere la epidemiología de las diferentes infecciones entéricas. Sin embargo, en la shigelosis y en la sal-

monelosis, el caso clínico identificado es sólo una de las muchas fuentes de propagación de la infección. Es esencial la eliminación total de los excrementos que se sabe son infecciosos, pero no existen pruebas de que el riguroso aislamiento de los casos de una colectividad proporcione un control efectivo. ¿Existe alguna justificación para dedicar el tiempo del personal del servicio de salud pública al aislamiento de unas infecciones propagadas por tantas fuentes?

Se atribuyó al mejoramiento del abastecimiento de agua la reducción de la incidencia de las enfermedades diarreicas. El efecto, sin embargo, parece deberse a que hay mayor limpieza como consecuencia de la abundancia de agua. ¿Existe prueba alguna de que la *Shigella* o la *Salmonella* viable (aparte de la tifoidea y la paratifoidea) se adquieren frecuentemente por medio del agua de beber?

La miseria va generalmente asociada a una alta incidencia de las enfermedades diarreicas agudas. ¿Puede explicarse esto por el efecto del hacinamiento, de las moscas y de la falta de limpieza personal y del medio?

La epidemiología de la fiebre tifoidea se ha estudiado detalladamente en muchos países. ¿No debiéramos prestar, por lo menos, una atención semejante a las infecciones entéricas que dan lugar a las enfermedades diarreicas y que, en general, causan diez veces más defunciones que la fiebre tifoidea?

Parte IV

ASPECTOS CLÍNICOS

Las descripciones clínicas que suelen aparecer en los libros de texto de medicina sobre las enfermedades diarreicas se basan en casos hospitalizados. En el curso de los estudios de campo, que durante los últimos quince años se vienen realizando en los Estados Unidos, acerca de tales trastornos, se han examinado casos clínicos de todos los grados de gravedad. Se recogieron historiales detallados y todos los casos fueron analizados bacteriológicamente, efectuándose después una clasificación etiológica, en grupos, a base de los hallazgos bacteriológicos. La siguiente descripción se basa en el estudio de más de mil casos clínicos que dieron cultivo positivo.

Shigelosis

Una de las más destacadas observaciones hechas en estos estudios fué la gran variación de la gravedad clínica. Revistió ésta las más distintas manifestaciones, desde la enfermedad fulminante que conduce rápidamente a un fatal desenlace, debida a la *Shigella*, hasta casos de mera "descomposición de vientre". También se identificaron frecuentemente portadores asintomáticos sin historia de enfermedad previa.

Se encontraron, y se han descrito, tres tipos clínicos de shigelosis: a) *infecciones fulminantes*, de las que una criatura o niño, que disfrutaba de buena salud, se pone rápidamente enfermo de gravedad y la dolencia puede completar su curso en menos de 24 horas hasta causar el fallecimiento. Por fortuna, esos casos son muy poco frecuentes y se apartan de las enfermedades clínicas de menor severidad. b) El tipo disentérico es una disentería bacilar de las ordinariamente descritas. Las

evacuaciones sanguinolentas, mucopurulentas, los tenesmos, los dolores abdominales y las graves manifestaciones de carácter general indican claramente la disentería bacilar. Una proporción relativamente elevada de los casos hospitalizados corresponde a ese grupo y ello se debe a la preocupación que suelen motivar las heces sanguinolentas. c) El tipo *diarreico* de la shigelosis, una simple diarrea, es la manifestación más común de tales infecciones en los Estados Unidos. De ordinario las heces no muestran sangre ni exudado, pero con frecuencia contienen mucosidades. Los síntomas generales, como la fiebre, las náuseas y la anorexia, tienden a ser benignos, e incluso hay casos en los que no se presentan. De las diversas causas de trastorno tan común, las que más importancia tienen son las infecciones ocasionadas por la *Shigella*.

Tras un período de incubación que oscila entre un día y una semana, la enfermedad clínica tiene un comienzo relativamente brusco en los casos de shigelosis. Por lo general, los síntomas iniciales son la diarrea, los vómitos y los dolores abdominales. No es extraño que en las criaturas se manifiesten convulsiones como uno de los primeros síntomas. La manifestación más destacada es la diarrea, en la que el número y carácter de las deposiciones varía de acuerdo con el grado de gravedad. En los casos de infecciones muy graves, la necesidad de evacuar es casi continua. Entre los demás trastornos relacionados con ella figura la fiebre, particularmente al principio. No es extraño que se manifieste una fiebre prolongada en las criaturas a las que no se aplica una terapéutica específica. La anorexia, las náuseas y los vómitos son molestos y contribuyen considerablemente a una acentuada deshidratación. Los hallazgos físicos anormales son realmente escasos, aparte de la sensibilidad abdominal y de los síntomas de deshidratación. En algunos casos se observa el prolapso del recto y meningismo.

Otras Enfermedades Diarreicas

No encontramos en nuestros estudios resultados clínicos perfectamente definidos que permitieran establecer una diferenciación fidedigna entre las infecciones de *Shigella* y de *Salmonella* en los casos individuales. En los grupos de casos, las manifestaciones de tipo general, principalmente la fiebre, fueron más pronunciadas en la salmonelosis que en la shigelosis. En la salmonelosis se observaron en algunos casos heces disintéricas, pero con mucha menos frecuencia que en la shigelosis. También en la salmonelosis se acusaron, en algunas ocasiones, complicaciones graves, como la meningitis, pero no se dió tal caso en la shigelosis. Aparte de las observaciones de laboratorio, no hubo, por lo tanto, ningún método seguro de diferenciación entre la shigelosis y la salmonelosis.

Se han notificado en algunos países epidemias de diarrea en clínicas de recién nacidos, que revestían características epidemiológicas bien definidas. Pero en los casos individuales hubo rasgos clínicos diferenciales de importancia. Las enfermedades consistieron en una diarrea aguda con una temprana deshidratación que, frecuentemente, condujo a un fatal desenlace. Es de esperar que, manteniendo el sistema actual de que las criaturas permanezcan con las madres, en vez de construir grandes salas de recién nacidos, los países latinoamericanos evitarán epidemias de esa naturaleza.

La infección *E. histolytica* de los niños de corta edad no ha sido objeto de estudio apropiado. Uno de los rasgos distintivos de estos casos es el de la benignidad de las manifestaciones clínicas, en contraste con la seria anormalidad de las heces. Aunque estos signos son clínicamente indicios de la posible dolencia, el diagnóstico fidedigno exige un examen de laboratorio.

La diarrea infecciosa aguda afecta frecuentemente a criaturas o niños que venían gozando de buena salud. Un niño vigoroso y sano puede encontrarse gravemente enfermo de un día para otro. Esto contrasta con los desórdenes diarreicos asociados con la nutrición deficiente. La condición inicial del enfermo es mucho menos satisfactoria y la diarrea, en sí misma, tiende a ser más benigna. Sin embargo, es sabido que existe una creciente susceptibilidad a las infecciones específicas en los niños que adolecen de un estado general deficiente de salud. En consecuencia, es necesario descartar, mediante hallazgos negativos en los laboratorios, la presencia de infecciones entéricas específicas, antes de llegar a un diagnóstico de trastorno diarreico no infeccioso.

Observaciones de Laboratorio Distintas de las Bacteriológicas

En algunos de los casos el examen microscópico de heces frescas revela numerosos leucocitos, hematíes y algunos macrófagos. Estos hallazgos revelan shigelosis, pero se puede observar una exudación parecida en la salmonelosis u otras infecciones entéricas primarias. Es más, la ausencia de este exudado tiene poca importancia para la exclusión de un diagnóstico de shigelosis. Los hallazgos microscópicos son de suma importancia para la pronta identificación de casos de enfermedad amibica aguda.

El recuento total y el diferencial de glóbulos blancos se mantienen ordinariamente dentro de unos límites normales. La anemia secundaria se manifiesta si la enfermedad se prolonga. Y en la sangre hay cambios clínicos relacionados con la deshidratación.

Lo más importante en el trabajo de laboratorio es el examen bacteriológico en busca de patógenos entéricos. Para ello, se han descrito varias técnicas simplificadas. Esta prueba es esencial para el diagnóstico de enfermedades diarreicas.

Pronóstico

Con anterioridad a los métodos modernos de combatir la deshidratación, y antes de que se dispusiera de agentes terapéuticos específicos, variaban mucho las tasas de mortalidad en estos casos. En nuestro estudio se registraron 38 (9,4%) defunciones en 406 casos comprobados de infección de *Shigella* en Nuevo México, una (1,5%), en 67 casos, de Georgia, y ninguna en 82 casos positivos de la ciudad de Nueva York. En todos esos casos, la tasa de mortalidad de criaturas menores de un año fué de un 30,7%, y en el segundo año de la vida, un 10,2%. No hubo defunciones de niños de mayor edad ni de adultos.

Con los recientes progresos en el tratamiento de la deshidratación y con el descubrimiento de las sulfonamidas y los antibióticos, ha mejorado enormemente el pronóstico de la shigelosis. En realidad, el tratamiento suele ser tan eficaz que

el hecho de que ocurra una defunción causada por esta infección, indica un retraso en recurrir a los cuidados médicos o algún defecto en la atención médica prestada.

Hay una amplia variedad en la duración de la enfermedad. En general, los niños mayores y los adultos suelen recobrar la salud en un plazo de dos a cuatro días aunque no se les haya tratado. En las criaturas que no reciben tratamiento, los síntomas suelen persistir de dos a seis semanas. La terapéutica específica de la shigelosis va generalmente seguida de una pronta convalecencia.

Los Diagnósticos Diferenciales

En los verdaderos casos de trastornos entéricos suelen abundar más, por lo general, los diagnósticos incompletos que los diagnósticos erróneos. No se puede aceptar como satisfactoria la mera descripción de la enfermedad como "diarrea y enteritis", "disentería" o "simple diarrea", cuando es posible efectuar un diagnóstico etiológico. En la medicina clínica este último constituye un requisito fundamental como orientación para establecer una terapéutica específica, y en la medicina preventiva, tanto como en la salud pública, es esencial para lograr un control efectivo.

La única manera de realizar un diagnóstico positivo de la etiología de las enfermedades diarreicas agudas consiste en utilizar el laboratorio para el aislamiento del agente causal. Claro que esto implica un retraso. Es más, no siempre se dispone de los medios necesarios de laboratorio. Por ello, como orientación para la temprana iniciación de una terapéutica específica, se necesita apelar a otros procedimientos satisfactorios.

Para los diagnósticos clínicos es requisito esencial un conocimiento certero de la naturaleza de una enfermedad y de las entidades de que hay que distinguirla. Hace falta un ajuste definido del concepto imperante en cuanto a los hallazgos que deben considerarse que denotan una shigelosis. Hay que reconocer que las variedades prevalcientes de *Shigella* rara vez dan lugar a la disentería bacilar ordinariamente descrita en los libros de texto de medicina. Una simple diarrea con evacuaciones fecales acuosas es generalmente la manifestación de la shigelosis, y cuando esto ocurre debe pensarse en tal infección entérica específica.

Es de primordial importancia para el diagnóstico diferencial contar con un conocimiento seguro de los tipos prevalcientes de enfermedades diarreicas en la zona y el grupo de que se trate. Por ejemplo, en los Estados Unidos, antes de los estudios especializados de enfermedades diarreicas, efectuados en Nuevo México y en Georgia, la disentería bacilar se consideraba como una enfermedad tropical rara y muy pocas veces se diagnosticaban infecciones de *Shigella*. Tras la prueba de que un alto porcentaje de los casos endémicos corrientes de diarrea, particularmente los sometidos a cuidados médicos, eran realmente de shigelosis, tal diagnóstico se hizo más frecuente. Como pueden existir grandes diferencias en la naturaleza de las enfermedades diarreicas que se presentan en diversos países y zonas, hay que acumular ese tipo de información en localidades que puedan considerarse como típicas. Los datos necesarios pueden conseguirse mediante la colaboración de los médicos y de los departamentos de sanidad con un laboratorio bacteriológico eficaz. Sin esos estudios, los trastornos diarreicos seguirán siendo objeto de diagnósticos inapropiados.

Tratamiento

1. *Flúidos y electrólitos*

Para llegar a una terapéutica eficaz de las enfermedades diarreicas en las criaturas es preciso reconocer que la principal dificultad es la perturbación metabólica que se produce, el trastorno de los electrólitos y los flúidos corporales. Por ello debe prestarse una atención inmediata y urgente a la corrección de estos trastornos y a la prevención de ulteriores pérdidas. La descripción detallada de la terapéutica de la deshidratación queda fuera del alcance de este trabajo, pero se cuenta con abundante material de consulta, y en el apéndice se reproduce un plan típico seguido en una universidad.

Los principios esenciales del tratamiento en los casos graves son los siguientes:

(a) Tratamiento inmediato de choque, restauración de la circulación normal. Esto se consigue mediante transfusiones de sangre integral o de plasma por vía intravenosa, en combinación con una solución de glucosa.

(b) Restitución de las pérdidas anteriores y compensación del desequilibrio metabólico. Esto se consigue mediante la administración de soluciones adecuadas de electrólitos, incluso potasio, y de glucosa en agua. Generalmente es necesario utilizar el conducto parentérico, por lo menos al principio, pero en los últimos años también se ha empleado con éxito y en mucho mayor grado el conducto bucal. La terapéutica puede comenzar de acuerdo con las reglas generales, pero es muy aconsejable el control mediante la determinación del nivel de CO₂ y de cloruro en el suero.

(c) Reanudación gradual de la alimentación, utilizando una mezcla láctea estándar o la lactancia materna.

2. *Sulfonamidas y antibióticos*

Si bien "la terapéutica química (flúidos y electrólitos) es más importante que la quimioterapia en la diarrea infantil", una aplicación conveniente de la segunda en casos de shigelosis contribuye realmente a abreviar la duración de la infección y, por lo general, de la propia diarrea. La sulfonamida preferida es la sulfadiazina, por ser más eficaz que las llamadas drogas de absorción lenta, tales como la sulfasuxidina o sulfaguanidina. Una consideración que debe tenerse en cuenta es la de que uno de los más tempranos y peligrosos factores que acompañan a la deshidratación en las criaturas es la depresión circulatoria que, a su vez, conduce a la cristalización de la sulfadiazina en los riñones, determinando una obstrucción renal. En consecuencia, no debe administrarse la sulfadiazina hasta que el niño orine.

La *Shigella* resistente a las sulfonamidas se presentó en un campo de prisioneros establecido en Corea por las Naciones Unidas, haciendo necesario el uso de diversos antibióticos. Bajo la dirección de una "Unidad Mixta contra la Disentería", patrocinada por la Comisión sobre Infecciones Entéricas, dependiente de la Junta de Epidemiología de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, se llegó a probar que la clorotetraciclina (aureomicina), el cloranfenicol (cloromicetina) y la oxitetraciclina (terramicina) son todos eficaces contra la *Shigella*.

El procedimiento más efectivo consistió en dividir la dosis diaria en tres

partes, administrada a intervalos de ocho horas. Como el problema de la obstrucción renal no se plantea con los antibióticos, conviene, probablemente, que se comience por utilizar uno de ellos, aunque la eficacia que normalmente tiene la sulfadiacina, y su bajo costo, siguen haciendo de ella una droga muy útil contra la shigelosis.

Las pruebas de sensibilidad *in vitro* son de suma importancia como guía terapéutica. Las pruebas de laboratorio pueden indicar, mejor que las pruebas clínicas, la preparación terapéutica de elección para las infecciones prevalecientes.

3. Terapia "sintomática"

Las drogas para el control de los síntomas de la diarrea no parecen ser de utilidad en los niños. Los metales, como el bismuto, no son eficaces en los casos graves y son innecesarios en los leves. Los absorbentes y los materiales como el pectín pueden disminuir la frecuencia de las deposiciones, pero no afectan la grave pérdida de fluido por conducto de los intestinos.

El problema del tratamiento específico de las infecciones de *Salmonella* es muy diferente. Estas infecciones siguen siendo relativamente resistentes, o muy resistentes, virtualmente a todos los agentes terapéuticos antibacterianos de que se dispone. El cloranfenicol ha sido utilizado ampliamente por sus probados efectos en la fiebre tifoidea, pero se carece de claras pruebas de eficacia en otras infecciones de *Salmonella*. Por ello, en la salmonelosis es preciso confiar en la terapéutica de la deshidratación.

Observaciones

El control de las diarreas infantiles requiere, en primer término, medidas de prevención, pero es también importante evitar las defunciones mediante un tratamiento temprano conveniente. En general, la diarrea infantil requiere primordialmente el tratamiento de la perturbación de fluidos y electrolitos, para lo que se han elaborado procedimientos sumamente eficaces. Cuando la diarrea se debe a la *Shigella*, que es el más común de los agentes patógenos, resulta muy útil una terapéutica específica con ciertos antibióticos y sulfadiacina. La reciente aparición de variedades resistentes aconseja descubrir, por medio de pruebas de sensibilidad *in vitro*, cuál es el agente más útil. Por desgracia, y excepto en lo que se refiere a la fiebre tifoidea, no se ha encontrado ningún antibiótico o agente quimioterapéutico eficaz para los casos de salmonelosis.

Parte V

PREVENCIÓN DE LA MORTALIDAD Y REDUCCIÓN DE LA MORBILIDAD

Medidas de Control Utilizadas en el Pasado

La exposición de los métodos utilizados hasta ahora en el control de muchas enfermedades transmisibles es bien sencilla. Por ejemplo, tratándose de la viruela se viene aplicando la vacunación, y, en muchas infecciones transmitidas por insectos, la erradicación del vector. Sin embargo, al examinar las razones de la

disminución de las enfermedades diarreicas en los países que hoy tienen tasas bajas, es evidente que intervinieron múltiples factores. No hay una medida cuantitativa de la importancia proporcional de esas diversas influencias que contribuyeron a la progresiva reducción de la mortalidad y de la morbilidad. Las conclusiones han de basarse en una valoración crítica de todas las pruebas disponibles.

Se halla muy extendida la creencia de que el control de las enfermedades diarreicas es, predominantemente, un resultado accesorio de los programas de saneamiento público que han eliminado, casi por completo, la fiebre tifoidea. Se concede suma importancia en este aspecto a la instalación de servicios públicos de agua potable. Históricamente, la importancia de los suministros públicos de agua contra la difusión del cólera y de la fiebre tifoidea es indiscutible. En numerosas ciudades de los Estados Unidos se observó una inmediata y acentuada disminución de los casos de morbilidad y de mortalidad de fiebre tifoidea al instalarse abastecimientos de agua potable. Puede afirmarse, con seguridad, que en condiciones similares se produciría el mismo descenso en cualquier parte. Sin embargo, con el cambio de suministro de aguas, no se consiguió ninguna prueba comparable de una rápida disminución de la mortalidad causada por enfermedades diarreicas. Así lo revelan las experiencias de Pittsburgo y Filadelfia, como se desprende del cuadro 9. Hay claros indicios de que las infecciones que producen las enfermedades diarreicas agudas de la infancia rara vez se transmiten por el agua. La *Shigella*, que es el principal de los agentes causales, muere rápidamente fuera del cuerpo humano, y son en realidad muy escasos los informes verídicos sobre brotes de shigelosis transmitida por el agua. La *Salmonella* se propaga principalmente por medio de los alimentos. Aunque la purificación del agua tiene una importancia indiscutible, no se le puede atribuir el mérito de haber contribuido poderosamente a la prevención de las enfermedades diarreicas de la infancia en los Estados Unidos.

Existen algunas pruebas de que la incidencia de las enfermedades diarreicas guarda relación con la disponibilidad de agua para el aseo personal. Algunos estudios limitados, en los campamentos de trabajo de California, indicaron que la incidencia de infecciones de *Shigella* era ocho veces mayor en las familias que tenían que acarrear el agua para fines domésticos, que en las que disponían de agua procedente de grifos instalados en las casas o junto a ellas.

Un servicio público de agua puede contribuir de dos maneras distintas al control de las enfermedades diarreicas. Tan pronto como se dispone de abastecimiento de agua se suelen instalar depósitos de agua corriente en los retretes, para la eliminación de las heces humanas. De este modo se destruyen en forma higiénica los gérmenes patógenos entéricos del vector humano, tanto en los casos leves y no reconocidos como en los de clara manifestación. Al mismo tiempo que se instala tal depósito, se suele instalar una pila de agua corriente. Los datos epidemiológicos indican que en la propagación de la shigelosis tiene considerable importancia la contaminación directa, de persona a persona, por la suciedad de las manos. Sin duda, la generalización de la costumbre de lavarse las manos, derivada de las facilidades de higiene personal, contribuye eficazmente al control de las enfermedades diarreicas. En consecuencia, los suministros públicos de agua han contribuido a controlar las enfermedades diarreicas, no porque hayan im-

CUADRO 9.—Mortalidad, por 100.000 habitantes, ocasionada por la fiebre tifoidea, diarrea y enteritis, en Filadelfia y Pittsburgo, 1900-1919

Año	Defunciones por 100.000 habitantes			
	Pittsburgo		Filadelfia	
	Tifoidea	Enfermedades diarreicas	Tifoidea	Enfermedades diarreicas
1900	144	215	37	115
1901	120	210	35	104
1902	136	221	47	96
1903	133	193	72	113
1904	136	198	55	133
1905	107	191	51	144
1906	141	230	74	172
1907	131	209	60	147
1908	49	183	35	138
1909	25	157	22	130
1910	28	201	18	168
1911	26	146	15	133
1912	13	130	13	107
1913	20	156	16	113
1914	15	120	8	120
1915	11	112	7	100
1916	9	131	8	101
1917	12	151	6	107
1918	11	139	5	104
1919	7	99	4	72

pedido la ingestión de *Shigella* y otros gérmenes patógenos afines en el agua impura, sino porque han proporcionado medios de eliminación higiénica de las heces humanas y comodidades que se han traducido en una mejora de la higiene personal.

La instalación de retretes sanitarios en los hogares rurales tuvo también general importancia, pero la disminución de las enfermedades diarreicas se hallaba ya muy avanzada antes de que en la esfera de la salud pública se concediera la debida importancia a esos medios de higiene.

Desde hace tiempo se admite una correlación directa entre la incidencia de las enfermedades diarreicas y la abundancia de moscas. La alta incidencia característica de los veranos ha sugerido que las moscas deben ser un importante factor en la propagación de la infección. Los estudios llevados a cabo en el condado de Hidalgo, Texas, probaron lo que anteriormente no pasaba de ser una sospecha. Se vió allí que el control de las moscas se tradujo en una reducción a la mitad aproximadamente de los casos de shigelosis. Históricamente, el control de las moscas en las zonas urbanas se fué logrando de un modo paulatino mediante el progreso industrial, y por la acción de las colectividades, tanto como por las actividades de salud pública. El caballo cedió el paso al automóvil, y, con la desaparición de los establos, se extinguió el más fértil de los campos de multiplicación

de las moscas. La reducción de la reproducción se acentuó mediante los programas de higiene pública general y de eliminación de basuras. Muy importante fué también la generalización del uso de telas metálicas y de la protección de los alimentos de consumo humano para evitar su contacto con las moscas. La educación del público por medios tales como la popularización de la consigna "¡elimínad las moscas!" propagó entre el público la noción del peligro que tales insectos representan. El control de éstos tuvo, sin duda alguna, mucha importancia en la reducción de la incidencia de las enfermedades diarreicas. En vista de los hallazgos obtenidos en el condado de Hidalgo se puede aventurar la conclusión de que, en muchas zonas, se debe al control de las moscas una mitad de la reducción de la shigelosis y de las enfermedades diarreicas agudas de carácter grave.

Como se señaló en lo relativo a la epidemiología, la shigelosis es a menudo una grave enfermedad endémica en ausencia de las moscas. Ahora bien, cuando las moscas abundan es muy probable que la reducción de su número tenga un efecto favorable en el control de la enfermedad. El control de las moscas no es labor fácil. Requiere saneamiento general, eliminación de basuras y de desperdicios industriales y agrícolas, y en los hogares, instalación de telas metálicas de protección. Los insecticidas, tales como el DDT y el dieldrín, son de eficacia limitada debido a la aparición relativamente rápida de cepas resistentes de moscas. Es necesaria una atención constante; en los estudios hechos en el condado de Hidalgo, cuando se suspendió el programa especial al cabo de dos años, la incidencia de infecciones de *Shigella* y la abundancia de las moscas volvieron a alcanzar rápidamente los altos niveles precedentes.

El creciente interés por los problemas especiales de la infancia se tradujo en un desarrollo simultáneo de la pediatría como parte de la medicina clínica, y de la higiene infantil como un aspecto de interés colectivo. Por ello, los pediatras se mostraron, desde el primer momento, tan interesados por la medicina preventiva como por la curativa. En el campo preventivo la orientación inicial marcada por Francia, encaminada a conseguir la supervisión sanitaria de todos los niños, fué acompañada de una labor similar en otros países. Se instalaron gradualmente redes de clínicas de higiene infantil encargadas de velar por la salud de las criaturas y de instruir a las madres en los métodos apropiados de cuidarlos y en lo que respecta a la importancia de la limpieza en la preparación y administración de los alimentos a los niños. Tanto los médicos de medicina general como los pediatras han adoptado gradualmente la supervisión del bienestar del niño como parte integrante de sus respectivas prácticas. Las enfermeras de salud pública visitaron los hogares con la misma misión, dando instrucción individual y practicando demostraciones. Como es natural, al igual que en otros aspectos esenciales del programa de salud pública, varió mucho de un país a otro el grado de perfeccionamiento de los servicios de higiene infantil. Es interesante observar que en el programa de largo alcance adoptado por la Primera Asamblea Mundial de la Salud se incluyó la higiene maternoinfantil en la lista de las actividades preferenciales. Este tipo de programa es parte esencial de la amplia campaña preventiva contra la diarrea infantil.

En los Estados Unidos, coincidiendo con la disminución en la mortalidad debida a enfermedades diarreicas, hubo grandes cambios en las condiciones eco-

nómicas y sociales, cambios que afectaron, en diversos grados, a un alto porcentaje de la población. Se lograron mejoras en las viviendas y se redujo la congestión urbana; se generalizó el empleo de refrigeradores, con los consiguientes cambios importantes en el suministro de alimentos y las madres, con menor número de hijos que antes, se encontraron con más tiempo para atenderlos. La significación de todos esos cambios para la salud pública es bien apreciable, pero no hay manera de medir su importancia relativa.

Por lo tanto, en el control de las enfermedades diarreicas en los Estados Unidos intervinieron muchas influencias. Los factores de principal importancia parecen ser los medios más higiénicos de las eliminación de las heces humanas, la mejora de la higiene personal (facilitada, como dicha eliminación, por la instalación de suministros de agua corriente), el control de las moscas y una notable mejora de la higiene infantil en el hogar. Lo conseguido es muy notable en vista de la incertidumbre en cuanto a la etiología, la falta de conocimientos de epidemiología y de una medicación específica, y lo limitado de la ayuda en aquel entonces de los departamentos de salud pública.

Las Medidas de Control de que se Dispone Actualmente

Los progresos de los conocimientos científicos que más contribuyen al control de las enfermedades diarreicas son los siguientes: (a) Etiología. Mediante el empleo de nuevas técnicas bacteriológicas de alta sensibilidad se sabe hoy que las enfermedades diarreicas agudas son predominantemente infecciones entéricas específicas debidas principalmente a la *Shigella*, en mucho menor grado, a la *Salmonella* y en un pequeño porcentaje de casos a otros gérmenes patógenos mal definidos, entre los que probablemente figuran cepas patógenas de microorganismos coliformes y de virus. (b) Epidemiología. Los orígenes más comunes de la *Shigella* son los casos de infección humana leve y no reconocida y los portadores asintomáticos. Por lo general, la propagación es de persona a persona, mediante un contacto relativamente directo, debiéndose pocas veces a vehículos ordinarios tales como el agua, la leche o los alimentos. Las moscas desempeñan un importante papel, aunque en diversos grados según las zonas. La contaminación fecal se propaga mucho más fácilmente de lo que antes se creía, aun en las salas de recién nacidos de los hospitales modernos. La *Salmonella* se disemina por los animales inferiores y las aves, particularmente a través de las aves comestibles, de los huevos, de los productos de carne y, hasta cierto punto, por el contacto con animales domésticos. (c) Terapéutica. Se han realizado avances de análoga importancia en los dos aspectos siguientes: (1) Hoy se sabe que las defunciones por enfermedades diarreicas se deben principalmente a perturbaciones del equilibrio de flúidos y electrólitos. Una adecuada terapéutica de sustitución puede evitar las defunciones. (2) La causa más corriente de las enfermedades diarreicas agudas de carácter grave, la *Shigella*, responde rápidamente a las sulfonamidas, a la terapéutica antibiótica o a aquéllas y ésta conjuntamente. Para la *Salmonella*, sin embargo, no sirven esos medicamentos.

Además de esta adquisición de nuevos conocimientos, la práctica en materia de salud pública ha alcanzado manifiesta madurez en los últimos años. Es evi-

dente que la competencia adquirida en la aplicación de los conocimientos tiene elevada significación práctica.

En vista de los progresos hechos en los conocimientos científicos y en la práctica de salud pública, y teniendo en cuenta los recursos disponibles, se pueden elegir medidas de control en consonancia con la diversidad de las circunstancias. Los objetivos que se han de perseguir son dos: la prevención del fallecimiento de quienes están ya enfermos y la prevención de nuevos casos. La primera tarea exige la pronta aplicación de procedimientos terapéuticos eficaces; la segunda demanda primordialmente el uso de adecuadas medidas de salud pública para evitar la propagación de infecciones entéricas específicas. En la primera labor hay que concentrar la atención en el individuo enfermo y en el cuidado que requiere, y en la segunda tarea el interés ha de tender a los amplios grupos de población en los que precisa conseguirse mejoras en el saneamiento doméstico y de la colectividad en general, en el aseo personal y en la higiene de la infancia.

Las actividades encaminadas a estos objetivos afluyen por tres canales distintos, aunque relacionados entre sí, que son los servicios de salud pública, el servicio médico y el progreso económico y social.

Los Servicios de Salud Pública

No se puede delegar en ninguna sección particular la responsabilidad del control de las enfermedades diarreicas. Hay unas actividades esenciales que deben abarcar virtualmente todos los sectores integrantes de los servicios de salud pública. Para ello, hace falta que los problemas se aborden con amplio espíritu de equipo.

Las medidas de probado valor se pueden aplicar inmediatamente. Hay que eliminar higiénicamente las heces humanas y mejorar todos aquellos medios que tiendan al aseo personal. Ambas cosas se facilitan mediante la instalación de servicios de agua corriente a domicilio. El control de las moscas y, en particular, la protección de las criaturas contra las moscas, tienen notable importancia. Todas las medidas que fomenten una mejor higiene infantil resultan indicadas. A ello hay que añadir ahora la adopción de todas las medidas encaminadas a que las criaturas y niños que sufran una aguda enfermedad diarreica sean pronto objeto de una terapéutica conveniente. Este programa puede iniciarse con un personal limitado y sin necesidad de nuevos conocimientos. Lo dicho no son más que los primeros pasos y las actividades inmediatas, a los que debe seguir un programa más perfeccionado tan pronto como sea posible. A los efectos expositivos estas últimas actividades se pueden agrupar en la forma siguiente:

(1) Epidemiología, laboratorio y estadísticas vitales. Comprenden esencialmente las labores orientadas al conocimiento de los hechos. La etiología y la epidemiología de las enfermedades diarreicas varían de una zona a otra. Los programas preventivos, para atender unas necesidades especiales, requieren como base una información tan completa como sea posible sobre el problema local. Las situaciones típicas deben ser examinadas a la luz de todos los conocimientos. Las enfermedades diarreicas de carácter endémico merecen el mismo estudio epidemiológico de que serían objeto si se presentasen en brotes fulminantes.

Tienen particular importancia los estudios intensivos de campo. En contraste con otras infecciones entéricas, como el cólera y la fiebre tifoidea, las enfermedades diarreicas han recibido escasa atención epidemiológica, por lo que son limitados los datos de que se dispone como orientación para llegar a un control conveniente. Es de particular urgencia la recopilación de datos fidedignos en las zonas de muy elevada mortalidad. Con frecuencia, la mejor manera de conseguirlos consiste en la técnica de encuestas colectivas de muestras típicas de la población.

Los estudios de laboratorio son esenciales a la epidemiología, pero también hacen falta para los diagnósticos y la orientación de la terapéutica. Este servicio de laboratorio de salud pública debe ser fácilmente accesible, tanto para los clínicos particulares como para las clínicas de salud pública. El laboratorio desempeñó un papel fundamental en el control de la difteria; en el de las enfermedades diarreicas agudas le corresponde un lugar distinto, pero no menos importante.

Las estadísticas vitales ofrecen una relativa medida de la amplitud del problema y, cosa que es igualmente importante, un continuo historial de los progresos conseguidos en el control. La única manera de obtener informes más fidedignos consiste en fomentar una notificación más completa, con diagnósticos más exactos.

(2) Saneamiento del medio. La disponibilidad de agua, los medios para eliminar las heces, la recogida de basuras y el control de las moscas en las colectividades, requieren atención. En cuanto a esto último hay que depender sobre todo de medidas sanitarias, pues la experiencia ha demostrado que los insecticidas tienen solamente un valor transitorio para impedir la reproducción de las moscas.

(3) Higiene maternoinfantil, enfermería de salud pública y educación sanitaria. El médico de salud pública entendido en la higiene infantil tiene un papel de capital importancia en el control de las enfermedades diarreicas. Tanto él como las enfermeras de salud pública mantienen contacto con los padres en las clínicas y en los hogares. En principio precisa abordar problemas de terapéutica a la vez que de higiene de la infancia. Indiscutiblemente hará falta apelar a todos los medios necesarios para garantizar que al niño enfermo se le preste pronto un tratamiento apropiado.

La educación es tan importante como un servicio sanitario individual. Hay que enseñar a los padres la mejor manera de cuidar a las criaturas en las circunstancias existentes. Hace falta instruirlos en cuanto a lo esencial de la alimentación y explicarles los peligros de las moscas y los medios de controlarlas y darles a conocer la importancia de la limpieza personal y del saneamiento del medio. Esto hay que enseñarlo de manera que procedan de acuerdo con la instrucción que reciban. Esta pueden impartirla, en parte, tanto los médicos como las enfermeras, en las clínicas y en los hogares. En los departamentos de salud más amplios y mejor organizados es de gran utilidad la participación de un educador sanitario especialmente calificado.

(4) Administración de la salud pública. A ésta le corresponde la organización, dirección y provisión de medios para realizar la tarea. La forma de organización puede variar, pero tiene que asegurar la eficiencia del funcionamiento. Es preciso contar con un organismo oficial de salud pública completo y permanente, de alcance nacional y local, para realizar el amplio programa requerido por el control de las enfermedades diarreicas.

Servicio Médico

Hoy se dispone de conocimientos suficientes para evitar la defunción en casi todos los casos de enfermedad diarreica aguda, lo que representa un avance importantísimo. Hasta ahora, siguen siendo insuficientes, en muchas zonas, los medios y el personal disponibles para la aplicación de tales conocimientos. Se precisa organizar programas en escala nacional o local para proporcionar esos servicios fundamentales. Ello puede requerir el estudio de un mejor procedimiento para adiestrar a mayor número de médicos y para distribuirlos y mantenerlos en zonas que estén deficientemente provistas. Es de presumir que se necesiten más clínicas y más camas en los hospitales pediátricos. Aun en las circunstancias más favorables, hace falta tiempo para obtener unos progresos tan fundamentales como los citados.

Las enfermedades diarreicas agudas son predominantemente infecciones entéricas específicas. El tratamiento eficaz para evitar las defunciones y para controlar rápidamente las fuentes de infección es un problema de salud pública. Por ello los médicos y los departamentos de sanidad deben cooperar para que se pueda disponer de los servicios médicos que demandan las enfermedades diarreicas. Los programas efectivos serán los encaminados a ajustarse a las condiciones locales y a satisfacer determinadas necesidades.

El Progreso Económico y Social

En muchos sentidos, la higiene infantil recibe la influencia favorable de las mejoras económicas y sociales. Estas constituyen un método eficaz de control de las enfermedades diarreicas, pero tales cambios se producen también lentamente y el problema inmediato estriba en controlar las enfermedades diarreicas en las condiciones presentes.

El Apoyo Oficial

El control de las enfermedades diarreicas—que encierra problemas de higiene del hogar, aseo personal y cuidado de la infancia—reclama predominantemente una labor local, pero necesita cierta ayuda que bien puede formar parte de un programa general nacional o internacional de salud pública.

En otros programas de eficacia bien establecida se pueden encontrar acertadas orientaciones para el planeamiento. Para el control de las enfermedades venéreas en los Estados Unidos, ha aportado la necesaria orientación el Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas. La naturaleza y la alta calidad actual del servicio de laboratorio van unidas a la investigación, a la enseñanza y a los programas de evaluación de esta organización de salud pública. La primera prueba del valor de la penicilina en la lucha contra la sífilis vino de ese laboratorio. Se han creado laboratorios regionales de carácter similar para servir a otros países de las Américas. Hace falta un centro similar de consulta y referencia, investigación y adiestramiento, para orientar las actividades de control de la diarrea infantil.

Las funciones de un centro de adiestramiento y laboratorio de higiene infantil, como el indicado, debieran comprender: (a) Investigación. También en

este aspecto se debe poner de relieve que la naturaleza del problema varía y que hay notables lagunas en los conocimientos actuales, particularmente en zonas de muy elevada mortalidad. (b) Elaboración y aplicación de un programa de **demonstración: Esto es esencial tanto para enseñar como para poner a prueba métodos eficaces** en cuanto al programa general de salud pública. (c) Servicio de laboratorio de consulta para las infecciones entéricas, y (d) Participación en el adiestramiento de clínicos y trabajadores de laboratorio, tanto en el centro como en otras partes.

Un centro así debiera instalarse en conexión con una escuela de salud pública y con un hospital de niños. Pero es de gran importancia la accesibilidad a los problemas de campo. Su personal tendría que reunir los intereses y las aptitudes del investigador, del profesor y del trabajador práctico de salud pública.

Se podría aportar también ayuda por medio de un programa de becas. Para contribuir a resolver el problema del control de las enfermedades diarreicas hace falta que más pediatras obtengan su adiestramiento básico en salud pública y adiestramiento adicional en esta especialidad. Sin embargo, se debe subrayar la conveniencia de facilitar adiestramiento complementario de campo en alguna zona en que el control de las enfermedades diarreicas siga constituyendo un problema de capital importancia.

En consecuencia, la ayuda adicional para el control de las enfermedades diarreicas sería principalmente de tipo educativo. Harán falta más médicos dotados de una formación más especializada. Se necesitará una orientación competente en pediatría y en las actividades de higiene maternoinfantil relacionadas con la salud pública. Una amplia distribución de los servicios de laboratorio requerirá mayor número de personal calificado en este campo, y en la competencia por obtener fondos de salud pública deben ser objeto de máxima prioridad las actividades encaminadas a la prevención de las enfermedades diarreicas.

Observaciones

Para el control de las enfermedades diarreicas es de suma necesidad que se comience por reconocer, de un modo general, la importancia del problema. Causaría gran preocupación una enfermedad que motivase excesiva mortalidad en los adultos, sobre todo si ello ocurriera en forma epidémica. Pero la pérdida de vidas infantiles por enfermedades diarreicas no ha suscitado nunca la misma inquietud, debido en parte a que esto es algo que sucede regularmente, y no se presenta en alarmantes olas epidémicas. Posiblemente, la importancia de la labor debiera medirse en años-persona de vida productiva conservada. La gran importancia de proteger la vida de los jóvenes merece ser puesta de relieve. En este caso la conservación de los individuos es para una vida productiva completa, y no, como en el caso de las personas de edad avanzada, una mera suma de años a una vida gastada ya.

Si el problema se considera de suficiente importancia, recibirá especial atención. Hasta ahora no ha ocurrido así en las enfermedades diarreicas. La verdad es que el control de dichas enfermedades, por su magnitud y por la necesidad de poner en marcha nuevos programas en los que se apliquen los nuevos conoci-

mientos, debiera recibir la atención expresa de un grupo escogido de clínicos y trabajadores de laboratorio. Debe prestarse cuidadosa atención al adiestramiento de todos ellos. Y con su orientación, en un amplio programa de salud pública y de atención pediátrica, existe la posibilidad de lograr en una década el grado de control efectivo de estas enfermedades, conseguido ya en otras partes sólo después del último medio siglo de esfuerzos.

Addendum I

PROCEDIMIENTO QUE SE DEBE SEGUIR EN EL TRASTORNO METABÓLICO EN CASOS DE LAS DIARREAS INFANTILES ¹

I. Principios:

1. Tratar o prevenir trastornos de la circulación de la sangre y de la función renal.
2. Reponer las pérdidas de agua y de electrólitos.
3. Mantener un estado de equilibrio mientras se repone gradualmente la alimentación.

II. Casos moderados:

1. Suspender comidas y leche.
2. Cada tres o cuatro horas ofrecer, por vía bucal, 25 cc por kilo de peso de la siguiente solución glucosada electrolítica, *diluida* en la forma siguiente:

Solución concentrada:

NaCl	1,5 g
KCl	2,0 g
H ₂ O	15,0 cc
Jarabe c.s.	75,0 cc

(Disolver las sales en agua y luego agregar jarabe.)

Antes de usar la solución, *diluir* 1 cucharadita en 60 cc, o la cantidad total en un litro.

Si el enfermo está en la casa y no se dispone de los servicios de un farmacéutico, se obtendrá algún alivio con la siguiente solución:

Sal	1 cucharadita nivelada
Jarabe de maíz o azúcar	2 cucharaditas niveladas
Agua	1 litro

Hervir la mezcla

3. Después de 12 a 24 horas, si el niño orina, bebe la solución con ansiedad y tiene buen aspecto, se reemplaza $\frac{1}{4}$ de la solución en cada comida con una de las mezclas usuales de leche; o, si se alimenta de pecho, volver a darle el pecho durante uno o dos minutos.
4. Gradualmente, en el curso de 3 ó 4 días, la solución debe reemplazarse enteramente por la mezcla de leche o la alimentación materna.

¹ Adaptado del Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina, Universidad del Estado de Luisiana, E. U. A.

III. En casos graves:

1. Suspender toda ingestión por vía bucal.
2. Infusión intravenosa inmediata, en 30 a 60 minutos, de 40 cc por kilo de peso de una de las dos soluciones siguientes:
 - a. Partes iguales de soluciones acuosas de NaCl al 0,9% y de glucosa al 5%, o
 - b. 1 parte de solución sexto-molar de lactato de sodio, 2 partes de solución acuosa de NaCl al 0,9% y 3 partes de solución acuosa de glucosa al 5%.
3. En casos extremadamente graves seguir con plasma o sangre, 20 cc por kilo de peso.
4. Repetir indicación (2), dando 60 cc por kilo de peso durante las 4 a 8 horas siguientes.
5. Ofrecer por vía bucal cada 3 ó 4 horas la solución glucosada electrolítica diluída, descrita en el párrafo II, 2.

Si el enfermo no tolera los líquidos, pero orina, se le puede dar una solución estéril de

NaCl	1,5
KCl	2,0
Glucosa	100,0
H ₂ O para preparar	1000,0

por instilación intravenosa, 150 cc por kilo de peso cada 24 horas. Esta solución no puede darse por vía subcutánea. Una solución similar, que contenga sólo 33 g de glucosa, puede administrarse subcutáneamente.

NOTA: Las soluciones de potasio, que son importantes para que el paciente se recobre, pueden ser tóxicas si los riñones no funcionan bien. No deben administrarse hasta que se establezca la micción.

6. Durante las primeras 24 horas la ingestión total deberá ser de alrededor de 200 cc por kilo de peso.
7. La alimentación debe reanudarse según se indica en el párrafo II, 3.

Addendum II**INFORME RESUMIDO****Planteamiento del Problema**

Las diarreas agudas han sido, o son todavía, un riesgo importante para la salud de los lactantes y de los niños en todos los países. Las variaciones actuales en la mortalidad infantil y de los lactantes se deben principalmente a las diferencias en la rapidez con la cual estas enfermedades evitables han sido controladas.

Como parte de la preparación de esta conferencia, se han enviado a la Oficina Sanitaria Panamericana estadísticas acerca de las principales causas de muerte en los países de América en 1952. Los trastornos intestinales, designados ya sea como diarrea y enteritis, como gastroenteritis o como disentería, o bien agrupados como enfermedades del sistema digestivo, fueron las principales causas de muerte en 9 de los 17 países que informaron, y en otros tres ocuparon el segundo lugar. En la Argentina, el Paraguay, el Perú, el Uruguay y los Estados Unidos, las diarreas no figuraron entre las cinco causas principales de muerte. La mortalidad registrada en estos cinco países era menor del 50 por 100.000 habitantes. En cuanto a los demás, en dos países las tasas estu-

vieron entre 50 y 100; en 6, entre 100 y 200; y en 4, sobre 200, con un máximo de 347 muertes por gastroenteritis por 100.000 habitantes. Estas cifras, sin embargo, no reflejan todo el problema, puesto que, en algunos países, una proporción considerable de los certificados de defunción no tiene diagnóstico utilizable, y no todas las muertes, especialmente las de menores de un año, son registradas. A base de los datos de mortalidad disponibles, debe reconocerse que la prevención de las diarreas es un importante problema actual de salud pública en la mayoría de los países de América.

La experiencia de los años anteriores en los Estados Unidos proporciona una perspectiva histórica de la cual se pueden derivar importantes deducciones generales. Al comienzo de este siglo y aún antes, la mortalidad por diarreas era alta en todos los Estados Unidos los datos de la ciudad de Nueva York, recopilados desde 1868, revelan respecto de los primeros años más de 400 y hasta 572 muertes por 100.000 habitantes. Bajaron a 200 entre 1875 y 1900, a 100 en la primera década de este siglo, a 10 en 1930, y finalmente al nivel actual de 2 muertos por diarreas por 100,000 habitantes, por año. Los registros de mortalidad de que se dispone en otras ciudades y en los diversos Estados son, en general, similares a los de la ciudad de Nueva York. Al comienzo del siglo, en la mayor parte de ellos, las tasas de mortalidad por diarreas eran de 100 a 200, a veces más altas; rara vez más bajas. En los 30 años siguientes, la mortalidad por diarreas declinó aproximadamente en un 90%, y la tendencia descendente continuó de tal modo que con frecuencia las tasas actuales no son más del 1% de las de años anteriores. Por lo tanto la historia testimonia que estas enfermedades son casi totalmente evitables.

Las estadísticas de los Estados Unidos también hacen resaltar el amplio margen de variación del problema. No sólo hay variación geográfica de la incidencia, sino que, dentro de la misma región, sectores importantes de la población pueden tener muy baja morbilidad entérica, en tanto que las familias muy pobres siguen teniendo una excesiva mortalidad por diarreas. Además, las tasas de mortalidad específicas por edad revelan una gran concentración en los menores de un año. Las mismas tasas en el segundo año de vida son menores, pero todavía altas. En las edades siguientes, con excepción de las más avanzadas, hay relativamente pocas muertes. Así pues, en la lucha contra las diarreas hay necesidad urgente de atención especial para los más jóvenes y para aquellos que viven en circunstancias económicas desfavorables.

Datos Recientes

En esta introducción se utilizarán como ejemplos algunas observaciones escogidas, hechas por mis colaboradores y por mí en estudios patrocinados por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. Es de esperar que, durante las sesiones de debate que seguirán, el trabajo importante de los investigadores de la América Latina pasará a primer plano.

Los datos actualmente disponibles señalan que las diarreas graves de los menores de un año y de los demás niños son predominantemente infecciones intestinales específicas. Los agentes etiológicos más frecuentes son las *Shigellae*. Ya en 1903, cuando la mortalidad era casi de 200 por 100.000 habitantes, Flexner y Holt aislaron *Shigellae* en el 66% de los casos graves hospitalizados en ciudades del nordeste de los Estados Unidos. Recientemente en nuestros estudios hechos con las técnicas de mayor precisión de que se dispone hoy día, pero trabajando con las infecciones más leves que ahora prevalecen, aislamos *Shigellae* en el 76% de los casos relativamente graves (pero raramente fatales) y en el 58% de las enfermedades leves. Al realizar tres o más exámenes por caso, la positividad para las *Shigellae* llegó al 90%. Las pruebas reunidas indican que allí donde prevalecen las diarreas, y donde los menores de un año

o los niños de otra edad anteriormente sanos se enferman rápidamente de diarrea grave, la causa más común es la *Shigella*.

Las *Salmonellae* son de menor importancia cuantitativa, aunque la frecuencia de su incidencia varía según el lugar. Las investigaciones efectuadas en Montevideo han demostrado que el papel de estos organismos, en los casos individuales y como causa de diarreas en una región, debe ser evaluado mediante cuidadosos estudios en el terreno.

Otros agentes infecciosos, si bien aparecen en ciertos casos y en localidades particulares, son de escasa importancia cuantitativa, desde el punto de vista de la salud pública, en el problema global de las diarreas como causa importante de muerte. La *Endamoeba histolytica* puede ser la causa en algunos casos. Dos tipos específicos de organismos coliformes y algunos de los paracolon son considerados agentes etiológicos posibles, especialmente respecto a los brotes institucionales en recién nacidos. El papel de los virus no ha sido determinado, pero, en vista de su importancia etiológica en diarreas específicas de los animales, por ejemplo, en el cólera porcino, es razonable suponer que también tengan importancia en los seres humanos. Este punto está siendo investigado, utilizando las más modernas técnicas de cultivo de tejidos.

Respecto a otras causas posibles de estos trastornos intestinales, se reconoce hoy que la diarrea debida a infección parenteral es de importancia menor que lo que antes se creía. Defectos notorios en la alimentación o deficiencias nutritivas específicas pueden originar diarrea, pero, si no hay infección intestinal asociada, es posible que la diarrea sea relativamente leve, aunque persistente. Otras causas no infecciosas parecen ser de poco significado en los niños.

La etiología de las diarreas varía según la región, la estación y la edad del individuo afectado. Aunque no puede hacerse una afirmación simplista acerca de una causa única, sin embargo, está ampliamente comprobado que el problema del control de las diarreas reside principalmente en la prevención de determinadas enfermedades transmisibles.

Se han hecho importantes progresos de laboratorio en la bacteriología entérica. Se dispone ahora de medios más específicos que aumentan notablemente la sensibilidad de las pruebas para *Shigella* y *Salmonella*. Más aún, estos y otros procedimientos nuevos simplifican las técnicas de cultivo y hacen practicable el manejo de números relativamente grandes de exámenes para el diagnóstico bacteriológico. La limitación principal es la de que un examen de investigación de *Shigella*, para que sea fidedigno, debe ser efectuado en muestras recientemente tomadas. El uso de hisopos rectales para la obtención del material es sencillo y muy eficaz, y tales muestras resultan superiores a las deposiciones recientemente emitidas. Se recomienda la inoculación inmediata de una placa de agar S.S. y de un tubo de caldo de enriquecimiento. Personas relativamente poco experimentadas pueden ser adiestradas para recoger las muestras e inocular los medios. Las técnicas de cultivo subsiguientes son, en cambio, difíciles y para poder confiar en ellas es esencial disponer de personal cuidadosamente adiestrado y de laboratorios bien organizados. Una etapa particularmente importante es la selección adecuada de un número conveniente de colonias sospechosas, a partir de las placas originales.

La sensibilidad mayor de las pruebas bacteriológicas, para identificar *Shigella*, ha sido de particular importancia en las investigaciones epidemiológicas. Llegó a tener un rendimiento aceptable la realización de exámenes colectivos, mediante cultivos, de todos los miembros de los grupos de población seleccionados. Muchos miles de personas han sido examinadas en estas encuestas. De esta manera se ha efectuado la investigación sobre la totalidad de las personas de pequeñas comunidades; con niños

de familias representativas en grandes comunidades, la población atendida en instituciones y el personal militar. Se averiguó así que es común la incidencia de infecciones subclínicas por *Shigellae*. En general, la prevalencia total de shigellosis variaba paralelamente con la incidencia de las diarreas. En las regiones en las cuales la enfermedad era rara, o no tenía gravedad, se descubrió que la infección de la población era escasa o nula; allí donde la diarrea endémica requería atención clínica o sanitaria, las tasas de prevalencia en la población general variaban entre el 3 y el 20%, con cifras aún mayores en los grupos atendidos en instituciones. Más aún, los exámenes de cultivos únicos de los contactos familiares de casos reconocidos mostraron resultados positivos en el 50% aproximadamente.

Estos exámenes colectivos de todas las personas de un grupo de población tuvieron además la utilidad de revelar la amplitud de las manifestaciones clínicas de la shigellosis. Había infecciones totalmente asintomáticas, trastornos clínicamente insignificantes, casos molestos de diarrea simple, y también las disenterías más graves descritas comúnmente en los textos médicos.

Se comprobaron amplias diferencias en la infección por shigellosis en pacientes de distintas edades. En los niños menores de seis meses era relativamente rara, pero cuando existía, había comúnmente, aunque no siempre, una enfermedad clínica grave. Las infecciones eran más numerosas entre los seis meses y los dos años, pero la gravedad disminuía y se hacían más frecuentes las infecciones subclínicas. La prevalencia total de la infección continuaba siendo alta en los niños de dos, tres y cuatro años de edad, pero los casos clínicos graves eran raros, los leves no eran infrecuentes y las infecciones subclínicas eran comunes. En la segunda infancia, la prevalencia total declinaba lentamente y la prevalencia entre los adolescentes y adultos llegaba a ser aproximadamente la mitad de la de los niños menores. En estos grupos de mayor edad, una proporción más alta de las infecciones era subclínica; había algunos casos clínicos leves y virtualmente no se observaba disentería grave. La mayoría de los fallecimientos ocurría en el primer año de vida, algunos en el segundo y muy pocos después.

Los estudios epidemiológicos han llevado a la conclusión de que la difusión de la shigellosis habitualmente supone la transmisión más o menos directa de una persona a otra de heces humanas que contienen *Shigellae*. La contaminación por los dedos fué prontamente demostrada y es considerada de gran importancia en la transmisión directa de una persona a otra. El papel de las moscas en la propagación de la shigellosis ha sido firmemente comprobado. En las comunidades investigadas, la prevalencia de la infección fué reducida en un 50% mediante el control eficaz de las moscas. La transmisión directa de persona a persona y las moscas parecen ser las vías habituales de propagación de esta infección. Las *Shigellae* mueren rápidamente en las deposiciones y en el agua, y han sido muy escasas las epidemias debidas a contaminación del agua. Parece no haber razón para sospechar de la leche como medio de introducir *Shigellae* en las casas, y los brotes de origen alimenticio son muy escasos.

En contraste con la shigellosis, que se da únicamente en el hombre, la mayoría de las infecciones de salmonelosis ocurren en los animales inferiores y en las aves. De éstas pueden propagarse por los huevos y la carne no bien cocida. Los cerdos están frecuentemente infectados y en la preparación de la carne comestible es frecuente la contaminación. Por estos medios algunos gérmenes viables pueden llegar a las cocinas, a las manos de los manipuladores y a los alimentos para el consumo. También puede haber transmisión procedente de los animales domésticos regalones infectados.

En el terreno clínico, el hecho nuevo importante es el de que lo que hasta aquí

se ha considerado como una simple diarrea con, síntomas limitados a unas pocas deposiciones disgregadas o líquidas, es causada a menudo por *Shigella*, y ocasionalmente por *Salmonella*. En contraste, los signos clásicos de la disentería bacilar son escasos en las shigelosis observadas en los Estados Unidos. Debe recalcar, para corregir la corriente opinión errónea de los médicos, que las deposiciones típicas sanguinolentas y mucopurulentas se observan sólo en una minoría de las infecciones por *Shigella*. Más aún, no hay signos clínicos que indiquen de una manera segura el diagnóstico etiológico. Para hacer el diagnóstico específico son necesarios los exámenes de laboratorio.

Ha habido avances igualmente importantes en dos aspectos de la terapéutica. Se ha confirmado la importancia de la reposición de líquidos y electrolitos y se han creado procedimientos terapéuticos eficaces. Sea cual sea la etiología, una terapéutica de este tipo, rápida y adecuada, tiene éxito a menudo. En cuanto a la terapéutica antibacteriana, resulta que los sulfamidados y los antibióticos de espectro amplio son muy específicos y rápidamente eficaces en la shigelosis; pero es importante hacer notar que la terapéutica específica tiene muy poco o ningún valor en las salmonelosis. Estos progresos en el tratamiento suministran medios para la terapéutica eficaz de un porcentaje muy alto del total de casos de diarrea, siempre que éstos sean atendidos sin demora excesiva.

Existe, por lo tanto, un arsenal nuevo de conocimientos científicos que es suficiente para la prevención de la mortalidad y que suministra una base sólida para la preparación de las medidas de control.

Control de las Diarreas

No podemos hacer aquí otra cosa que enunciar brevemente las medidas que han resultado eficaces en el pasado y los procedimientos preventivos más importantes de que ahora disponemos. Su valor relativo y su practicabilidad para hacer frente a los problemas actuales en las condiciones existentes exigirán un examen detallado o crítico. Es de suponer que éste será el asunto principal de la discusión en las sesiones técnicas que seguirán.

Es evidente que hubo múltiples factores en la declinación de la mortalidad y la morbilidad por diarreas en los Estados Unidos. Los más importantes parecen haber sido la mejora del sistema de alcantarillas, el mayor aseo personal (una y otro facilitados por los servicios de suministro de agua), la lucha contra las moscas y un mejoramiento notable de la higiene infantil en el hogar. Estos cambios fueron introducidos por el desarrollo de las comunidades y por la transformación industrial, así como por la acción sanitaria oficial. Al introducirse el automóvil, por ejemplo, se redujo la utilización de los caballos y los establos desaparecieron de las ciudades; con esto quedó eliminada la fuente más prolífica de reproducción de las moscas. Los sistemas de recogida de basuras y el aseo general de las comunidades limitaron más aún la reproducción de esos insectos. Además de reducirse su número, se insistió en el riesgo que las moscas significan; y como resultado de esto se utilizaron métodos mejores para protegerse contra ellas. Los insecticidas más modernos, que han tenido una importancia tan grande en la lucha contra los mosquitos, son de escaso valor permanente contra las moscas, a causa del desarrollo relativamente rápido de variedades resistentes a ellos.

A la instalación de servicios públicos higiénicos de suministro de agua se ha atribuido más importancia que la que realmente tiene respecto de su contribución a la prevención de las diarreas. Hay numerosos ejemplos de descenso inmediato y marcado de la fiebre tifoidea al cambiar un abastecimiento de agua contaminado por otro más

higiénico, pero no ha habido simultáneamente un descenso rápido de la mortalidad por diarreas. Según los conocimientos actuales, las *Shigellae* viables se propagan raramente por agua contaminada. La mejora de los abastecimientos de agua ayudó al control de las diarreas, al suministrar recursos adecuados para mejorar la limpieza personal y al hacer posible la instalación de inodoros y de sistemas de alcantarillado para las heces humanas. Así pues, la instalación de abastecimientos higiénicos de agua para las comunidades tendrá muy escaso significado si no hay una distribución adecuada a las viviendas individuales.

El desarrollo de la pediatría, con su activa preocupación por la prevención de las enfermedades y por la atención que ha de prestarse al niño sano; y el desarrollo paralelo de las actividades en favor de la salud y el bienestar infantil, en organizaciones, tanto oficiales como particulares, han tenido su efecto. Igualmente han tenido un significado para la salubridad los progresos económico-sociales.

Estas diversas medidas generales, en su conjunto, tuvieron en el pasado un efecto lento sobre el control de las diarreas. No obstante, los conocimientos actuales de etiología, epidemiología y terapéutica permiten la adopción de medidas de control más específicas que permiten ser eficaces a más corto plazo.

Como hasta ahora, el progreso económico-social contribuirá a la prevención de las diarreas, pero estos cambios son lentos, y el problema inmediato es lograr el control en las condiciones actuales.

Hay ahora conocimientos suficientes para prevenir las muertes en casi todos los casos de diarreas agudas. Se necesitarán programas para que la atención médica aplique eficazmente dichos conocimientos. Esto nos lleva a considerar el problema de la formación, distribución y mantenimiento de más médicos, y el desarrollo de consultorios a los cuales se pueda recurrir fácilmente, así como de hospitales para niños; todo lo cual requiere tiempo.

La responsabilidad principal, en cuanto a la prevención inmediata de las diarreas, debe quedar en manos de la salubridad pública organizada. En algunas enfermedades, por ejemplo en la malaria, el ataque en un solo punto y un programa limitado pero intensivo son eficaces. En cambio, en las diarreas, está indicado adoptar múltiples procedimientos y se necesita un programa amplio y bien organizado.

En salubridad pública, como en medicina clínica, el primer paso es el diagnóstico exacto de las necesidades específicas. Para ello se necesitarán en primer lugar servicios de laboratorio, de manera que los departamentos de salubridad puedan realizar las investigaciones epidemiológicas que se requieran. Las diarreas endémicas han sido objeto de pocos estudios epidemiológicos en el pasado, pero merecen que los epidemiólogos les dediquen la misma atención que les otorgarían si el mismo número de casos y de muertes se dieran en brotes explosivos. Las informaciones que se necesitan como guía para establecer procedimientos específicos de control, pueden obtenerse rápidamente mediante investigaciones epidemiológicas adecuadas, que incluyen estudios de laboratorio en regiones representativas. Se han de suministrar servicios de laboratorio a los médicos clínicos, para ayudar también a obtener diagnósticos específicos y un tratamiento más eficaz de los casos individuales. Tales estudios tienen un significado importante para la salubridad, ya que a menudo la única estimación disponible acerca de la naturaleza del problema local, en cuanto a diarreas, se encuentra en los registros de los consultorios u hospitales. Tales registros, aunque valiosos, son reconocidamente insuficientes para evaluar la situación total de la comunidad.

Para el diagnóstico de las necesidades y del avance en materia de salubridad, la existencia de datos bioestadísticos fidedignos tiene una importancia que merece recalcarse. Afortunadamente, el mejoramiento de los datos estadísticos *primarios* cons-

tituye el tema de una de las otras discusiones técnicas, ya que la exactitud del informe *original* es la base de una estadística exacta.

Para aplicar las medidas de control se requerirá un amplio programa de saneamiento de la comunidad y del hogar que insista en el abastecimiento de agua, el sistema higiénico de alcantarillado, la recogida de basuras y la lucha contra las moscas. Es satisfactorio advertir que la Séptima Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud han renovado su interés en este campo y han encargado a las diversas oficinas regionales que estimulen el interés de los gobiernos por el saneamiento del medio.

Los conocimientos también han de hacerse llegar directamente a los individuos. En conjunto, la responsabilidad de ello incumbirá principalmente a los médicos y a las enfermeras de salud pública. Al principio esto comprenderá problemas de terapéutica, así como de higiene del lactante; por ello debe prestarse atención adecuada a la pediatría y a la higiene infantil al formar a este personal sanitario. La educación de los padres será una de las tareas principales y en ella será valiosa la participación de educadores sanitarios competentes.

Así pues, en la escala local y en la nacional, es esencial la existencia de un amplio programa a cargo de un organismo sanitario eficiente para obtener el control rápido de las diarreas agudas. La naturaleza de este problema debe ser diagnosticada con exactitud, lo cual requiere la participación del laboratorio sanitario y de los servicios de epidemiología y de bioestadística. Deben aplicarse al medio medidas preventivas establecidas en programas de saneamiento de las comunidades, y esto exigirá los servicios de médicos, enfermeras e ingenieros sanitarios. Los conocimientos deben también ser llevados directamente a los individuos, lo cual incumbe a los médicos, las enfermeras y los educadores sanitarios. Todo este conjunto debe estar organizado y coordinado por un administrador sanitario.

En esta Conferencia se considerará en forma especial la contribución de las actividades sanitarias internacionales a la solución de este problema. La ayuda suplementaria que provenga de esta fuente será, probablemente, de carácter primordialmente educativo. La importancia que tiene un laboratorio de referencias e investigaciones, combinado con un centro de formación, para suministrar orientación y dirección al control de las enfermedades transmisibles, ha sido claramente demostrada en el Programa de Enfermedades Venéreas. Hay una necesidad similar de que exista un "Centro de Formación y Laboratorio de Higiene Infantil" para desarrollar, someter a prueba y ejecutar un programa de demostración para suministrar orientación y ayuda en la prestación de servicios de laboratorio y para constituir un foco importante de educación médica y sanitaria en este terreno. Tal centro, estratégicamente situado, por ejemplo, en relación con una escuela de salubridad y respaldado convenientemente, debe resultar de gran valor en la preparación y ejecución de programas adecuados para hacer frente a uno de los principales problemas de salubridad en la mayoría de los países de América.

Asignación de las Actividades de Salubridad Pública

Los recursos con que cuenta la salubridad pública no son nunca suficientes para satisfacer todas las necesidades de la salud pública. Debe haber, necesariamente, una decisión referente a la prioridad de las diversas actividades. En el pasado, las diarreas no recibieron una atención proporcional a la magnitud relativa del problema. Las primeras actividades sanitarias estuvieron orientadas hacia el control de las enfermedades epidémicas y más tarde hacia la prevención de todas las enfermedades transmisibles. La diarrea infantil era hasta ahora considerada como debida a defectos

de nutrición, y la mortalidad infantil era considerada como inevitable. Ahora sabemos que el problema reside en el control de enfermedades infecciosas que prácticamente se pueden prevenir por completo. Así pues, es justo que estas enfermedades transmisibles, que son la causa más importante de morbilidad y mortalidad en muchos países, atraigan la atención preferente de los servicios de salubridad pública.

La historia de la medicina indica que, con el mejoramiento general de las viviendas y de las comunidades, las diarreas de los lactantes y de los demás niños disminuirán paulatinamente. Es razonable suponer que, aplicando los conocimientos recientes mediante medidas sanitarias y médicas eficaces, podría obtenerse en una década el mismo control de las diarreas que se alcanzó en 50 años de lento progreso en los Estados Unidos. En los años venideros, la rapidez del descenso en la mortalidad y la morbilidad por diarreas agudas en los lactantes, y demás niños, será una buena medida de nuestra eficacia en el campo de la salubridad.

MÉTODOS PARA MEJORAR LA EXACTITUD Y FIDELIDAD DE LOS DATOS
ESTADÍSTICOS PRIMARIOS INDISPENSABLES PARA PROGRAMAS
DE SALUBRIDAD¹

Por el Dr. ENRIQUE PEREDA O.

Jefe del Subdepartamento de Bioestadística del Servicio Nacional de Salud de Chile

En los últimos años se han logrado avances considerables en la apreciación de la utilidad de la estadística en la planificación y desarrollo de los programas de salubridad. Sin embargo, preciso es reconocer que esta necesidad todavía no adquiere el carácter de un hábito de pensamiento entre los encargados del manejo de esos programas. Es probable, que la razón principal de esta situación sea que en medicina el empirismo, la experiencia personal del médico y de otros profesionales afines, continúan siendo el estímulo básico de su diario razonar técnico; en medicina, aun cuando muchos, en otros campos de la investigación, buscan la explicación de los fenómenos naturales fundándose en la escueta significación de los números, se sigue desconfiando de los estadísticos, a quienes burlescamente se les atribuye la capacidad de demostrarlo todo, inclusive la verdad.

Pero, por otra parte, no sólo los profesionales que trabajan en salubridad parecen ser los responsables de esta actitud, sino también los propios estadísticos: ellos, en numerosos países, no han alcanzado una diferenciación profesional adecuada, ni aprendido el lenguaje y conceptos básicos de la disciplina científica en la cual deben trabajar—la salubridad—para poder vender con facilidad su mercadería, los datos estadísticos, a médicos clínicos y sanitarios, enfermeras, inspectores sanitarios, visitadoras sociales, educadoras sanitarias, etc.

Los dos factores mencionados: escepticismo de los profesionales de la salud frente a la utilidad de la estadística y falta de preparación técnica de los estadísticos contribuyen al mantenimiento de errores importantes en la información que se recoge, elabora y analiza, y al escaso interés ante el uso o empleo inadecuado de los datos.

¹ Documento CSP14/26.

A. USO DE LOS DATOS ESTADÍSTICOS EN LOS PROGRAMAS DE SALUBRIDAD

Es innecesario insistir en los argumentos que demuestran la importancia de la información estadística en el campo de la salubridad, pues, son de todos conocidos; por consiguiente, bastará recordar que esos datos son indispensables para la planificación, desarrollo, evaluación y perfeccionamiento de los programas, tanto en sus aspectos técnicos como administrativos.

B. TIPOS DE DATOS ESTADÍSTICOS QUE SE REQUIEREN

Pueden resumirse en los siguientes:

1. Estadísticas Vitales.—Si la salubridad persigue el mejoramiento de la salud del hombre se puede deducir sin esfuerzo que la primera tarea de los organismos de salud pública es el conocimiento de los hechos vitales inherentes a los seres humanos. Desde este punto de vista son indispensables los datos censales, de mortalidad, de nacimiento, de matrimonios, de divorcios, etc.

2. Estadísticas de Morbilidad.—El hombre, viva aislado o en sociedad, está expuesto permanentemente a los efectos deletéreos del medio ambiente. La historia de los pueblos señala que los hechos culturales, expresados en creaciones originales de todas las esferas del pensamiento, dejan un sedimento de progreso que permite al hombre defenderse mejor de los factores agresivos. Así por ejemplo, el riesgo de morir de las generaciones jóvenes disminuye, desplazándose más y más hacia las edades avanzadas de la vida. Es posible que esta evolución natural de las razas, frente a los riesgos de enfermedad, muerte e invalidez prematuras, pueda acelerarse por las acciones específicas de salud pública. Pero, si ello es efectivo, no cabe ejercitarlas de un modo ciego, sino que deben obedecer a planes establecidos de antemano, basados en datos estadísticos que muestren la magnitud y jerarquía de los distintos riesgos que deseamos disminuir.

Conocidas son, sin embargo, las dificultades que encierra la obtención de índices de morbilidad más o menos exactos. Han sido subrayadas en congresos y reuniones de expertos, y no parece necesario repetirlos. De todos modos conviene hacer presente la necesidad de recolectar, por lo menos, algunos tipos de estadísticas de morbilidad para fines de planificación de programas de salud. La extensión y detalle de la información dependerá de factores propios de cada país, acerca de los cuales se hace un acabado resumen en un informe presentado por los expertos de la Organización Mundial de la Salud.¹

3. Estadísticas de Recursos.—Con los datos de estadísticas vitales y de morbilidad se puede determinar la magnitud y jerarquía de los problemas que le corresponde solucionar a un servicio de salubridad. Son igualmente necesarios los datos que muestren la cantidad de recursos materiales y de personal disponibles a fin de poner en marcha las acciones acordadas.

4. Estadísticas de Servicios Prestados a la Colectividad.—Al desarrollar un programa de salud, el personal y los equipos producen cierto volumen de servicios de los cuales aprovecha la colectividad. Estos servicios representan sumas ingentes de dinero que los propios habitantes proporcionan, directa o indirecta-

¹ Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos No. 53, noviembre 1953.

mente, y es responsabilidad de los encargados de los programas rendir cuenta acabada de los capitales recibidos y del rendimiento o interés redituado por ellos. Es forzoso, pues, que los encargados de las actividades médico-sanitarias registren los servicios que proporcionan a la colectividad.

Los datos estadísticos enumerados constituyen los pilares básicos para planificar, desarrollar y evaluar racionalmente los programas de salud.

5. Estadísticas Económico-Sociales.—Día a día se infiltra y se extiende más la idea de que la salud está íntimamente ligada a otros aspectos inherentes a la vida en sociedad. Hay una estrecha inter-relación entre el desarrollo económico, cultural y social de una colectividad y los problemas de salud que la aquejan. De ahí que sea ilógico formular planes que tiendan al fomento, protección y recuperación de la salud si, al mismo tiempo, no se analizan y ensayan soluciones a otros problemas de la colectividad: condición económica de sus habitantes, medios de comunicación, vivienda, características de la producción industrial y agrícola, necesidades de instrucción de los niños, hábitos de la población, etc. etc.

Tal vez no esté lejano el día en que los médicos, normalmente, compartan sus discusiones técnicas con profesores, industriales, técnicos agrícolas, ingenieros. Quizás no va a ser extraño que, por ejemplo, en esas discusiones la agenda de un programa materno-infantil incluya, además de los rubros específicos, otros relacionados con escuelas, caminos, producción agrícola, etc.

Pensamos que las razones anotadas obligan a los servicios de salubridad a programar, progresivamente, la compilación de datos estadísticos que proporcionen información sobre estas materias.

C. FUENTES DE ERRORES

Los errores que encierra la información estadística usada por los servicios de salubridad se originan en dos niveles: en el local, donde se recolectan los hechos; y en el central, donde los departamentos de estadística elaboran los datos recogidos por las unidades locales.

1. Fuentes de Error en el Nivel Local.—Las más importantes son las siguientes:

(a) *La colectividad misma.* Razones económicas, culturales, educativas y psicológicas, entre las más significativas, mueven a los miembros de la colectividad a no hacer registrar hechos que tienen relación directa con los programas de salud (los hechos vitales, por ejemplo) o determinan que los habitantes no concurren a solicitar atención en los centros de asistencia, servicios que se traducen en información estadística básica para la planificación y desarrollo de los programas de salud.

(b) *Los profesionales que trabajan en salubridad.* Los médicos también participan en el volumen de error que contiene los datos: por ejemplo, cuando no denuncian casos de enfermedades, cuando usan incorrectamente la *Lista Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*, casos en los que contribuyen a subenumerar y a deformar las estadísticas. Igualmente, las enfermeras, visitadoras sociales, educadores e inspectores sanitarios, sea por falta de preparación técnica en estas materias o por alguna de las causas que se señalan

en este informe, introducen constantemente errores de diferentes magnitudes al registrar sus actividades diarias.

(c) *Los funcionarios estadísticos y el personal auxiliar.* Una proporción importante de estos funcionarios no ha alcanzado un nivel técnico que les posibilite la búsqueda de los errores contenidos en la información original y la adopción de procedimientos para disminuirlos.

2. Fuentes de Error en el Nivel Central.—Los departamentos de estadística, encargados de la elaboración, análisis y publicación de los datos estadísticos, tienen también responsabilidad en la cuantía de los errores de que adolecen los datos. Ellos se producen en las diferentes etapas del proceso de elaboración: revisión, codificación, perforación, verificación mecánica, clasificación, tabulación manual y mecánica, y publicación.

D. PROCEDIMIENTOS PARA MEJORAR LA EXACTITUD Y FIDELIDAD DE LOS DATOS

Como base de discusión valdría la pena señalar, en líneas muy generales, cuáles serían los procedimientos para mejorar la exactitud y fidelidad de los datos estadísticos necesarios en la planificación y desarrollo de los programas de salubridad. De acuerdo con las ideas expresadas al comienzo, deberían considerarse, por lo menos, los siguientes:

1. Depuración de los Datos Originales.—Abarca diferentes etapas:

(a) *Definición de los sistemas estadísticos empleados en los programas de salud.* La definición de los sistemas estadísticos empleados es un paso indispensable para mejorar la calidad de los datos. Desde este punto de vista convendría definir los siguientes sistemas de estadísticas vitales, de morbilidad, de recursos, de servicios prestados a la colectividad, estadísticas económico-sociales.

(b) *Definición de las funciones de los organismos encargados de los sistemas estadísticos.* Dentro de un mismo país existen, en general, varios organismos encargados de la recolección y elaboración de la información estadística que usan los servicios de salud. Existen razones legales, tradicionales u otras que lo justifican. Se comprende que la multiplicidad de servicios que cumplen funciones semejantes facilita el incremento de los errores de que adolecen los datos estadísticos. Conviene entonces, establecer con precisión las funciones que le corresponde cumplir a cada uno de los organismos en juego.

(c) *Coordinación de los organismos encargados de los sistemas estadísticos.* Por las razones anotadas en el epígrafe anterior resulta indispensable crear mecanismos más prácticos y eficientes de coordinación entre los diferentes organismos encargados de los sistemas estadísticos para evitar duplicaciones de trabajo, mejorar la calidad de los datos y facilitar el uso oportuno de la información que cada uno de ellos elabora.

(d) *Normas de captación, anotación y envío de los datos.* La mayoría de los jefes de departamentos de estadísticas de cada país y, particularmente, los directores de organizaciones internacionales que se ocupan de estas materias han subrayado las dificultades existentes para obtener los datos oportunamente y la imposibilidad de establecer, basándose en ellos, comparaciones estadísticas internacionales valederas. Tales obstáculos tienen su origen en la desigualdad de nor-

mas usadas en la captación, anotación y envío de la información original. Entre los procedimientos que podrían usarse para disminuir estos inconvenientes merecen citarse los siguientes: la correcta definición de los hechos que se registran; la determinación de los tipos de datos que deben recogerse; la estandarización y normalización del diseño y uso de los formularios, en tal forma que se registre sólo la información que sirva efectivamente para planificación, desarrollo y evaluación de los programas de salubridad; normalizar la preparación y los plazos de envío de los informes a los departamentos centrales de estadística; delimitar las áreas geográficas de las oficinas o centros recolectores de datos. La aplicación progresiva de estos principios debe contribuir poderosamente al mejoramiento de la exactitud de la información estadística y facilitará, al mismo tiempo, la comparación de los datos en escala nacional e internacional.

(e) *Principios para la elaboración de los datos.* Los departamentos de estadística, que elaboran los datos, pueden desarrollar una labor efectiva para lograr la exactitud de la información, poniendo en práctica principios de organización y estableciendo normas bien definidas para la programación y control de las diferentes etapas que comprende la elaboración, análisis, publicación y plazos de recepción de los datos.

2. Divulgación de la Importancia de las Estadísticas entre los Profesionales que Trabajan en Salubridad.—Hemos dicho que los profesionales de salubridad asignan poca utilidad a las estadísticas en la planificación y desarrollo de los programas de salud; de ahí su escaso interés por usarlas regularmente. Ello significa perder un mecanismo poderoso para mejorar la exactitud de la información: el control permanente de los errores por miles y miles de personas y la consiguiente posibilidad de disminuirlos, sea por auto-estímulo de los profesionales cuando producen y registran información estadística, sea por estímulos que repercuten en los funcionarios que trabajan en las oficinas de estadística.

Algunos de los caminos que podrían seguirse para conseguir la colaboración de los profesionales de salubridad serían:

- (a) Producir estadísticas de la mejor calidad posible, poniendo en práctica los procedimientos enunciados más arriba.
- (b) Lograr que los datos, además de fidedignos, sean recientes. No es raro que los médicos y otros profesionales a fines se desentiendan de las publicaciones estadísticas que reciben, si al hojearlas ven que los datos que contienen corresponden a hechos ocurridos hace dos, tres o más años. Es obvia entonces la conveniencia de que los departamentos centrales entreguen oportunamente estas publicaciones.
- (c) Enseñar y divulgar los métodos estadísticos y su aplicación a los programas de salud en diferentes niveles: escuela de medicina, de enfermería y otras; cursos de especialistas en salubridad; cursos de estadística de extensión más breves para médicos, clínicos, enfermeras, etc.; programas de colaboración directa de los estadísticos con los profesionales de la salud en problemas relacionados con la planificación, desarrollo y evaluación de programas de salud o en el campo clínico (diseño y desarrollo de experimentos, tabulación y análisis de datos, etc.) y administrativo; divulgación de la aplicación de los métodos estadísticos en sociedades científicas, seminarios, etc.

3. Perfeccionamiento Técnico de los Estadísticos.—El título profesional de Bioestadístico no lo otorgan las instituciones docentes, universitarias o de enseñanza especial, de la mayoría de los países americanos. Por tal razón, las tareas relacionadas con estas materias en los servicios de salubridad son desempeñadas por funcionarios que tienen una instrucción que cubre un rango muy amplio: desde aquellos con una mediana instrucción humanística, sin estudios especiales en estadística, hasta aquellos otros que poseen estudios universitarios con cursos especiales en salubridad y estadística aplicada a salud pública. Es ello lo que ha determinado una confusión o imprecisión en la definición de lo que es un estadístico. Por lo mismo, la ubicación de estos funcionarios en los escalafones de los servicios de salubridad es muy diversa: a veces están clasificados entre el personal administrativo, otras entre los técnicos-auxiliares y muy pocas instituciones les asignan una categoría equivalente a la de los profesionales universitarios. Semejante situación ha determinado que los salarios de este personal sean muy bajos, produciéndose una falta de estímulo muy acentuada para el reclutamiento de funcionarios idóneos.

Se establece de este modo un círculo vicioso: falta de interés de los funcionarios por alcanzar una adecuada diferenciación técnica, debido a los bajos salarios que se pagan, y falta de interés de las autoridades de los servicios para aumentar la paga de esos funcionarios porque no tienen la preparación técnica que los haga acreedores a ella.

Si se desea avanzar a un ritmo suficiente para colocar a la estadística al nivel jerárquico que corresponde a su importancia; si se desea que este medio de trabajo sea cada día más y más usado no sólo en el campo de la salubridad, sino en todas las actividades propias de las colectividades o pueblos que buscan un destino mejor, es preciso romper lo más pronto posible el círculo vicioso a que nos hemos referido. Los dos factores que lo originan son susceptibles de romperse simultáneamente en un programa a largo plazo, pero cuya primera etapa debería comenzarse de inmediato: (1) el mejoramiento económico y la creación de un escalafón funcional de estadísticos, y (2) el perfeccionamiento técnico de los mismos.

Estos enunciados sólo pueden formularse de un modo muy general, dejando a cada país, según sus posibilidades económicas, sociales y culturales, la tarea de definir y desarrollar las diferentes etapas del proceso.

En todo caso, en lo referente al perfeccionamiento de los estadísticos valdría la pena recordar que estos funcionarios actúan en dos niveles: (1) como consultores y analistas, y (2) como encargados de la recolección de la información. Los primeros deben tener un nivel técnico elevado, y los segundos, los conocimientos suficientes para registrar y manejar información original, llevar índices de diferentes clases, hacer tabulaciones preliminares y cálculos muy elementales.

Para los consultores y analistas se necesita una enseñanza de nivel superior, en lo posible universitaria y cursos de especialización en escuelas de salubridad o instituciones con programas internacionales de perfeccionamiento. A título transitorio, pueden programarse en las escuelas de salubridad cursos de nivel medio, específicamente destinados a estadísticos.

El perfeccionamiento del personal auxiliar se lograría a través de cursos

más elementales y más breves, dictados en las escuelas de salubridad, combinando la enseñanza teórica con labores prácticas intensivas en las propias oficinas de estadística de los servicios de salubridad.

ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS¹

EXPOSICIÓN GENERAL²

Presentada por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

El problema del dominio de la malaria ha recibido preferente atención de la Oficina Sanitaria Panamericana. Como medio de mantener el interés en dicho problema, que por muchos años fué el más serio de extensas regiones del Continente, la Oficina ha auspiciado la presentación periódica de informes especiales acerca de los progresos realizados y de las perspectivas futuras de la lucha antimalárica en el continente americano. Se presentaron informes de esta clase a la XI Conferencia Sanitaria Panamericana (1942), a la V Reunión de Directores de Sanidad (1944) y a la XII Conferencia Sanitaria Panamericana (1947) por medio de la Comisión Panamericana de Malaria; y a la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1950) por el Dr. Carlos A. Alvarado, en su calidad de Consultor Especial de la Oficina.

Por la favorable acogida que han tenido estos informes y por la conveniencia de continuarlos, la Oficina consideró oportuno preparar un quinto informe que abarcara el período de 1950 a 1953, y encomendó al mismo Consultor su preparación para presentarlo a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

Desde la aparición de los insecticidas de acción residual y dentro de sus disponibilidades, la Oficina estimuló la ejecución de programas antimaláricos en el Continente, con la convicción de que el uso apropiado de tales insecticidas en sustitución de los viejos métodos de lucha—lentos, costosos y de acción limitada—permitiría a los países resolver definitiva y económicamente el problema de la malaria, que ha venido retardando el progreso de extensas regiones del Hemisferio y reduciendo los beneficiosos efectos de los programas generales de salud pública.

La XIII Conferencia Sanitaria Panamericana reconoció que “merced a la adopción de las nuevas técnicas de lucha antipalúdica y al esfuerzo suficientemente intenso y coordinado de los Países Miembros y territorios” es posible la erradicación de la malaria del Continente Americano; y recomendó a la Oficina que prosiguiese “el desarrollo de las actividades necesarias para propender a la intensificación y coordinación de las labores de lucha antipalúdica en el Continente, estimulando los programas en curso y suministrando intercambio de información y asistencia técnica y, cuando fuere posible, económica a los diferentes países a objeto de procurar la erradicación del paludismo en el Hemisferio Occidental” (Resolución XVIII, XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, Ciudad

¹ El V Informe sobre la Situación de la Lucha Antimalárica en las Américas, por el Dr. C. A. Alvarado, se publica separadamente como Publicación Científica No. 26.

² Documento CSP14/36.

Trujillo, 1950). Para cumplir esta Resolución, la Oficina ha dado mayor importancia a la lucha antimalárica utilizando recursos de sus presupuestos regulares y del Programa de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas. Así ha colaborado con un apreciable número de países y territorios, la mayoría de los cuales han recibido también la colaboración del UNICEF, que proporcionó los materiales y equipo necesarios para las actividades de campo.

En el siguiente informe, así como en el resumen de los informes cuadriennales de los Gobiernos Miembros, se encuentran datos indicadores del notable progreso realizado por algunos países en sus campañas antimaláricas. Se notará, sin embargo, que existen extensas e importantes porciones del Continente donde la situación se ha mantenido estacionaria y la malaria es todavía una de las más importantes causas de mortalidad y morbilidad, y un factor decisivo del retardo social y económico de la población. Para que los deseos expresados por la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana se conviertan en realidad, se impone la persistencia y expansión del esfuerzo para cumplir el objetivo en escala continental.

Se llama muy especialmente la atención a la posibilidad de que los anofeles desarrollen resistencia a los insecticidas de acción residual. Hay ya informes que indican que tal resistencia ha aparecido en condiciones naturales en ciertas regiones del mundo, después de algunos años de rociamientos repetidos; y hay indicios que permiten suponer la posibilidad de la aparición del mismo fenómeno entre los vectores americanos. Existen, pues, razones muy poderosas para considerar el factor "tiempo" como vital, y que es necesario extirpar todas las "fuentes de infección" antes que el fenómeno biológico de la resistencia pueda desarrollarse en los anofeles del Nuevo Mundo. Hay, por consiguiente, una grave responsabilidad que es necesario encarar con firmeza en plazo relativamente corto, en el cual se deben concentrar todos los esfuerzos posibles si los países de América desean terminar definitivamente con la malaria.

Hay, por otra parte, informes según los cuales una vez que se interrumpa la transmisión de la malaria, la infección desaparece más rápidamente de lo que antes se creía a consecuencia de la muerte natural del parásito, o sea sin recurrir a medidas quimioterápicas.

A lo anterior, debe agregarse una poderosa razón de carácter económico. El costo de las operaciones de un programa de simple control antimalárico resulta a la larga sumamente elevado, ya que implica gastos anuales que deben hacerse mientras se desee mantener bajos los índices de transmisión. El costo de un programa de erradicación, si bien es alto durante cierto período, permite después su reducción al límite de los gastos relativamente bajos de la vigilancia necesaria para asegurarse definitivamente que la erradicación ha sido conseguida. Vale la pena recordar, por otra parte, el hecho bien conocido de que los gastos de un programa de erradicación de malaria son compensados a la larga y con creces por las ganancias adquiridas en todos los aspectos de la vida de los pueblos.

No se puede seguir considerando la erradicación de la malaria como una mera cuestión de carácter local o nacional. Debe, por el contrario, enfocarse desde un punto de vista continental, puesto que la persistencia de "focos maláricos" en alguna región del hemisferio constituye un peligro para todo país que haya erradicado la enfermedad. Debe considerarse que este peligro no sólo consiste en

la posible importación de la infección malárica en sí, sino también en la importación de anofeles resistentes a los insecticidas.

Es difícil lograr el reconocimiento general de la absoluta y urgente necesidad de los programas de erradicación como la única solución racional del problema de ciertas enfermedades transmisibles o de sus vectores, y ello se debe, en gran parte, al argumento de que no se justifican los gastos después de haber obtenido buenos resultados parciales y de haber hecho bajar substancialmente los índices de prevalencia. Debe recordarse, sin embargo, que tales resultados parciales pueden estar sujetos al fracaso cuando, por circunstancias que hubieran podido evitarse, una enfermedad o un vector puede reaparecer con la misma o mayor intensidad que tenía anteriormente.

Se espera que la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana dedique a este asunto el interés que se merece y tome las acciones que considere oportunas a fin de que la erradicación continental de la malaria sea una realidad dentro del menor plazo posible. Uno de los pasos de mayor importancia en este sentido sería proveer de recursos financieros a la Oficina, la cual está lista para asumir las obligaciones de "Agencia Sanitaria Central de Coordinación" de los países del Hemisferio Occidental, como lo expresa el Código Sanitario Panamericano.

Debe recalcar, sin embargo, que la Oficina no podrá cumplir satisfactoriamente tales obligaciones con el personal y con los recursos financieros ordinarios a su disposición; es indispensable que disponga de personal técnico especializado para prestar, por todo el periodo que dure el programa, la ayuda técnica directa que los países soliciten, y de recursos con que atender otros gastos inherentes a trabajos de esta naturaleza. Tales recursos deben catalogarse como extraordinarios, es decir, no sujetos a los trámites de los presupuestos regulares, a fin de permitir el planeamiento a largo plazo y la elasticidad administrativa necesarios para afrontar las diversas situaciones que pueden presentarse. Conviene añadir que la experiencia de la Oficina le permitiría administrar dichos recursos extraordinarios en forma tal que se obtuvieran los más rápidos y mejores resultados al menor costo posible.

Toca a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana resolver si las aspiraciones de lograr la erradicación de la malaria en las Américas pueden o no llegar a ser una realidad.

Declaración del Dr. N. H. SWELLENGREBEL,¹

Jefe de la Delegación de los Países Bajos

En la primera parte de su informe sobre los progresos en la lucha anti-malárica en el Continente, el Doctor Carlos Alvarado ha hecho una declaración que voy a citar:

"La malariología, con su vieja malariometría fundada en determinaciones de utilidad en los tiempos de la lucha antilarvaria . . . no ha creado todavía medidas de evaluación adaptadas a la estrategia y a la velocidad de acción de los

¹ Documento CSP14/82.

imagocidas . . . se consideró cumplida la responsabilidad sanitaria cuando los índices cayeron por debajo de la unidad . . . no se comprendió que sólo se había conseguido desprender un segmento del cuerpo de la lombriz; y que cualquier índice parasitario por debajo de 0.0, pero que no llegue al cero absoluto supone la supervivencia de la 'cabeza de la tenia'."

He de confesar que en el primer momento no he comprendido esta manifestación. Más tarde, oyendo la aclaración del doctor Alvarado, y leyendo el artículo del doctor Pampana sobre "la estrategia de la lucha antimalárica que va cambiando", creo que entiendo las palabras del doctor Alvarado. Creo también que las experiencias modernas hechas en mi país—aunque fuera de las Américas—pueden ser útiles para resolver uno de los problemas americanos.

Nos hallamos aquí frente de la dificultad de que nuestra malariometría, que creíamos exacta, no lo es: es inexacta, y por lo tanto inútil. No es la primera vez: en Kampala (Uganda, Africa) nos dimos cuenta de que la malariometría se vuelve inexacta desde el momento en que la frecuencia de las infecciones de malaria endémica aumenta, alcanzando gran intensidad. En breves palabras: la malariometría nos faltaba a causa de una malaria endémica demasiado elevada. No malgastaré un tiempo precioso recordando la forma en que la malariometría se ha adaptado a esas condiciones de "holo-endemicidad" (término que es, como saben ustedes, invento del doctor Pampana). Por el contrario, pasaré en seguida al problema que ahora se nos plantea.

El problema es medir la malaria endémica demasiado reducida, la malaria mortecina quizá, pero todavía no muerta.

Es el problema al cual se refiere la manifestación del doctor Alvarado que acabo de citar. Es también el problema que nos preocupa en Holanda.

La triste historia de la malaria en nuestro país desde el año 1880, es decir, la historia de más de setenta años, es la siguiente:

Un brote de malaria provocado por el *Plasmodium vivax* (rara vez por el *P. malariae*, nunca por el *P. falciparum*), sin mortalidad, pero con muchos días laborables perdidos. El Gobierno ordena ciertas medidas—no importa por el momento cuáles son esas medidas. Baste decir que son eficaces: la malaria desaparece en unos tres años y el Gobierno inmediatamente rehusa gastar más dinero para la lucha contra una enfermedad que ya no existe. Sin embargo, continúa la supervivencia de la malaria; pero son pocos los que en las zonas maláricas buscan los cuatro o cinco casos que se producen cada año y ninguno se interesa en los esfuerzos de esos pobres locos que siguen persiguiendo una quimera.

Luego, unos veinte años después, se declaró repentinamente un nuevo brote, totalmente inesperado. La gente piensa que es una nueva enfermedad y trata de explicarla por causas extraordinarias. No existe ninguna necesidad de invocar influencias extraordinarias. No es sino una exacerbación de una condición endémica que nunca ha desaparecido.

De nuevo se instituye la lucha antimalárica, de nuevo las medidas alcanzan resultados excelentes, de nuevo la malaria desaparece en unos tres años, y de nuevo la lucha ha terminado, aunque la malaria no ha sido erradicada.

El acontecimiento que he descrito ha ocurrido en los años 1880, 1903 y 1923. Pero después del último brote de malaria, en 1946, nuestro Gobierno emprendió

una nueva política antimalárica, fundada en buscar, no sólo el último enfermo, sino también el último portador de parásitos. Se advierte que no es suficiente fiarse de la notificación obligatoria para los médicos. El propio servicio antimalárico busca los casos desconocidos por los médicos. Comienza sus investigaciones por inspecciones regulares de las escuelas a fin de hallar a los niños afectados de esplenomegalía. No se efectúa esta investigación para que se establezca un índice esplénico. El índice esplénico no es de ningún valor para nosotros. Pero el niño esplenomegálico nos indica el camino de su casa.

En otras palabras: la investigación en las escuelas es el primer paso que nos conduce a las casas sospechosas, donde podrían hallarse personas portadoras de parásitos. Esas casas, como las ya conocidas por las notificaciones de los médicos, serán rociadas.

No tratamos de alcanzar la erradicación de los anofeles, sino la destrucción completa de los anofeles infectados, porque éstos se encuentran solamente en las casas de los portadores de parásitos, enfermos o sanos. Aunque la malaria ha desaparecido, el Gobierno continúa esta acción e irá continuándola por tres o cuatro años más.

TREPONEMATOSIS¹

I

EXPOSICIÓN GENERAL

Por el Dr. WALDEMAR E. COUTTS

*Profesor de Urología, Jefe del Departamento de Higiene Social,
Servicio Nacional de Salud, y Delegado Suplente de Chile*

La antigüedad de las treponematosis, su punto de origen y otros aspectos de no menor importancia, son problemas que han suscitado múltiples y antañanas discusiones. Algunos hacen remontar su origen a épocas védicas y bíblicas, se les atribuye un origen americano, europeo, asiático o africano; pero a pesar de documentos óseos correspondientes a distintos períodos de la existencia del hombre, de datos consignados en barro endurecidos o cerámicas antropomórficas pertenecientes a civilizaciones desaparecidas que sirven de base para sustentar una hipótesis, la verdad escueta es que nada existe, por el momento, para afirmar cuál es su antigüedad o su punto de origen. Las treponematosis han constituido, en más de una oportunidad, serio problema para grandes grupos humanos. La historia los relata, y brotes epidémicos de enfermedad con síntomas propios a ellas son sobradamente conocidos, especialmente aquel que se registró en Europa después de los viajes de descubrimientos a América.

Tres son las treponematosis que mayor daño producen entre los seres humanos: la sífilis (*Treponema pallidum*), la frambesia o pian (*T. pertenue*) y la pinta o carate (*T. carateum*). Morfológicamente no es posible distinguir estos

¹ Documento CSP14/33, Rev. 1.

treponemas en preparaciones frescas o fijas no teñidas, observadas bajo campo oscuro,¹ ni tampoco se señalan características distintivas para ellos bajo el microscopio electrónico Angulo y colaboradores.² No obstante, en cuanto a distribución poblana o geográfica, mientras la sífilis es enfermedad cosmopolita y de preferencia urbana, el pian y la pinta se observan exclusivamente en regiones situadas entre ambos trópicos y su índice más alto de morbilidad se registra en las zonas rurales.

En relación con el pian y la pinta existe una particularidad digna de mencionarse; mientras el primero es mal que se observa en las zonas intertropicales de toda la tierra, la pinta sólo se observa en los intertrópicos de América Central y del Sur. En relación con este hecho, es de gran interés señalar la existencia de la denominada "pinta cubana" considerada por algunos como una forma pigmentaria del pian, hipótesis que encontraría confirmación en los estudios de Guimarães,³ quien presenta evidencia epidemiológica y clínica de la existencia de formas pintosas del pian en el Brasil. Estos casos son similares a los estudiados en Cuba. Por otra parte, la sífilis es también capaz de producir manifestaciones pigmentarias de la piel de tipo melano o leucodérmico; en nuestros estudios experimentales hemos podido despigmentar el iris de conejos inoculando *T. pallidum* en la cámara anterior del ojo.⁴

Algunos autores han sostenido la posibilidad de que las distintas treponematosis reconozcan un tronco ancestral común que, a través de las edades, se han adaptado a ambientes diferentes, tanto climáticos como etnológicos. La similitud de algunas manifestaciones clínicas de las treponematosis que analizamos hacen posible aceptar esta hipótesis. Diferentes cepas de un mismo agente patógeno, al crecer y multiplicarse en un individuo, pueden dar origen a formas con propiedades comunes, algunas exaltadas, facilitando interacciones genéticas cuyas características pueden mantenerse mientras las condiciones locales y ambientales sean favorables, como lo han demostrado algunos autores respecto de ciertos virus (Burnet et al, Hirst y Gottlieb). Este hecho podría explicar, en cierto modo, las formas clínicas atípicas de ciertas treponematosis. Por otra parte, la evidencia obtenida hasta el momento parece indicar que existe inmunidad cruzada entre la sífilis venérea y el pian. Esta inmunidad es más marcada en la sífilis y en los casos de pian en que el período de actividad o de lactancia es prolongado. Además, las investigaciones de R. L. Kahn y L. G. Villegas con la reacción universal de Kahn en casos de pinta mexicana demostraron que el tipo de respuesta serológica era idéntico al de la sífilis y similar, aunque no idéntico, al del pian. En los últimos tiempos se comienza a clasificar las treponematosis como venéreas y no venéreas. Entre las primeras se coloca a la sífilis adquirida y transmitida por contacto

¹ Coutts, W. E. Silva-Inzunza, E., y Morales Silva, G.: "Unstained Slides for the Diagnosis of Certain Treponematoses," *Public Health Rep.* 67:442. 1952.

² Angulo, J. J., Watson, J. H. L., Wedderburn, C. C., León Blanco, F., y Varela, G.: "Electronmicrography of Treponemas from Cases of Yaws, Pinta and so-called Cuban form of Pinta," *Amer. Jour. Trop. Med.* 31:458. 1951.

³ Guimarães, F. N.: "Manifestações boubáticas tardias, semelhando quadro clínico de pinta terciária," *Mem. Inst. Oswaldo Cruz.* 45:307. 1947.

⁴ Coutts, W. E.: "Depigmentation of the Iris in Experimental Rabbit Syphilis," *Amer. Jour. Syphilis.* 22:381. 1938.

sexual; entre las segundas, a ciertas formas de sífilis: endémica (Bosnia, Servia, etc.), bejel o sífilis de los árabes, dichuchwa (Rhodesia), njovera (Bechuanaland), al pian y a la pinta. Aunque en términos generales y con fines epidemiológicos, se puede aceptar esta división, su delimitación no es tan precisa por cuanto la sífilis, en estas distintas formas, y el pian pueden transmitirse sexualmente.

No existen diferencias esenciales entre las lesiones tegumentarias que las acompaña.

Hay evidencia, aunque no incontrovertible por el momento, de que algunas de ellas, a semejanza de la sífilis, pueden ser acompañadas de lesiones cardiovasculares y neurológicas.

La mayor parte de los casos de sífilis no venérea y de pian remontan su contagio a la infancia (6 meses a 4 años); por esta razón, es difícil establecer si existen formas que pudieran considerarse como congénitas. No obstante, el consenso de la opinión es que el pian no se adquiere congénitamente. Es posible, a pesar de hechos negativos, que los recién nacidos tengan cierto grado de inmunidad transmitida, ya que la infección es excepcional durante los primeros tres meses de vida. Estos puntos no están aún bien esclarecidos: en ciertos casos de sífilis y de pian, la madre puede tener grandes cantidades de reagina que no es transmitida a su descendiente, mientras que en otros la reagina materna puede ser de título muy bajo y que el recién nacido sea serológicamente positivo.

Los treponemas que producen la sífilis, el pian y la pinta son muy sensibles a la acción de la penicilina. Índices útiles de penicilinemia mantenidos durante algunas horas bastan, en la inmensa mayoría de los casos, para esterilizar a un individuo. Como hasta el momento no se ha comprobado resistencia o adaptación de estos microorganismos a la droga, toda acción contra ellos debe hacerse exclusivamente con ella.

A raíz de las deliberaciones del Grupo de Expertos en Enfermedades Venéreas y Treponematosis de la OMS se iniciaron o ayudaron campañas en masa contra la sífilis y el pian (Polonia y Haití), a la vez que se iniciaron acciones "piloto" en distintas regiones de la tierra, a base, en los últimos tiempos, del uso exclusivo de penicilina, de preferencia PAM.

En la segunda parte de este relato damos a conocer el informe del Comité Nacional de Lucha Antivenérea de Chile sobre los resultados obtenidos en la lucha contra la sífilis, usando en los últimos años exclusivamente PAM.

Consideraciones

Las treponematosis son enfermedades en que no interviene otro transmisor que el ser humano. Por tanto, la lucha contra su propagación se reduce a un solo campo de acción: el hombre. Tratar al enfermo, buscar la fuente de contagio y los contactos y tratarlos y, en general, educar y elevar el nivel de vida, son las buenas bases en que debe descansar toda campaña contra ellas.

La penicilina cura estas treponematosis. Su acción esterilizante sobre los distintos treponemas que la producen es muy rápida y, hasta el momento, no se ha demostrado adaptación de estos agentes patógenos a la droga.

En consecuencia, de la vasta experiencia que existe al momento, se puede

recomendar que toda campaña contra las treponematosis debe hacerse exclusivamente con penicilina. Para el mejor éxito y dado el caso que el mayor número de enfermos se trata de manera ambulatoria, es conveniente uniformar, en lo posible, el criterio terapéutico a base del menor número de inyecciones en el menor espacio de tiempo posibles y compatibles con la seguridad social.

II

LA LUCHA CONTRA LA SÍFILIS EN CHILE

Por WALDEMAR E. COUTTS, FLORENCIO PRATS G.,¹ ROBERTO VARGAS-ZALAZAR²
y LUIS INFANTE VARAS³

"When progress becomes apparent, as with syphilis, funds should be held level until it becomes clear that the battle, rather than the first skirmish, is won."—J. EARLE MOORE

La lucha contra la sífilis en nuestro país puede analizarse en tres etapas, que corresponden a otros tantos períodos demarcados por las terapias en uso y el tiempo de acción médico-social que se ejercitaba o ejercita.

La primera etapa corresponde a la época heroica de los salvarsanes con hospitalización de los enfermos y administración del medicamento en grandes flebo-clisis, a la que pronto sigue su uso ambulatorio en forma de neosalvarsanes en dosis fraccionadas y progresivamente ascendentes asociados o no a los mercuriales y bismúticos, con sus diversos esquemas y con plazos que fluctuaban entre 3 y 5 años de tratamiento consecutivos con intervalos de descanso, que variaban según las distintas escuelas o el capricho personal de los sifilógrafos. Durante este período no se realizaba ningún esfuerzo para ubicar las fuentes de contagio y los posibles contactos.

Si bien es efectivo que durante esta etapa se registra descenso en las cifras de morbilidad en algunos de los centros más poblados, ellos nunca alcanzaron índices que pudieran estimarse como medianamente satisfactorios. La escasa o ninguna acción sobre las poblaciones rurales mantenía a éstas como focos potenciales permanentes de nuevos aportes treponemígenos para las ciudades vecinas, hecho que cada vez se hacía más evidente a medida que mejoraban los medios de comunicación.

A partir del año 1927 comienza un ataque que, aunque aislado, es más sistematizado. Se multiplican los centros de tratamiento dependientes de la Sanidad y de los Servicios de Seguro Obrero; a través de ellos se inicia, con escaso personal, la búsqueda de las fuentes de contagio y se habla al público abiertamente del significado del alcance de la sífilis y de otras venereopatías. A pesar del entu-

¹ Profesor de Dermato-Sifilología y Miembro del Comité en representación de los ex-Servicios de Beneficencia;

² Profesor de Urología, Ex-Jefe Ejecutivo de la Campaña Antivenérea; Miembro del Comité en representación de la ex-Dirección General de Sanidad;

³ Miembro del Comité en representación de los ex-Servicios del Seguro Obrero y actual Jefe del Subdepartamento de Enfermedades Venéreas del Servicio Nacional de Salud.

siasmo, de los esfuerzos y dineros gastados, la cosecha, aunque mejora cada año, no lo hace en forma tal que compense los sacrificios.

Se reinicia el control sanitario de las prostitutas abolido por disposiciones del Código Sanitario de 1925 y se incorpora el de las mujeres que se dedican al comercio sexual clandestino.

La iniciación de los tratamientos llamados masivos señala el primer éxito en la campaña contra *Treponema pallidum*. Se instalan centros de terapia masiva en Santiago, Valparaíso y Concepción y luego se extiende a otras ciudades y centros obreros. A la corta duración de estos tratamientos se agrega otro factor de gran importancia epidemiológica: la hospitalización del enfermo, con lo cual se logra aislar el foco durante el período de máxima contagiosidad. Se tratan en esta forma 5550 enfermos entre los años 1930 a 1943, inclusive, y se registran 29 casos de muerte (0,52%) (Cuadro 1).

En pleno auge de la terapia masiva, por decreto 440 de 23 de marzo de 1943 se crea un Comité Nacional de Lucha Antivenérea cuya función es la de coordinar las actividades de los Servicios Antivenéreos de la Sanidad, del Seguro Obrero y de la Beneficencia. Se aúnan los esfuerzos, se dictan normas técnicas de tratamiento más o menos uniforme, a fin de suprimir la anarquía imperante y se orienta una acción epidemiológica decidida y mancomunada para ubicar las fuentes de contagio y los contactos.

Esta fuerte y disciplinada organización nos encuentra preparados para iniciar de inmediato en 1948 la última etapa de nuestra campaña: la lucha contra la sífilis a través del tratamiento rápido y ambulatorio con penicilina. Se modifican las normas técnicas, se cierran los Centros de Tratamiento masivo y se inicia una campaña intensa con PAM a base de una o dos inyecciones con un total de 3 millones de unidades para los casos de sífilis en estado agudo o contagioso. Para sujetos que no pueden, por razones de la naturaleza de su ocupación, concurrir a recibir la segunda dosis se administra la dosis total en depósito 1.500.000 unidades en cada nalga.

Los contactos ubicados se tratan como sífilis reciente y toda ulceración genital con ultramicroscopía negativa recibe de inmediato 1.500.000 unidades de droga. La experiencia aconseja proceder de esta manera, pues el uso de penicilina en dosis pequeñas (dentríficos, pastillas de comprimidos) durante el período de incubación de la sífilis puede retardar la aparición de manifestaciones cutáneas o mucosas, las que muchas veces carecen de tipicidad clínica y es difícil, por su escasez, encontrar bajo campo obscuro o microscopio de fase contrastada el *T. pallidum*. En tales casos es más frecuente encontrar formas en coma o granular enquistadas, las que sólo pueden verse bajo campo obscuro en preparaciones fijas con formol al 10% observadas bajo campo obscuro.

En líneas generales, se hace una campaña epidemiológica a través del tratamiento, desentendiéndose muchas veces de la clínica en beneficio del éxito. A todo enfermo con sífilis primaria o secundaria, a todo individuo con úlceras genitales no comprobadas como sifilíticas y a todo contacto se le extrae sangre antes de iniciarse su tratamiento.

En el ambiente médico no especializado existe una idea de triunfo sobre la sífilis, la que se ha extendido al ambiente nacional creando una peligrosa sensa-

CUADRO 1.—Tratamiento masivo de la síftis Cuadro resumen de la experiencia chilena (1933-1943)

Autores	Ciudad	Sistema	Droga	Dosis Total ^a	Trat.		Casos Totales	Accidentes fatales
					Días trat.	Complem.		
Prunés y Hevia	Santiago	Fiebroclisis	Neofarsenamina	4,5 ^b	3	.	546	1
Vicuña y González	Valparaíso	Fiebocl.	Neofars.	5	5	no	18	3
Vicuña y Giacaman	Valparaíso	Fiebocl.	Neofars.	5	5	no	21	0
Vicuña y Giacaman	Valparaíso	Fiebocl.	Mafarsén	1,2	5	no	23	0
Echiburú	La Serena	Fiebocl.	Neofars.	4,5	3	no	19	1
Grimberg	Rancagua	Fiebocl.	Neofars.	4,05 ^a	4	no	459	2
Rodas	Chillán	Fiebocl.	Neofars.	4,5	3	no	170	2
Rodas	Chillán	Fiebocl.	Oxiarsfenamina	1,2	5	no	8	1
Weinstein y Barria	Santiago	Fiebocl.	Neofars.	5	5	no	31	0
Weinstein y Barria	Santiago	Fiebocl.	Mafars.	1,2	5	no	15	0
Weinstein y Barria	Santiago	Fracción	Oxiars.	1,2	5	.	815	5
Tallmann	Valdivia	Fracción	Oxiars.	1,2	5	e	94	0
Castillo	L. Angeles	Fracción	Oxiars.	1,2	5	no	26	0
Prats e Infante	Santiago	Fiebocl.	Oxiars.	1,2 ^c	5	no	1248	4
Figueroa y Haraszti	Valparaíso	Fiebocl.	Oxiars.	1,2 ^c	5	no	500	5
Cerda y González	Talcahuano	Fiebocl.	Oxiars.	1,2 ^c	5	no	323	2
Coutts, Castro, Gaete	Santiago	Fiebocl.	Oxiars.	0,24	1	Electropirexia	20	2
Jaramillo y otros	Santiago	Intensiv.	Neofars.	0,3-0,6	10-30	Pir. biológ.	231	1
Prats, Infante, Chaná	Santiago	Intensiv.	Oxiars.	1,2-1,8	20-30	no	563	0
Chaná y otros	Santiago	Intensiv.	Oxiars.	0,6-1,2	40	Electropirexia	48	0
Vicuña	Valparaíso	Intensiv.	Oxiars.	1,2	40	no	33	0
Figueroa y Haraszti	Valparaíso	Intensiv.	Oxiars.	1,2	40	Bismuto	39	0
Figueroa y Haraszti	Valparaíso	Intensiv.	Oxiars.	1,2	40	no	60	0
Vicuña	Valparaíso	Intensiv.	Oxiars.	1,2	40	Bismuto	240	0
Total							5.550	29
Proporciones de casos fatales							0,52%	

^a) La dosis está calculada para un hombre de 60 kilos de peso.

^b) En algunos casos se disolvió el Neo en solución yoduro de sodio al 5%.

^c) En algunos casos se agregó una inyección de 0,90 con dosis total de 5,40 gs.

^d) Per día: 0,45 gs. 2°, 3° y 4° días: 1,20 gs. Total 4,05 gs.

^e) En algunos casos se agregó piroterapia biológica a base de pirogénico Eberth H.

^f) En algunos casos se colocó una dosis total equivalente a 1,5 cgrs. por kilo de peso.

ción de confianza. Esta idea es falsa y su difusión perjudicial en alto grado para lograr el éxito definitivo en la lucha contra la sífilis. El enemigo está dominado pero no vencido; al menor descuido una cadena epidemiológica, con punto de partida ciudadano o rural, puede reagudizar el problema si no se mantiene en acción una fuerza organizada, bien dotada y con medios terapéuticos y económicos necesarios para afrontar cualquier contingencia.

Reducir efectivos dentro de límites que garanticen seguridad social es política aconsejable; pero desmontar una organización que debe vivir en estado permanente de vigilancia es, a juicio nuestro, grave error. Aunque a través de los años transcurridos nada hace presumir que *T. pallidum* adquiera resistencia para la penicilina, dos lustros es plazo muy corto para afirmar el hecho como definitivo y plácidamente cruzarnos de brazos en la confianza que, ante el poder de la fúngica droga, sífilis es término que expresa un mal del pasado.

CUADRO 2.—*Campaña antivenérea coordinada (decreto 440 de 23 de marzo 1943)*

Año	Morbilidad general de sífilis en Chile (1945-1953)						Total General
	Primaria			Secundaria			
	H	M	Total	H	M	Total	
1945	3.026	879	3.905	2.411	2.394	4.805	8.710
1946	3.154	1.042	4.196	2.544	2.250	4.794	8.990
1947	3.432	842	4.274	2.991	2.270	5.261	9.535
1948	2.342	1.274	3.616	1.942	1.851	3.793	7.409
1949	2.685	685	3.312	1.708	1.636	3.344	6.656
1950	2.222	593	2.815	1.133	1.154	2.287	5.102
1951	2.072	618	2.690	1.048	1.078	2.126	4.816
1952	2.430	1.514	3.944	1.084	761	1.845	5.789
1953	1.233	390	1.623	663	660	1.323	2.946
	22.596	7.779	30.375	15.524	14.054	29.578	59.953

CUADRO 3.—*Reacciones serológicas*

Año	Hombres			Mujeres			Ambos Sexos	
	Neg.	Pos.	Total	Neg.	Pos.	Total	T. Reac.	% Pos.
1950	8.533	617 (6,9%)	9.150	10.387	1.028 (9,0%)	11.415	20.565	7,9
1951	8.358	352 (4,0%)	8.710	9.578	349 (3,5%)	9.927	18.637	3,7
1952	6.151	281 (4,3%)	6.432	7.861	323 (3,9%)	8.184	14.616	4,7
1953	7.920	289 (3,5%)	8.209	9.435	377 (3,8%)	9.812	18.021	3,7

COMISION II, DE ASUNTOS ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS Y JURIDICOS

PRIMER INFORME

(Documento CSP14/67, Rev. 1)

En la primera sesión de la Comisión II, celebrada el día 9 de octubre de 1954, se formó el grupo de trabajo No. 1, encargado del estudio de la revisión de la Constitución (Documento CSP14/18),¹ que presentará su informe oportunamente. En la segunda y tercera sesión, que tuvieron lugar los días 13 y 14 de octubre, se consideraron los siguientes temas: 16, 17, 18, 20, 21, 30, 31, 33, 37 y 39, asignados a la Comisión por la Comisión General.

En el curso de estas dos últimas sesiones se aprobaron los proyectos de resolución siguientes:

*Proyectos de Resolución*²

1. *Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1953*

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes a 1953 (Documento CE22/4);³ y

Teniendo en cuenta que el Comité Ejecutivo aprobó los referidos informes en su 22a Reunión,

RESUELVE:

(1) Aprobar el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes a 1953.

(2) Felicitar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y a sus colaboradores por la forma en que se han presentado los informes.

[Resolución III]

2. *Informe del Subcomité Permanente de Edificios y Obras*

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe presentado por el Subcomité Permanente de Edificios y Obras (Documento CE22/10);⁴ y

¹ Véase pág. 613.

² Los proyectos de resolución recomendados en este informe fueron aprobados por la Conferencia en su séptima sesión plenaria, con las excepciones que se indican.

³ Véase pág. 547.

⁴ Documento de trabajo, no publicado.

Teniendo en cuenta la decisión adoptada sobre este asunto por el Comité Ejecutivo en su 22a Reunión,

RESUELVE:

- (1) Aprobar las medidas adoptadas por el Subcomité Permanente.
- (2) Expresar su agradecimiento a los miembros del Subcomité Permanente de Edificios y Obras, quienes seguirán prestando su colaboración al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

[Resolución IV]

3. Revisión del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando la decisión adoptada por el Comité Ejecutivo en su 22a Reunión, relativa a la revisión del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana;

Habiendo sido informada de que la Séptima Asamblea Mundial de la Salud no introdujo cambios en la revisión de su Reglamento de Personal;

Teniendo en cuenta que, de conformidad con las instrucciones contenidas en el primer párrafo de la Resolución XVIII adoptada por el Comité Ejecutivo en su 22a Reunión, el Director puso en vigor el 1 de junio de 1954 el Reglamento revisado del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, fecha en la que también entró en vigor el de la Organización Mundial de la Salud; y

Considerando que el Artículo 12.2 del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana establece que "el Director informará anualmente al Consejo Directivo de aquellas disposiciones o modificaciones que introduzca en el Reglamento del Personal con el fin de dar cumplimiento a este Estatuto" y que "dichas disposiciones y modificaciones deberán ser confirmadas previamente por el Comité Ejecutivo",

RESUELVE:

Tomar nota de la adopción de la revisión del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, recomendada por el Director y confirmada por el Comité Ejecutivo en su 22a Reunión.

[Resolución V]

4. Fondo de Trabajo

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando las decisiones anteriores del Consejo Directivo y las recomendaciones del Director y del Auditor Externo en el sentido de que la cantidad de \$1,200,000 es suficiente para llevar a cabo los fines del Fondo de Trabajo;

Teniendo en cuenta que el Reglamento Financiero estipula que el Fondo de Trabajo se establecerá en la cantidad y para los fines que determine periódicamente el Consejo Directivo; y

Teniendo en cuenta la recomendación formulada por el Comité Ejecutivo en su 22a Reunión,

RESUELVE:

Fijar el nivel del Fondo de Trabajo en \$1.200.000, hasta el momento en el cual la situación presupuestaria de la Oficina justifique un cambio.

[Resolución VI]

5. *Reembolso de los Gastos de Viaje a los Representantes a las Reuniones de los Comités Regionales*

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado la decisión adoptada por la Séptima Asamblea Mundial de la Salud sobre los asuntos "Reuniones de los Comités Regionales en la Sede Regional" y "Pago de los Gastos de Viaje de los Representantes a las Reuniones de los Comités Regionales" (Resoluciones WHA7.26 y WHA7.27, respectivamente),

RESUELVE:

Tomar nota de la decisión adoptada por la Séptima Asamblea Mundial de la Salud en el sentido de que los gastos de viaje de los Representantes que asistan a las reuniones de los Comités Regionales no serán reembolsados por la Organización.

[Resolución VII]

6. *Gasto a Cargo del Fondo Rotatorio de Emergencia, en Relación con las Inundaciones Sufridas por un País Miembro*

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

RESUELVE:

Tomar nota de la Resolución II adoptada por el Comité Ejecutivo en su 23a Reunión aprobando el gasto de \$4.661,97, con cargo al Fondo Rotatorio de Emergencia, en relación con las inundaciones sufridas por un País Miembro, y autorizar al Director a que reembolse dicha suma al Fondo Rotatorio de Emergencia, con cargo a los fondos generales de la Oficina Sanitaria Panamericana para el año 1954.

[Resolución VIII]

7. *Participación Financiera de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido, a Nombre de sus Territorios en la Región de las Américas, en el Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana*

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado las disposiciones de la Resolución XL adoptada por el Consejo Directivo en su V Reunión; y

Teniendo en cuenta el Informe (Documento CE22/12)¹ presentado por el Director a la 22a Reunión del Comité Ejecutivo, de acuerdo con la resolución antes mencionada, y la decisión adoptada por el mismo Comité sobre esta materia (Resolución XIII),

¹ Véase pág. 576.

RESUELVE:

(1) Tomar nota del Informe del Director sobre la participación financiera de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido, a nombre de sus territorios en la Región de las Américas, en el presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana.

(2) Encomendar al Director que en lo sucesivo presente informes al Comité Ejecutivo cuando las circunstancias así lo requieran.

[Resolución IX]

8. *Estipendios Pagados a los Becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana*

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

RESUELVE:

Tomar nota de que, de acuerdo con la Resolución VI adoptada por el Comité Ejecutivo en su 23a Reunión, el Director continuará haciendo un estudio sobre los estipendios pagados a los becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana.¹

9. *Estado de la Recaudación de las Cuotas*

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta la decisión adoptada por el Consejo Directivo en su VII Reunión, por la que invitó al Director a que solicitara de los Gobiernos Miembros, en su nombre, que tomen las medidas financieras necesarias para el pago de todos los atrasos y para que, en el futuro, se mantengan al corriente las cuotas anuales;

Teniendo en cuenta que los atrasos en el pago de las cuotas limitan el desarrollo de largo alcance de los programas que hay que llevar a cabo en las Américas; y

Teniendo en cuenta el informe presentado por el Director en el que se detallan las cuotas que están pendientes de pago,

RESUELVE:

Solicitar de los Gobiernos Miembros que tengan cuotas pendientes de pago, que tomen las medidas financieras necesarias para el pago de las mismas, recalcando la importancia de que, en el futuro, se mantengan al corriente las cuotas anuales.

[Resolución X]

10. *Fondo Rotatorio de Emergencia*

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que deben establecerse ciertas normas para la utilización del Fondo Rotatorio de Emergencia y para el reembolso de las cantidades invertidas,

RESUELVE:

(1) Que el Fondo Rotatorio de Emergencia se halla disponible con el fin de

¹ Devuelto por la Conferencia a la Comisión II para nuevo estudio. Véase acta de la sexta sesión de la Comisión II, pág. 418.

habilitar a la Oficina Sanitaria Panamericana a que efectúe desembolsos de emergencia en interés de las áreas del Hemisferio Occidental.

(2) Que el país que ha recibido la ayuda de emergencia deberá reembolsar, a la brevedad posible, los fondos utilizados a menos que circunstancias extraordinarias lo impidan.

(3) Que en estos casos extraordinarios, la Conferencia o el Consejo autorice la reposición al Fondo Rotatorio de Emergencia de las sumas invertidas, con otros fondos disponibles de la Organización.¹

Esta Comisión no aceptó la moción presentada por el Gobierno de Cuba sobre la organización de una oficina de trabajo en la ciudad de México durante la VIII Asamblea Mundial de la Salud.²

De conformidad con el Artículo 40 del Reglamento Interno de la Conferencia, se somete a la Comisión General este informe, que será objeto de consideración definitiva en una sesión plenaria.

DOCUMENTOS DE TRABAJO

INFORME FINANCIERO DEL DIRECTOR E INFORME DEL AUDITOR EXTERNO, CORRESPONDIENTES A 1953

(Documento CE22/4)

INFORME FINANCIERO DEL DIRECTOR PARA EL EJERCICIO ECONÓMICO 1º DE ENERO-31 DE DICIEMBRE DE 1953

Tengo el honor de presentar los estados de cuentas de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondientes al ejercicio económico 1º de enero-31 de diciembre de 1953, junto con el informe del Auditor Externo.

Los principales estados son los siguientes:

- (1) Estado de Asignaciones, Obligaciones contraídas y saldos sin atribuir de las Asignaciones, correspondiente al año 1953 (Estado I).
- (2) Estado de Ingresos, Egresos y Superávit, correspondiente al año 1953 (Estado II).
- (3) Estado del Activo y del Pasivo el 31 de diciembre de 1953 (Estado III).

Estado de Asignaciones, Obligaciones Contraídas y Saldos sin Atribuir de las Asignaciones, correspondiente al año 1953 (Estado I).

De la asignación de \$2.060.000 se han contraído obligaciones por una suma de \$1.924.110, quedando un saldo pendiente de inversión de \$135.890, ó 6,6% de la asignación total, en comparación con \$223.942, ó 11,3% que quedó pendiente en 1952. Los detalles de las obligaciones contraídas figuran en los anexos a

¹ Devuelto por la Conferencia a la Comisión II para nuevo estudio. Esta acordó que era innecesario presentar un nuevo proyecto de resolución, por haber retirado la Delegación de los Estados Unidos su moción inicial sobre este tema. Véase acta de la sexta sesión de la Comisión II, págs. 418-420.

² El texto de la moción aparece en el acta de la séptima sesión plenaria, pág. 203.

este informe. Se observará que en 1953 no se efectuó ninguna transferencia entre los títulos del presupuesto.

Estado de Ingresos, Egresos y Superávit, correspondiente al año 1953 (Estado II).

Los ingresos en efectivo ascendieron a un total de \$2.083.910 que corresponde a los siguientes conceptos:

(1) Recaudación de cuotas de los Estados Miembros correspondientes a 1953	\$1.743.702
(2) Recaudación de cuotas de los Estados Miembros correspondientes a años anteriores	260.383
(3) Recaudación de cuotas a nombre de territorios no autónomos	4.647
(4) Ingresos varios	60.390
(5) Saldos no invertidos de obligaciones, reembolsos, etc., correspondientes a años anteriores	14.788

La mayor parte de los Ingresos Varios proceden de la comisión del 3% cargada sobre las compras de equipo y suministros efectuadas por cuenta de organismos e instituciones gubernamentales, etc., que asciende por este concepto a \$34.199, a comparar con la suma de \$80.055 recaudada en 1952.

En el párrafo 4 del informe del Auditor Externo se explica la razón de la disminución de los ingresos en 1953. Los intereses devengados en 1953 ascendieron a \$19.132 a comparar con \$25.346 en 1952. Otros ingresos varios, detallados en el Estado II, se elevaron a \$7.059.

Los saldos no invertidos de obligaciones, reembolsos, etc., correspondientes a años anteriores, ascendieron a \$14.788 y de acuerdo con el Reglamento Financiero de la Oficina deberían ser acreditados al Fondo de Trabajo. Sin embargo, según se explica en el párrafo 19 del informe del Auditor Externo, el fondo ha quedado estabilizado al nivel de \$1.200.000, según resolvió la VII Reunión del Consejo Directivo y, por consiguiente, cualquier superávit en efectivo, se asigna a un Fondo Especial a disposición del Consejo Directivo.

Egresos

Los egresos a cargo del presupuesto de 1953 ascendieron a \$1.924.110. Aparte de los gastos presupuestados, figura una suma de \$15.710, que corresponde al ajuste del valor de los fondos en cruceros. En el párrafo 6 del informe del Auditor Externo aparece una explicación de esta cantidad.

Los fondos invertidos por la Oficina en 1952 y 1953, según se indica en el párrafo 3 del informe del Auditor Externo, ascendieron a un total \$5.192.707 y \$4.043.702, respectivamente, incluyendo los gastos de compras con cuenta de los gobiernos, y los de los programas del INCAP y del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa.

Cabe mencionar también que, además de los fondos antes citados, los fondos invertidos a título de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas fueron los siguientes:

	1952	1953
	\$	\$
OMS/Ordinario	827.141	900.787
OMS/UNICEF	23.173	8.135
OMS/AT	822.021	859.526
	<u>1.672.335</u>	<u>1.768.448</u>

Así, pues, los fondos invertidos por la Oficina Sanitaria Panamericana para el programa combinado OSP/OMS, para compras por cuenta de los gobiernos y para programas especiales, ascendieron en total a las siguientes cantidades:

	1952	1953
	\$	\$
OSP	5.192.707	4.043.702
OMS	1.672.335	1.768.448
	<u>6.865.042</u>	<u>5.812.150</u>

Superávit

El excedente de los ingresos sobre los egresos, que ascendió a \$144.089, ha sido transferido a un Fondo Especial a disposición del Consejo Directivo, y es objeto de un informe separado que contiene recomendaciones sobre la utilización de dicha cantidad.

Estado del Activo y del Pasivo (Estado III)

Este estado aparece dividido en cinco partes, a saber:

- (1) Fondo General
- (2) Fondo de Trabajo
- (3) Fondos Especiales
- (4) Fondos Fiduciarios
- (5) Asistencia Técnica—Organización de los Estados Americanos

Los tres primeros representan los fondos propios de la Oficina Sanitaria Panamericana, mientras que los otros dos son fondos en depósito para los fines señalados en los estados de cuentas.

Se observará en el Estado III que los fondos líquidos de la Oficina eran los siguientes:

(1) Fondo General—Efectivo en bancos y en caja.....	\$	176.344
(2) Fondo de Trabajo—		
Efectivo en bancos	\$780.000	
Inversiones	420.000	1.2000.00
(3) Fondos Especiales—Efectivo en bancos.....		301.792
(4) Fondos Fiduciarios—Efectivo en bancos.....		322.287
(5) Asistencia Técnica—OEA Efectivo en bancos.....		47.907
Total		<u>\$2.068.330</u>

A fines de diciembre vencieron Títulos de la Deuda por un valor de \$850.000 y ésta es la razón de que el importe de las inversiones sea relativamente reducido. Ahora bien, a primeros de enero de 1954 se volvió a invertir la suma de \$900.000 en Títulos de la Deuda del Tesoro de los Estados Unidos de América.

Asignaciones para Gastos no Presupuestados

En virtud de una resolución adoptada por el Consejo Directivo en su VI Reunión, se asignó la cantidad de \$306.000 para los siguientes fines:

(1) Obras en los edificios	\$ 135.180
(2) Traducción y publicación de una obra sobre administración sanitaria	10.900
(3) Programas de erradicación de la viruela	75.000
(4) Becas	84.920
	<hr/>
	\$ 306.000
	<hr/> <hr/>

Se observará en el Cuadro D que quedan pendientes de atribuir las siguientes sumas:

(1) Obras en los edificios	\$ 15.076
(2) Traducción y publicación de una obra sobre administración sanitaria	815
(3) Programa de erradicación de la viruela	63.874
(4) Becas	—
	<hr/>
	\$ 79.765
	<hr/> <hr/>

Las mejoras en los edificios de Washington se llevan a cabo en la forma proyectada. En el informe del Subcomité Permanente de Edificios y Obras se detallan los planes para la utilización del saldo pendiente.

Por lo que respecta a la traducción y publicación de una obra sobre administración sanitaria, el 31 de diciembre de 1953 quedaba sin atribuir un pequeño saldo de \$815. Este saldo se utilizará para sufragar los gastos de envío de los ejemplares que se distribuyan gratuitamente.

De la partida de \$75.000 asignada para el programa de erradicación de la viruela, se han invertido \$5.961 en suministros y equipo y \$5.165 en concepto de sueldo y gastos de viaje de un consultor. El saldo sin atribuir de \$63.874 se utilizará a medida que se necesite.

El saldo sin atribuir de \$4.224,37, de la suma asignada para becas se incluye en el superávit de 1953, que asciende a \$144.089, puesto a disposición del Consejo Directivo, dado que únicamente las becas para 1953 habrían de ser sufragadas con este crédito.

Queda respetuosamente a su disposición,

FRED L. SOPER
Director

Resumen de Obligaciones Contraídas Correspondiente al Presupuesto para el Año 1953, del 1º de Enero al 31 de Diciembre

Título I

Organización Sanitaria Panamericana

	Liquidado	Sin Liquidar	Total
	\$	\$	\$
Personal de la Sección de Conferencias			
Oficina del Jefe de Conferencias	44.933,37	142,94	45.076,31
Unidad de Traducciones	35.102,35	.....	35.102,35
	<u>80.035,72</u>	<u>142,94</u>	<u>80.178,66</u>
Reuniones de la Organización			
Reunión del Consejo Directivo	19.258,41	933,00	20.191,41
Reuniones del Comité Ejecutivo	18.901,54	.....	18.901,54
	<u>38.159,95</u>	<u>933,00</u>	<u>39.092,95</u>
Prima de Repatriación.....	616,00	.....	616,00
Total—Título I	<u>118.811,67</u>	<u>1.075,94</u>	<u>119.887,61</u>

Resumen de Obligaciones Contraídas Correspondiente al Presupuesto para el Año 1953, del 1º de Enero al 31 de Diciembre

Título II

Oficina Sanitaria Panamericana—Sede

	Liquidado	Sin Liquidar	Total
	\$	\$	\$
Oficinas Ejecutivas			
Oficina del Director	68.307,87	.....	68.307,87
Oficina de Información Pública	15.145,01	74,50	15.219,51
Oficina de Coordinación	6.600,00	.....	6.600,00
Biblioteca	30.149,75	1.590,43	31.740,18
Oficina Editorial	54.315,31	.....	54.315,31
Viajes—Oficinas Ejecutivas	6.788,95	300,24	7.089,19
	<u>181.306,89</u>	<u>1.965,17</u>	<u>183.272,06</u>
División de Educación y Adiestramiento			
Oficina del Jefe	8.707,23	.....	8.707,23
Servicio de Becas	11.218,72	.....	11.218,72
Servicio de Educación Profesional	26.863,37	100,95	26.964,32
Viajes—División de Educación y Adiestramiento	11.770,51	13,70	11.784,21
	<u>58.559,83</u>	<u>114,65</u>	<u>58.674,48</u>
División de Salud Pública			
Oficina del Jefe	13.171,89	.....	13.171,89
Servicio de Fomento de la Salud	17.659,78	.....	17.659,78
Servicio de Enfermedades Transmisibles.....	81.175,95	.....	81.175,95
Servicio de Saneamiento del Medio	12.600,96	51,62	12.652,58
Viajes—División de Salud Pública	23.058,52	354,71	23.413,23
	<u>147.667,10</u>	<u>406,33</u>	<u>148.073,43</u>

División de Administración			
Oficina del Jefe	25.336,36	.....	25.336,36
Oficina Jurídica	2.587,50	.....	2.587,50
Oficina de Suministros	52.469,79	15,00	52.484,79
Servicio de Gestión Administrativa y de Personal	24.868,67	.....	24.868,67
Servicio de Finanzas y Presupuestos	66.762,73	.....	66.762,73
Servicios Generales	130.090,13	.....	130.090,13
Viajes—División de Administración	6.791,46	.....	6.791,46
	308.906,64	15,00	308.921,64
Servicios Comunes—Sede			
Local y equipo	20.971,53	3.838,97	24.810,50
Otros servicios	21.559,61	1.403,05	22.962,66
Suministros y material	14.078,48	834,47	14.912,95
Obligaciones fijas y reclamaciones	497,88	69.500,00	69.997,88
Adquisición de bienes de capital	6.465,27	276,35	6.741,62
Atenciones sociales	208,28	.....	208,28
Prima de repatriación	12.108,00	.....	12.108,00
Intervención de cuentas .....	.....	4.400,00	4.400,00
	75.889,05	80.252,84	156.141,89
Total—Título II	772.329,51	82.753,99	855.083,50

Resumen de Obligaciones Contraídas Correspondiente al Presupuesto para el Año 1953, del 1^o de Enero al 31 de Diciembre

Título III

Oficina Sanitaria Panamericana—Programas de Campo y Otros

	Liquidado	Sin Liquidar	Total
	\$	\$	\$
Oficinas de Zona			
Oficina de Campo—Jamaica	19.320,37	2.558,26	21.878,63
Oficina de Campo—El Paso	18.322,20	943,82	19.266,02
México (Zona II)	57.667,31	4.092,28	61.759,59
Guatemala (Zona III)	96.607,14	2.870,87	99.478,01
Lima (Zona IV)	89.207,69	3.035,17	92.242,86
Río de Janeiro (Zona V)	49.212,21	661,25	49.873,46
Buenos Aires (Zona VI)	77.643,30	10.360,53	88.003,83
Atenciones sociales—Oficinas antes menc.	957,50	350,54	1.308,04
	408.937,72	24.872,72	433.810,44
Programas en los Países			
Control de insectos	43.026,40	14.205,65	57.232,05
Enfermedades venéreas	58.902,70	3.600,63	62.503,33
Enfermedades endemo-epidémicas	92.345,62	21.405,07	113.750,69
Administración de salud pública	29.589,44	82.830,76	112.420,20
Enfermería	6.809,88	12.700,00	19.509,88
Educación sanitaria del público	7.798,18	33,33	7.831,51
Higiene maternoinfantil	1.642,49	1.245,35	2.887,84
Nutrición	7.268,27	578,05	7.846,32
Saneamiento del medio	4.364,65	3.983,49	8.348,14
	251.747,63	140.582,33	392.329,96

Prima de Repatriación	22.404,00	.....	22.404,00
Publicaciones de la OSP			
Publicaciones especiales	2.867,66	10.630,75	13.498,41
Boletín de la OSP	22.432,62	5.939,10	28.371,72
Informe Epidemiológico	1.053,37	8,45	1.061,82
Organo oficial de la AIDIS	1.521,40	.....	1.521,40
	27.875,05	16.578,30	44.453,35
Total—Título III	710.964,40	182.033,35	892.997,75

Resumen de Obligaciones Contraídas Correspondiente al Presupuesto para el Año 1953, del 1^o de Enero al 31 de Diciembre

Título IV

Oficina Sanitaria Panamericana—Otros Gastos

	Liquidado \$	Sin Liquidar \$	Total \$
Amortización de préstamos para la compra de edificios	29.271,54	.....	29.271,54
Licencias pendientes a la terminación de contratos...	26.103,13	766,94	26.870,07
Total—Título IV	55.374,67	766,94	56.141,61
Total—Todos los Títulos	1.657.480,25	266.630,22	1.924.110,47

Resumen de los Gastos de 1953 por Grupos de Egresos

	Organización Sanitaria Panamericana Título I	Oficina Sanitaria Panamericana			Total
		Sede Título II	Programas de Campo y otros Título III	Otros Gastos Título IV	
	\$	\$	\$	\$	\$
Servicios de Personal	78.261,79	553.241,44	317.974,39	26.870,07	976.347,69
Subsidios y Primas	12.080,68	95.239,28	91.723,39	.....	199.043,35
Viajes	17.423,84	49.078,09	118.509,81	.....	185.011,74
Local y equipo	1.721,09	24.834,85	15.697,62	.....	42.253,56
Otros servicios	1.184,78	29.978,37	40.284,43	.....	71.447,58
Suministros y material	9.162,55	21.687,65	66.440,40	.....	97.290,60
Obligaciones fijas y reclamaciones..	.....	69.997,88	12.842,21	.....	82.840,09
Subvenciones y Servicios técnicos por contrata .....	.....	.....	201.983,51	.....	201.983,51
Adquisición de bienes capital.....	52,88	11.025,94	27.541,99	.....	38.620,81
Amortización de préstamos .....	.....	.....	.....	29.271,54	29.271,54
Total	119.887,61	855.083,50	892.997,75	56.141,61	1.924.110,47

ESTADOS DE CUENTAS CORRESPONDIENTES AL AÑO DE 1953

Estado I

Estado de Asignaciones, Obligaciones Contraídas y Saldos sin Atribuir de las Asignaciones, Correspondiente al Año 1953

Título del Presupuesto	Fines de la Asignación	Asignado por el Consejo Directivo	Obligaciones contraídas			Saldos sin atribuir de las asignaciones
			Liquidadas por Desembolsos	Sin liquidar	Total	
I	Organización Sanitaria Panamericana	\$ 144,657,00	\$ 118,811,67	\$ 1,075,94	\$ 119,887,61	\$ 24,769,39
II	Oficina Sanitaria Panamericana—Sede	914,438,00	772,329,51	82,753,99	855,083,50	59,354,50
III	Oficina Sanitaria Panamericana—Programas de campo y otros.....	930,905,00	710,964,40	182,033,35	892,997,75	37,907,25
IV	Oficina Sanitaria Panamericana—Otros gastos	70,000,00	55,374,67	766,94	56,141,61	13,858,39
	Total	2,060,000,00	1,657,480,25	266,630,22	1,924,110,47	185,889,53

Oficina Sanitaria Panamericana
Por el Director

Harry A. Hinderer
Jefe de la División de Administración

El presente estado de cuentas ha sido examinado de acuerdo con mis instrucciones. He obtenido toda la información y las explicaciones que solicité, y certifico, como resultado de dicho examen, que, en mi opinión, el presente estado de cuentas es exacto, sujeto a las observaciones que figuran en mi informe.

Uno Brunskog
Auditor Externo

Estado II

Estado de Ingresos, Egresos y Superávit Correspondiente al Año 1953

Ingresos

Cuotas de los Estados Miembros:		
Sumas recaudadas correspondientes a las cuotas de 1953		\$ 1.743.701,62
Sumas recaudadas por atrasos de años anteriores.....		260.383,30
Cuotas a nombre de territorios no autónomos:		
Sumas recaudadas correspondientes a las cuotas de 1953		4.647,00
Ingresos varios:		
Recargo del 3% en las compras de materiales y equipo	\$ 34.199,29	
Intereses devengados	19.132,45	
Venta de bienes de capital (material antiguo).....	4.768,83	
Venta de publicaciones	355,20	
Servicios de Salud Pública de los EE. UU.:		
Contribución a la administración del Programa de Oncocercosis	1.582,00	
Varios	351,97	60.389,74
<hr/>		
Saldos no invertidos de obligaciones, etc.:		
Asignaciones no invertidas del presupuesto de 1951.....	5.321,90	
Créditos a cargo de egresos de años anteriores	5.242,02	
Saldo no invertido del fondo de reserva para becas en 1953, asignado en virtud de Resolución adoptada en la VI Reunión del Consejo Directivo	4.224,37	14.788,29
		<hr/>
		\$ 2.083.909,95

Egresos

Obligaciones contraídas	1.924.110,47	
Reajuste de los fondos en cruceros, debido a depreciación....	15.710,35	1.939.820,82
		<hr/>

Superávit

Excedente de los ingresos sobre los egresos	\$ 144.089,13
(Pasado a Fondos Especiales, a disposición del Consejo Directivo)	<hr/> <hr/>

Oficina Sanitaria Panamericana
Por el Director

Harry A. Hinderer
Jefe de la División de Administración

El presente estado de cuentas ha sido examinado de acuerdo con mis instrucciones. He obtenido toda la información y las explicaciones que solicité, y certifico, como resultado de dicho examen, que, en mi opinión, el presente estado de cuentas es exacto, sujeto a las observaciones que figuran en mi informe.

Uno Brunskog
Auditor Externo

Estado III
Estado del Activo y del Pasivo en 31 de Diciembre de 1953

Activo	Pasivo	
Fondo General		
Cuotas pendientes de los Estados Miembros (Cuadro A)	Cuota de Chile percibida por adelantado.....	\$ 1.891,34
Menos: Reserva por cuotas no recaudadas	Obligaciones a pagar:	
	Obligaciones sin liquidar correspon-	
	dientes a:	
	Presupuesto de 1953.....	\$266.630,22
	Menos: Pagos en con-	
	cepto de reintegro del	
	impuesto sobre la renta	54.193,09
	Presupuesto de 1952	\$212.437,13
		9.171,00
	Cuentas a pagar:	
	Organización Mundial de la Salud corres-	
	pondiente a cotizaciones para el Fondo	
	de Pensiones y Seguro	8.902,84
	Acreedores varios	301,81
		9.204,65
\$ 665.759,17		
665.759,17		
\$ 2.523,00		
2.523,00		
\$ 17.401,16		
21.825,26		
10.966,70		
6.166,67		
\$ 56.259,79		
\$511.495,00		
511.495,00		
167.140,46		
9.203,87		
\$ 176.344,33		
\$ 232.704,12		
	Fondo de Trabajo	
	Fondo de Trabajo establecido (Cuadro B) ...	\$ 1.200.000,00
		420.000,00
		\$ 1.200.000,00
		\$ 232.704,12
		\$ 1.200.000,00
		\$ 1.200.000,00

	Fondos Especiales
Efectivo en bancos	\$ 301.791,53
Fondo Rotatorio para Compras de Emergencia (Cuadro D)	\$ 50.000,00
Asignación para gastos no presupuestados (Cuadro D)	107.702,40
Superávit en efectivo de 1953, a disposición del Consejo Directivo (Cuadro D)	144.089,13
	<u>\$ 301.791,53</u>

	Fondos Fiduciarios
Efectivo en bancos	\$ 322.286,96
Fondos para compras (Cuadro E)	\$ 228.161,26
Subvenciones (Cuadro F)	\$ 36.813,35
Fondo para primas de repatriación acumu- ladas (Cuadro F)	35.128,00
Fondo de Previsión (Cuadro F)	22.184,35
	<u>\$ 322.286,96</u>

	Asistencia Técnica—Organización de los Estados Americanos
Efectivo en bancos:	
En dólares (EE.UU.)	\$ 45.540,84
En otras divisas	2.366,06
Cuentas pendientes:	
Departamento de Agricultura de EE. UU. \$ 18.243,83	
Varios	437,25
	<u>\$ 66.587,98</u>
Total General	<u>\$ 2.123.370,59</u>

Oficina Sanitaria Panamericana
Por el Director

Harry A. Hinderer
Jefe de la División de Administración

Total General

\$ 66.587,98

\$ 2.123.370,59

El presente estado de cuentas ha sido examinado de acuerdo con mis ins-
trucciones. He obtenido toda la información y las explicaciones que
solicité, y certifico, como resultado de dicho examen, que, en mi opinión
el presente estado de cuentas es exacto, sujeto a las observaciones que
Uno Brunakog
Auditor Externo

Cuadro A—Estado de Cuotas de los Estados Miembros

Estados	Cuotas correspondientes al año 1953			Saldo deudores en 31 de diciembre de 1953, correspondientes a los años anteriores a 1953 (Véase el Anexo I)	Saldo deudores totales en 31 de diciembre de 1953
	Asignación	Recaudado	Saldo deudores		
Argentina	\$ 146,200,00	.....	\$ 146,200,00	\$ 254,442,00	\$ 400,642,00
Bolivia	7,000,00	.....	7,000,00	33,284,91	40,284,91
Brasil	190,800,00	190,800,00	.....	.....	.....
Chile	41,200,00	41,200,00	.....	.....	.....
Colombia	43,400,00	37,901,62	5,498,38	.....	5,498,38
Costa Rica	4,800,00	4,800,00	.....	.....	.....
Cuba	38,800,00	.....	38,800,00	36,336,57	75,136,57
Rep. Dominicana	6,000,00	6,000,00	.....	.....	.....
Ecuador	6,000,00	6,000,00	6,000,00	12,262,23	18,262,23
El Salvador	6,000,00	7,000,00	.....	.....	.....
Guatemala	7,000,00	7,000,00	.....	.....	.....
Haiti	4,800,00	4,800,00	.....	.....	.....
Honduras	4,800,00	4,800,00	.....	.....	.....
México	76,600,00	76,600,00	.....	.....	.....
Nicaragua	4,800,00	.....	4,800,00	.....	4,800,00
Panamá	6,000,00	6,000,00	.....	.....	.....
Paraguay	4,800,00	.....	4,800,00	8,164,00	12,964,00
Perú	23,400,00	.....	23,400,00	44,414,28	67,814,28
Estados Unidos	1,320,000,00	1,320,000,00	.....	.....	.....
Uruguay	19,800,00	.....	19,800,00	20,556,80	40,356,80
Venezuela	37,800,00	37,800,00	.....	.....	.....
	2,000,000,00	1,743,701,62	256,298,38	409,460,79	665,759,17
Estado de Cuotas Asignadas a Nombre de Territorios no Autónomos					
Francia	4,647,00	4,647,00	.....	.....	.....
Países Bajos	2,523,00	.....	2,523,00	.....	2,523,00
Reino Unido	15,000,00	.....	15,000,00	.....	15,000,00
	22,170,00	4,647,00	17,523,00	.....	17,523,000

Anexo I

CUADRO A—Cuotas Atrasadas de los Estados Miembros Correspondientes a los Años Anteriores a 1953

Estados	Año	Saldo deudor en 1° de enero de 1953	Recaudado en 1953	Saldo deudor en 31 de diciembre de 1953	Totales
		\$	\$	\$	\$
Argentina	1948	957,04	957,04	254.442,00
	1949	73.160,00	73.160,00	.....
	1950	79.419,38	79.419,38	.....
	1951	120.703,00	6.400,00	114.303,00	
	1952	140.139,00	.....	140.139,00
Bolivia	1949	2.219,77	2.219,77	33.284,91
	1950	10.851,14	.....	10.851,14
	1951	10.690,00	.....	10.690,00
	1952	9.524,00	.....	9.524,00
Colombia	1952	12.124,98	12.124,98
Cuba	1946	1.911,43	1.911,43	36.336,57
	1947	955,72	.....	955,72
	1948	4.778,58	.....	4.778,58
	1949	330,00	.....	330,00
	1950	371,84	.....	371,84
	1952	27.989,00	.....	27.989,00
Ecuador	1948	779,13	779,13	12.262,23
	1949	8.840,00	8.840,00	.....
	1951	8.358,00	3.092,77	5.265,23	
	1952	6.997,00	.....	6.997,00
Guatemala	1952	6.220,00	6.220,00
México.....	1952	69.390,00	69.390,00
Paraguay	1951	4.082,00	4.082,00	8.164,00
	1952	4.082,00	.....	4.082,00
Perú.....	1950	20.373,09	20.373,09	44.414,28
	1951	1.494,19	.....	1.494,19
	1952	22.547,00	.....	22.547,00
Uruguay	1951	4.618,80	4.618,80	20.556,80
	1952	15.938,00	.....	15.938,00
		669.844,09	260.383,30	409.460,79	409.460,79

Cuadro B—Fondo de Trabajo

Saldo procedente de 1952	\$1.200.000,00
Transacciones durante el año 1953	—
Saldo en 31 de diciembre de 1953	\$1.200.000,00

Cuadro C—Inversiones en 31 de Diciembre de 1953

Descripción	Valor a la par	Costo	Valor en el mercado el 31 de diciembre de 1953
	\$	\$	\$
Títulos de la Deuda del Tesoro de los Estados Unidos de América, vencimiento el 1° de junio de 1954.....	400.000,00	400.000,00	402.125,00
Bonos de Ahorro del Tesoro de los Estados Unidos de América, Serie "G" 2½% vencimiento el 1° de junio de 1954	20.000,00	20.000,00	20.000,00
Total (Inversión de parte del Fondo de Trabajo)	420.000,00	420.000,00	422.125,00

Cuadro D—Fondos Especiales

Nombre y objeto del Fondo	1° de enero de 1953 (Saldo procedente de 1952)	Cantidades percibidas o transferidas en 1953	Total	Pagos efectuados en 1953	Saldo en efectivo el 31 de diciembre de 1953		
					Obligaciones sin liquidar	Sin asignar	Total
<i>Fondo Rotatorio para Compras de Emergencia</i>	\$ 50,000.00	.....	\$ 50,000.00	.....	\$ .....	\$ .....	50,000.00
Asignación en virtud de la resolución adoptada por el Consejo Directivo en su III Reunión, para ser utilizada en la solución inmediata de problemas sanitarios imprevistos							
<i>Asignación para gastos no presupuestados</i>							
Asignación en virtud de la resolución del Consejo Directivo, VI Reunión, para:	132,845.00	.....	132,845.00	114,979.40	2,790.00	15,075.60	17,865.60
Obras en los edificios.....	10,695.00	.....	10,695.00	4,075.15	5,805.00	814.85	6,619.85
Traducción y publicación de una obra sobre administración sanitaria	75,000.00	.....	75,000.00	11,125.74	.....	63,874.26	63,874.26
Programa de erradic. de viruela.....	84,920.00	(4,224.37)	80,695.63	61,352.94	19,342.69	.....	19,342.69
Becas	303,460.00	(4,224.37)	299,235.63	191,533.23	27,937.69	79,764.71	107,702.40
<i>Superávit en efectivo a disposición del Consejo Directivo</i>							
Superávit de 1952	170,728.46	.....	170,728.46	170,728.46	.....	.....	.....
Superávit de 1953	170,728.46	144,089.13	144,089.13	.....	.....	144,089.13	144,089.13
Total—Fondos Especiales	524,188.46	139,864.76	664,053.22	362,261.69	27,937.69	273,853.84	301,791.53

Cuadro E—Fondo para Compras:—Cuadro de Compras Efectuadas por Cuenta de Gobiernos, Instituciones Públicas, etc.

	1° de enero de 1953 (Saldo procedente de 1952)		Cantidades percibidas o transferi- das en 1953	Pagos por suministro, etc. efectua- dos en 1953	Saldo en 31 de diciembre de 1953	
	Sumas adeudadas a la OSP	Depósitos en la OSP			Sumas adeudadas a la OSP	Depósitos en la OSP
	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Argentina	75,69	1.353,90	2.888,50	1.886,97	13,14	2.292,88
Bolivia	8.663,59	.....	.....	.....	8.663,59	.....
Brasil	497,64	469.762,19	612.808,80	906.008,11	483,46	176.548,70
Chile	1.039,90	626,74	42.785,96	41.037,93	719,56	2.054,43
Colombia	3.670,59	4.856,03	15.179,02	18.252,40	1.887,94	.....
Costa Rica	551,97	280,37	4.165,76	3.555,83	.....	338,33
Cuba	3.246,58	407,31	18.604,81	18.407,31	2.641,77	.....
Rep. Dominicana.....	.....	49,80	.....	49,80	.....	.....
Ecuador	667,15	1.444,68	92.653,95	92.960,39	.....	471,09
El Salvador	3.140,47	33.703,04	126.547,23	139.976,24	.....	17.133,56
Guatemala	646,80	254,37	2.175,07	2.084,99	646,80	344,45
Haití .....	.....	56,93	13.340,50	12.724,19	.....	673,24
Honduras .....	.....	12,82	.....	12,82	.....	.....
México	1.278,46	1.460,30	4.222,87	4.070,76	768,14	1.102,09
Nicaragua .....	.....	176,22	18.223,50	18.399,72	.....	.....
Panamá	1.687,68	18.441,65	37.125,72	44.358,80	.....	9.520,89
Paraguay	204,74	11.905,13	569,45	5.053,13	96,83	7.313,54
Perú .....	.....	13.668,58	20,50	7.188,63	.....	6.500,45
Estados Unidos	58,78	.....	215,94	157,16	.....	.....
Uruguay	1.642,37	3.290,09	16.040,78	15.976,59	1.128,33	2.840,24
Venezuela	3.428,38	5.998,50	4.215,51	6.785,63	.....	.....
Antillas Holandesas	62,22	.....	62,22	.....	.....	.....
Surinam	127,13	470,96	127,13	470,96	.....	.....
Bermuda .....	.....	26,94	.....	26,94	.....	.....
Tailandia .....	.....	409,50	.....	409,50	.....	.....
Empleados	523,25	6.057,14	19.883,63	24.396,69	6,54	1.027,37
Ventas antígenos.....	2.682,06	.....	3.284,34	947,34	345,06	.....
Asociación Inter- Americana de In- geniería Sanitaria	.....	262,39	(262,39)	.....	.....	.....
	33.895,45	574.975,58	1.034.878,80	1.365.198,83	17.401,16	228.161,26

Cuadro F.—Fondos Fiduciarios:—Subvenciones—Fondo para Primas de Repatriación
Acumuladas—Fondo de Previsión

Nombre y objeto del Fondo	1° de enero de 1953 (Saldo procedente de 1952)	Cantidades percibidas o transferidas en 1953	Total	Pagos efectuados en 1953	Saldo en efectivo el 31 de diciembre de 1953		
					Obligaciones sin liquidar	Sin Asignar	Total
<i>Subvenciones</i>	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
<i>Gobiernos de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá</i>							
Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá	34,100,33	50,000,00	84,100,33	66,766,93	7,340,63	9,992,77	17,333,40
Proyecto conjunto de la OSP y de los países interesados para el desarrollo de la ciencia de la nutrición y su aplicación en las Repúblicas de Centro América y Panamá.....							
<i>Fundación Kellogg</i>							
Sección de Nutrición							
Para ayudar a desarrollar una Sección de Nutrición en la Oficina Sanitaria Panamericana							
Julio 1951—Junio 1952.....	1,121,42	(1,121,42) ¹	.....	.....	.....	.....	.....
Julio 1952—Junio 1953.....	8,279,18	1,121,42	9,400,60	8,962,18	.....	418,42	418,42
Equipo de laboratorio para INCAP.....	.....	10,000,00	10,000,00	5,654,63	1,071,20	3,274,17	4,345,37
Libros, equipo y suministros para el INCAP	12,017,95	.....	12,017,95	10,885,27	.....	442,41	1,132,68
Instituto de Nutrición del Ecuador.....	635,12	.....	635,12	44,44	289,00	301,68	590,68
Para proporcionar equipo y obras científicas al Laboratorio Bromatológico del Instituto							

Notas: ¹Saldo de \$1,121,42 de la subvención para el ejercicio 1951/52, transferido a la subvención para 1952/53.

Cuadro F.—Fondos Fiduciarios:—Subvenciones—Fondo para Primas de Repatriación
Acumuladas—Fondo de Previsión (Continuación)

Nombre y objeto del Fondo	1° de enero de 1953 (Saldo procedente de 1952)	Cantidades percibidas o transferidas en 1953	Total	Pagos efectuados en 1953	Saldo en efectivo el 31 de diciembre de 1953		
					Obligaciones sin liquidar	Sin Asignar	Total
<i>Subvenciones</i>	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Encuesta de Turrialba Para ayudar al estudio de la sociología rural en Turrialba, Costa Rica	128,07	.....	128,07	.....	128,07	.....	128,07
<i>Merck y Cía., National Vitamin Foundation, E. R. Squibb and Sons, y Lederle Inc.</i>							
Proyecto de Proteína Vegetal..... Estudio de la Proteína Vegetal completada con vitamina sintética B ₁₂	6.771,13	14.500,00	21.271,13	13.831,92	7.370,83	68,38	7.439,21
<i>Fundación de Nutrición</i>							
Proyecto de la Fundación de Nutrición Fondo para aparatos especiales y subvención para estudios de un experto en nutrición	1.009,55	3.500,00	4.509,55	2.865,24	1.422,41	221,90	1.644,31
<i>Gobierno de Guatemala</i>							
Instituto para el Fomento de la Producción Para promover el aumento de producción de variedades de maíz de mejor calidad	(154,75)	.....	(154,75)	(154,75) *	.....	.....	.....

<i>Servicios de Salud Pública de los Estados Unidos</i>	Subvención para el estudio de la oncocercosis y su vector, la mosca Simulium	9,670,60	(8,470,60) *	1,200,00	1,200,00	.....	.....	.....	.....
	Julio 1951—junio 1952.....	4,280,50	21,350,00	25,630,50	23,644,18	.....	.....	.....	1,986,32
<i>Research Corp.—Williams-Waterman Funds</i>	Terminación de la encuesta dietética en Centro América—1950.....	.....	1,768,80	1,768,80	1,768,80	.....	.....	.....	.....
	<i>Gorgas Memorial Institute of Tropical Preventive Medicine</i>	Estudio de la fiebre amarilla selvática en Centro América y México	13,685,28	13,685,28	11,890,39	.....	.....	.....	1,794,89
<i>Fondo para Primas de Repatriación Acumuladas</i>	Total—Subvenciones	77,859,10	106,333,48	184,192,53	147,379,23	.....	9,681,38	.....	96,813,35
	<i>Fondo de Previsión</i>	14,664,06	35,128,00	35,128,00	.....	.....	.....	.....	35,128,00
Total—Subvenciones—Fondo para Primas de Repatriación Acumuladas y Fondo de Previsión.....		92,523,16	14,627,54	29,291,60	7,107,25	.....	.....	.....	22,184,35
			156,069,02	248,612,18	154,486,48	.....	9,681,38	.....	84,444,32
* Suma de \$154,75 de gastos en exceso de la subvención pagada por el INCAP e incluida en la cifra de \$66,766,93.									
* Saldo de \$8,470,60 de la subvención para el ejercicio 1951-52, transferido a la subvención para 1952-53.									

Cuadro C—Asistencia Técnica:—(Organización de los Estados Americanos)

	1° de enero de 1953 (Saldo procedente de 1952)	Cantidades percibidas o transferidas en 1953	Total	Pagos efectuados 1953	Saldo en efectivo el 31 de diciembre de 1953		
					Obligaciones sin liquidar	Sin Asignar	Total
Centro Panamericano de Fiebre Afetosa—1951	\$ 29,729,67	(29,729,67)	.....	.....	\$ .....	\$ .....	\$ .....
..... 1952	56,305,52	(19,405,16)	36,900,36	25,871,17	.....	11,029,19	11,029,19
..... 1953	.....	272,693,26	272,693,26 ¹	217,386,91	50,071,71	5,284,64	55,356,35
Seminario de Enfermería—1951	50,63	(50,63)	.....	.....	.....	.....	.....
Administración—1952	267,76	1,359,24	1,627,00	1,543,92	.....	83,08	83,08
Total	86,353,58	224,867,04	311,220,62	244,752,00	50,071,71	16,396,91	66,468,62 ²

¹ Incluyendo \$310,18 de intereses	
*Riggs National Bank (EE.UU.)	\$ 45,540,84
Banco do Brasil, (cruceros)	\$ 2,366,06
Cuentas a cobrar	\$ 437,25
Depto. de Agricultura	\$ 18,243,83
Cuentas a pagar	\$ 66,587,98
	119,36
	<u>\$ 66,468,62</u>

INFORME DEL AUDITOR EXTERNO CORRESPONDIENTE A 1953

Washington, D. C., 18 de febrero de 1954.

Señor Presidente:

Tengo el honor de remitirle los estados de cuentas de la Oficina Sanitaria Panamericana, presentados por el Director y correspondientes al ejercicio económico de 1^o de enero al 31 de diciembre de 1953. Dichos estados de cuentas han sido examinados por mí, junto con la documentación de la Oficina, de conformidad con el Artículo XII del Reglamento Financiero, que define el alcance de la comprobación y están certificados por la presente.

De acuerdo con el Reglamento Financiero, tengo el honor de presentar mi informe correspondiente al ejercicio económico antes mencionado.

Tengo el honor de suscribirme,

De usted muy atento y seguro servidor,

UNO BRUNSKOG
Auditor Externo

Sr. Presidente del
Consejo Directivo de la
Organización Sanitaria Panamericana

**Informe del Auditor Externo sobre la Comprobación de las Cuentas
de la Oficina Sanitaria Panamericana Correspondientes
al Ejercicio Económico de 1953.**

- (1) En virtud de mi nombramiento de Auditor Externo, de conformidad con el párrafo 12.1 del Artículo XII del Reglamento Financiero de la Oficina Sanitaria Panamericana, he examinado las cuentas de la Oficina correspondientes al ejercicio económico de 1953, teniendo debidamente en cuenta las disposiciones relativas al alcance de la comprobación tal como se determina en el Artículo XII Reglamento Financiero, y tengo el honor de presentar el siguiente informe, junto con las cuentas que me presentó el Director.
- (2) Se expiden certificaciones de intervención, sujetas a las observaciones contenidas en este informe, para los siguientes estados de cuentas de la Oficina Sanitaria Panamericana:
- (a) Estado de Asignaciones, Obligaciones contraídas y Saldos sin atribuir de las Asignaciones, correspondiente al año 1953;
 - (b) Estado de Ingresos, Egresos y Superávit correspondiente al año 1953;
 - (c) Estado del Activo y del Pasivo en 31 de diciembre de 1953.

Egresos

- (3) Las actividades de la Oficina pueden evaluarse, hasta cierto punto, de acuerdo con los gastos de un año. En el siguiente estado se indican los gastos correspondientes a los años 1952 y 1953 atendidos con los diversos fondos a disposición de la Oficina:

	1952	1953
	\$	\$
Presupuesto Ordinario	1.749.738	1.924.110
Asistencia Técnica—Organización de los Estados Americanos	211.990	244.752
Otros Fondos	158.957	509.641
	2.120.685	2.678.503
Compras por cuenta de los Gobiernos	3.072.022	1.365.199
	5.192.707	4.043.702

- (4) Como puede verse en la relación que figura en el párrafo 3, las actividades de la Oficina, con excepción de las compras por cuenta de los Gobiernos, acusan un marcado aumento. A consecuencia de haberse mitigado la reglamentación en vigor por parte de la Oficina de Comercio Internacional del

Departamento de Comercio de los Estados Unidos, los propios países pudieron obtener, a partir de mediados de 1952, permisos de exportación de DDT en los Estados Unidos de América. Por esta razón, las órdenes de compra de DDT despachadas por la Oficina registraron de 1952 a 1953 una disminución de \$2.967.478. Pero en enero de 1954 se ha observado un considerable aumento en las compras por cuenta de los Gobiernos.

- (5) El Presupuesto de la Oficina, aprobado por el Consejo Directivo, aumentó de 1952 a 1953 en \$86.319. Los pagos del presupuesto acusaron un aumento de \$174.372, dejando una economía en 1953 en el saldo sin atribuir de las asignaciones de \$135.889, que representa el 6,6% del presupuesto total. En 1952 las cifras correspondientes fueron \$232.942 y 11,3%, respectivamente. De estas cifras se deduce que en 1953 se ha hecho una mejor utilización de las asignaciones presupuestadas, en comparación con el año anterior.
- (6) Se puede señalar que en 1953 se efectuaron pagos por la suma de \$362.261 con fondos (Cuadro D) puestos a disposición del Director. En realidad, estos pagos tienen el mismo carácter que los gastos presupuestados corrientes.

En el Estado II aparece, bajo el epígrafe "Egresos", una partida de \$15.710 por concepto de ajuste de los fondos en cruceros, debido a depreciación. Este egreso representa una pérdida neta en el cambio, para la que no se había incluido asignación alguna en el presupuesto. Este ajuste puede explicarse en los siguientes términos:

El 1º de enero de 1953 el cambio para los cruceros se aumentó, a efectos contables, de 20 a 18,50 cruceros por dólar (EE.UU.) arrojando un beneficio en el cambio de \$3.195. El 1º de marzo de 1953 dicho cambio se redujo a 40 cruceros por dólar (EE.UU.), lo que representó una pérdida de \$18.905. La pérdida neta de estas modificaciones en el cambio fijado para los cruceros, a efectos contables, se mantuvo, al parecer, en la suma de \$15.710. Esta cantidad no está incluida en la relación que aparece en el párrafo 3.

- (7) El Reglamento del Personal estipula que los miembros del personal que hayan prestado dos o más años de servicio a tiempo completo en la Oficina, en un puesto oficial establecido fuera del país de su procedencia, tendrán derecho a una prima de repatriación al abandonar la Oficina por cualquier motivo que no sea por despido motivado por falta grave de conducta.

El importe de las obligaciones de la Oficina por este concepto, el 31 de diciembre de 1953, se ha calculado en \$35.128. Esta cantidad se acreditó a un fondo de reserva, cargándose al presupuesto para 1953.

En 1953, sólo se acumuló una parte de estas obligaciones y, por consiguiente, se ha cargado al presupuesto el importe de las obligaciones por este concepto acumuladas en años anteriores.

Sin embargo, como es indudable que existe esta obligación por parte de la Oficina, hay que considerar que el establecimiento de un fondo de reserva para este objeto responde a una buena práctica financiera.

Ingresos presupuestarios

- (8) Los ingresos en 1953, comparados con los correspondientes a 1952, fueron los siguientes:

	1952	1953
	\$	\$
Cuotas recaudadas de los Estados Miembros.....	1.901.451	2.004.085
3% de comisión en las compras por cuenta de los Gobiernos	80.055	34.199
Otros Ingresos	47.485	45.626
	<u>2.028.991</u>	<u>2.083.910</u>
Ingresos acreditados directamente al Fondo de Trabajo	26.432	—
Total	<u>2.055.423</u>	<u>2.083.910</u>

- (9) En el cuadro siguiente figuran las sumas recibidas en 1953 en concepto de cuotas ordinarias. A los fines de comparación, se incluyen también las cifras correspondientes a los años 1951 y 1952.

	Cuotas asignadas	Recaudación de cuotas anuales		Recaudación de cuotas atrasadas	Total de la Recaudación de cuotas anuales y atrasos	
	\$	\$	%	\$	\$	%
1953	2.000.000	1.743.702	87,18	260.383	2.004.085	100,20
1952	1.943.681	1.628.730	84,00	272.721	1.901.451	97,87
1951	1.943.681	1.748.627	89,97	165.855	1.914.482	98,54

Como puede verse en el cuadro precedente, se ha registrado un ligero aumento en el porcentaje de cuotas recibidas en 1953.

De los atrasos recaudados en 1953, que ascendieron a \$260.383, la suma de \$159.936 se recibió de la Argentina. Sin embargo, el Cuadro A muestra que de un total de \$665.759 de cuotas adeudadas, la Argentina tiene todavía pendiente de pago la cantidad de \$400.642.

- (10) Es evidente que, desde el punto de vista financiero, debe evitarse un déficit en efectivo. Pero he de subrayar que la administración financiera de la Oficina se encuentra ante una situación difícil, para llevar a cabo sus objetivos en la forma establecida en el presupuesto, si no se recaudan las cuotas. El cuadro siguiente permite apreciar la situación en este aspecto.

	Obligaciones contraídas	Recaudación de Cuotas anuales	Total de la recaudación de Cuotas anuales y atrasos
	Millares de dólares	Millares de dólares	Millares de dólares
1953.....	1.924	1.744	2.004
1952.....	1.750	1.629	1.901

Las cuotas anuales recaudadas en 1952 y 1953 fueron insuficientes para financiar los gastos presupuestados. En el año 1953 hubo incluso una diferencia de \$180.000. Gracias a la recaudación de atrasos se han podido cubrir los gastos. Pero si los atrasos se recaudan en los últimos meses del año, la Oficina no tiene posibilidad de llevar a cabo el programa establecido en el presupuesto votado.

Me veo obligado a poner de relieve que el pago puntual de las cuotas es en factor de importancia fundamental para la Oficina. ¿Qué ocurriría si, por cualquier razón, el mayor contribuyente no pagara un año su cuota?

Superávit en efectivo en 1953

- (11) Como aparece en el Estado II, el superávit en efectivo en 1953 se eleva a \$144.089, que representa el 6,9% del total del presupuesto, comparado con un superávit en efectivo de \$279.253 ó 14,1% del presupuesto, en el ejercicio económico anterior. Hay que tener en cuenta que el superávit en efectivo en 1953 se debe principalmente a la recaudación de cuotas atrasadas de los Estados Miembros.

Visitas a las Oficinas de Zona

- (12) En enero de 1954, visité las Oficinas de Zona de México y Guatemala con el objeto de estudiar especialmente la forma en que se desarrolla en la práctica el plan de descentralización y para ver si existía duplicación de trabajo, en el aspecto administrativo o técnico, entre la Sede y las Oficinas de Zona. Tengo la satisfacción de poder informar que, de hecho, parece que existe muy poca duplicación de trabajo.
- (13) En 1953, se adoptaron las primeras medidas para implantar un nuevo sistema de contabilidad en las Oficinas de Zona. Funciona en forma satisfactoria, pero no permite a los Representantes de Zona desarrollar plenamente sus responsabilidades en relación con los créditos que se les asignan. Tengo entendido que la descentralización en materia de control de los créditos se efectuará tan pronto como se haya decidido el sistema a adoptar. A este respecto, estimo que para poder delimitar las responsabilidades entre la Sede y las Oficinas de Zona será necesario, tarde o temprano, establecer un sistema de comprobantes entre las Oficinas. No me satisface este sistema, pero en las actuales Oficinas de Zona situadas en diferentes países y dotadas de considerables atribuciones, estimo necesario implantar un sistema de este tipo, aunque ello represente un ligero aumento de trabajo en la Sede.
- (14) Las Oficinas de Zona están constituidas todas ellas en forma similar. Están organizadas en plan de equipo que atiende a los intereses de la Oficina en las diferentes Zonas. La plantilla de personal en las Oficinas de Zona es relativamente restringida, por lo que es necesario que exista entre los empleados espíritu de equipo para poder llevar a cabo las funciones de la Oficina. A este respecto, la situación en la Oficina de México es satisfactoria.
- (15) En los últimos días de 1953, un escribiente de la Oficina de Zona de Guatemala no acudió al trabajo. Estaba encargado de la caja para atender gastos

menores de la Oficina, del fondo rotatorio en dólares (EE.UU.), de una cuenta de ventas y del almacén. Al comprobar los fondos en efectivo y las existencias del almacén, la Oficina de Zona descubrió que faltaban los siguientes fondos y artículos:

En efectivo:	\$ 558,25
3 Microscopios, por un valor de inventario de	1.000,00
1 Máquina de escribir, por un valor de inventario de	80,00

Se puso en conocimiento de la policía el robo cometido.

Como estos casos están cubiertos por una póliza de seguro general, se confía que las cantidades citadas serán reembolsadas a la Oficina.

Debe señalarse que la caja para gastos menores, el Fondo rotatorio en dólares (EE.UU.), y la cuenta de ventas no habían sido verificados por el supervisor del escribiente desde octubre de 1953. Esa comprobación debe considerarse que forma parte de las funciones corrientes del supervisor.

Edificios

- (16) Durante el año 1953, se ha invertido en los edificios de Washington la suma de \$117.769, que se descompone como sigue:

	"Hitt House"	"Blodgett House"	Total
	\$	\$	\$
Inversiones el 1° de febrero de 1953	244.039	149.687	393.726
Inversiones en 1953:			
Obras de reforma	11.867	17.971	29.838
Sistema de aire acondicionado	34.000	34.000	68.000
Nuevo ascensor	19.931	—	19.931
	65.798	51.971	117.769
Total inversiones el 31 de diciembre de 1953	309.837	201.658	511.495

En el total de \$117.769 se incluye la suma de \$2.790 correspondiente a obligaciones sin liquidar. La cantidad restante, es decir, \$114.979, se ha cargado al Fondo especial para obras en los edificios, creado en virtud de la Resolución adoptada en la VI Reunión del Consejo Directivo (véase Cuadro D). De acuerdo con una decisión adoptada por el Consejo Directivo, el saldo de este Fondo, \$17.865, ha sido asignado para atender los gastos de conservación y reparaciones de los edificios de la Sede, que se originen a partir del 31 de diciembre de 1953.

- (17) Los edificios "Hitt" y "Blodgett", en los que están establecidas las oficinas de la Sede, fueron adquiridos en 1951 por la cantidad de \$300.000. Esta compra se llevó a cabo con préstamos concedidos por la Fundación Rockefeller y la Fundación W. K. Kellogg, sujetos a reembolso en el término de seis años. En los años 1951 y 1952 se abonó a cada una de estas Fundaciones la suma de \$50.000 quedando un saldo pendiente de \$200.000.

En virtud de la resolución adoptada por el Consejo Directivo en su VII Reunión, se autorizó al Director a aplicar el superávit en efectivo de 1952, que ascendía a \$170.728, al reembolso de los préstamos. La suma restante, \$29.272, se cargó al presupuesto para 1953.

- (18) Deben encomiarse las decisiones adoptadas por el Consejo Directivo, mencionadas en los párrafos 16 y 17, que han dado por resultado el que la Oficina disponga de instalaciones, suficientes y modernas de su propiedad, por lo menos, para el próximo futuro.

Fondo de Trabajo

- (19) El Fondo de Trabajo ascendía en 1º de enero de 1953 a \$1.200.000. En su VII Reunión, el Consejo Directivo acordó estabilizar el Fondo para el año 1954 al mismo nivel, es decir, en la cantidad de \$1.200.000.

Las disposiciones vigentes estipulan que el efectivo que exceda del importe de las obligaciones debe acreditarse al Fondo de Trabajo hasta la suma necesaria para completar dicho Fondo. Ahora bien, como el Fondo había ya alcanzado en 1953 el nivel correspondiente a 1954, la disposición antes mencionada ha sido interpretada en tal forma que el superávit en efectivo, como puede verse en el Estado II, ha sido asignado a un Fondo Especial a disposición del Consejo Directivo. Recomiendo el método empleado, que considero acertado.

Compras por Cuenta de los Gobiernos

- (20) Como ya se ha señalado en el párrafo 4, el volumen de las compras por cuenta de los Gobiernos disminuyó en 1953. También se indica en dicho párrafo la razón de esta disminución.

Un examen de las cuentas de compras para los Gobiernos reveló que en 31 de diciembre de 1953 se adeudaban a la Oficina las siguientes sumas, pendientes desde hace mucho tiempo:

		\$	Desde
Bolivia	Ministerio de Higiene	8.663	1949
Brasil	Servicio de la Fiebre Amarilla.....	483	1952
Cuba	Ministerio de Salubridad	2.641	1949
Guatemala	Ministerio de Salud Pública	646	1950
México	Proveeduría de Medicina	768	1947
Paraguay	Hospital de Clínicas	96	1952
Uruguay	Embajada del Uruguay	1.123	1950/52

El Director ha realizado gestiones, repetidas veces, cerca de los organismos interesados, sin resultado alguno.

Inventario

- (21) Me ha sido sometida una relación del inventario que se encontraba en la Sede el 31 de diciembre de 1953. A los fines de comparación, en la siguiente

relación se incluyen también las cifras correspondientes al inventario de 1952:

	1952	1953
	\$	\$
Máquinas de escribir	24.162	23.880
Máquinas de sumar	2.813	2.813
Máquinas de calcular	1.248	1.248
Otras máquinas de oficina	6.187	6.377
Equipo de dictáfono	7.063	7.582
Automóviles	2.000	4.025
Mobiliario	40.249	41.011
Archivadores y estantes	17.051	18.715
Equipo médico	3.128	3.126
Equipo de reproducción	13.258	14.995 ¹
Equipo de cartografía y dibujo	5.273	5.517
Otros varios	6.951	6.308
Total	129.383	135.597
Material de oficina	2.357	5.225
Total General	131.740	140.822

Las comprobaciones efectuadas indicaron que esta relación es exacta.

- (22) En 1953, se implantó un nuevo sistema de registro de los bienes de inventario en las Zonas. Ha habido un notable mejoramiento en el control de los bienes de inventario. Sin embargo, todavía no se han recibido en la Sede muchas de las relaciones de bienes de inventario correspondientes a los programas de campo.

Observaciones Generales

- (23) Deseo hacer constar que los documentos contables han sido examinados en la medida que he considerado necesaria para mi satisfacción. He inspeccionado el sistema de contabilidad y los métodos de fiscalización interna de la Oficina. Aunque todavía están en una fase de desarrollo, en 1953, se ha registrado una notable mejora.
- (24) Resumiendo mis tres años de experiencia como Auditor Externo de las cuentas de la Oficina, deseo hacer constar lo siguiente:
- La Oficina se ha convertido en esos tres años en una organización internacional que cuenta con una buena situación financiera;
 - Las funciones de la Oficina han quedado divididas entre la Sede y las Oficinas establecidas en el extranjero, de tal manera que la estructura de la Oficina puede mantenerse en el futuro con aquellos pequeños ajustes que aconseje la experiencia adquirida;
 - A diferencia de la situación poco satisfactoria que encontré al asumir por primera vez estas funciones, ahora la administración se ha arraigado, ha

¹ Incluye las máquinas "Varityper" que antes figuraban en la partida de máquinas de escribir.

fijado sus normas orgánicas, ha introducido mejores procedimientos y métodos de control y se ha estabilizado. A pesar del rápido aumento del volumen de trabajo, la plantilla de personal de la División de Administración se ha reducido de 129 puestos en 1951 a 113 en 1952, y para fines de 1953 disminuirá a 99 puestos con nuevas posibles reducciones en el futuro; y

- (d) Es cierto que todavía no se ha alcanzado el objetivo final, si es que éste puede alcanzarse en realidad en una administración, pero se desenvuelve siguiendo una buena dirección.

Los funcionarios de la Oficina me dieron facilidades para la inspección, y me es grato declarar que me fué prestada toda la asistencia necesaria del modo más amable, por todo lo cual expreso mi agradecimiento.

UNO BRUNSKOC
Auditor Externo

Washington, D. C.
18 de febrero de 1954

**INFORME SOBRE LA PARTICIPACION FINANCIERA DE FRANCIA, LOS
PAISES BAJOS Y EL REINO UNIDO, A NOMBRE DE SUS TERRITORIOS
EN LA REGION DE LAS AMERICAS, EN EL PRESUPUESTO DE LA
ORGANIZACION SANITARIA PANAMERICANA**

(Documento CSP14/16)

El Consejo Directivo, en su V Reunión, adoptó la Resolución XL sobre este tema, que dice:

CONSIDERANDO:

Que en el curso de su V Reunión aprobó una resolución recomendando *inter alia* que se conceda derecho de voto en asuntos presupuestarios de la Organización Sanitaria Panamericana a los Estados representantes de territorios sin gobierno propio, a condición de que ese derecho de voto se halle sujeto a que aporten una contribución equitativa al Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

(1) Encomendar al Director que se computen las contribuciones anuales con respecto a los territorios de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido, en el Hemisferio Occidental, sobre las bases siguientes:

(a) para cada grupo de territorios se elegirá como base de cómputo, al Estado Miembro cuya capacidad de pago ofrezca mejor término de comparación con la del grupo;

(b) la cantidad asignada al Estado Miembro que ofrezca el mejor término de comparación se dividirá por su población total;

(c) la cantidad asignada *per cápita* al Estado Miembro, elegido como base de comparación (inciso b), se multiplicará por la población total de los grupos de territorios respectivos, y la suma que resulte será la que corresponda como contribución al grupo.

(2) Encomendar al Director que consulte con cada uno de los Estados Representantes, en cuanto a la selección del Estado Miembro cuya capacidad de pago ofrece la mejor base de comparación para el grupo de territorios por ellos representado.

(3) Encomendar al Director que informe anualmente al Comité Ejecutivo sobre la forma en que se eligió al Estado Miembro que ofrece la mejor base de comparación.

De conformidad con lo dispuesto en la precedente resolución, el Director presentó un informe sobre esta materia (Documento CE22/12) a la 22a Reunión del Comité Ejecutivo, el cual adoptó la siguiente Resolución XIII, que dice:

EL COMITE EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe que de acuerdo con la Resolución XL adoptada por el Consejo Directivo en su V Reunión ha presentado el Director (Documento CE22/12),

RESUELVE:

Tomar nota del informe presentado por el Director sobre la participación financiera de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido a nombre de sus territorios en la Región de las Américas, en el Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana."

Por consiguiente, el Director tiene el honor de transmitir respetuosamente a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, para su información, el informe antes citado.

La Conferencia puede tener a bien considerar un proyecto de resolución concebido en los siguientes o parecidos términos:

Proyecto de Resolución

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

Habiendo examinado las disposiciones de la Resolución XL adoptada por el Consejo Directivo en su V Reunión, y

Teniendo en cuenta el informe (Documento CE22/12) presentado por el Director a la 22a Reunión del Comité Ejecutivo, de acuerdo con la resolución antes mencionada, y la decisión adoptada por el Comité sobre esta materia (Resolución XIII),

RESUELVE:

(1) Tomar nota del Informe del Director sobre la participación financiera de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido, a nombre de sus territorios en la Región de las Américas, en el presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana.

(2) Encomendar al Director que en lo sucesivo presente informes sobre esta materia al Comité Ejecutivo solamente cuando las circunstancias así lo requieran.

El Documento CE22/12 de la 22a Reunión del Comité Ejecutivo, sobre este tema, dice así:

De acuerdo con la Resolución XL, adoptada por el Consejo Directivo en su V Reunión, el Director tiene el honor de someter a la consideración del Comité Ejecutivo, el siguiente informe relativo a la contribución anual al presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana, con respecto a los territorios de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido.

Se recordará que la resolución antes citada dispone que para cada grupo de territorios se elegirá, como base de cómputo, al Estado Miembro que ofrezca mejor término de comparación y que la cantidad "per cápita" asignada a dicho Estado

se multiplique por la población del respectivo grupo de territorios para fijar así la contribución que la corresponda.

A los fines de determinar la comparabilidad de acuerdo con el procedimiento estipulado por el Consejo Directivo, se tuvieron en cuenta los siguientes factores: población total, superficie en kilómetros cuadrados, renta nacional, volumen de las exportaciones e importaciones y tierras utilizables.

Se emplearon en el estudio las estadísticas correspondientes a 1948, puesto que era el único año en que se disponía de cifras publicadas de todos los países y territorios. Se consultaron numerosas publicaciones estadísticas, el Fondo Monetario Internacional facilitó datos y además, se trató de las cuestión con funcionarios del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Fondo Monetario Internacional y Unión Panamericana.

De acuerdo con los factores antes mencionados y con la información disponible, se determinó que el Estado Miembro que ofrecía mejor término de comparación con los territorios de Francia era Panamá y, por lo tanto, el importe de la contribución de Francia se fijó sobre esta base.

Para la contribución de los territorios de los Países Bajos, se determinó que el Estado Miembro que ofrecía mejor término de comparación era Cuba.

En cuanto a los territorios del Reino Unido, no se pudo encontrar un Estado Miembro que sirviera de comparación adecuada. En vista de ello, el Director tuvo que entablar negociaciones con el Gobierno del Reino Unido, con el objeto de determinar una cantidad que fuera aceptable. Como resultado de negociaciones, por correspondencia y visitas personales, se acordó finalmente considerar como aceptable la suma de \$15.000 para 1953. Ahora bien, quedó entendido que esta cantidad no sería necesariamente fija, sino que estaría sujeta a los aumentos y disminuciones que pueda experimentar en el futuro el presupuesto global de la Organización.

A los fines de información del Comité Ejecutivo, a continuación figura una relación estadística de la participación financiera en el Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana, hasta el año en curso, de los Gobiernos de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido.

	Contribución asignada (dólares)	Situación
Francia		
1950	3.276,25	Pagada
1951	3.276,25	Pagada
1952	3.462,00	Pagada
1953	4.647,00	Pagada
1954	4.647,00	Pendiente de pago
Países Bajos		
1951	1.500,00	Pagada
1952	1.821,00	Pagada
1953	2.523,00	Pagada
1954	2.695,00	Pendiente de pago
Reino Unido		
1953	15.000,00	Pagada
1954	15.000,00	Pendiente de pago

**ESTIPENDIOS PAGADOS A LOS BECARIOS DE LA OFICINA
SANITARIA PANAMERICANA**

(Documento CSP14/35)

Se presenta adjunto a la Conferencia el documento sobre este tema (Documento CE23/6), que fué sometido a la 23a. Reunión del Comité Ejecutivo como punto 7 de su programa de temas.

La Resolución VI adoptada por el Comité Ejecutivo en su 23a Reunión dice así:

EL COMITE EJECUTIVO,

Habiendo examinado el Documento CE23/6 presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, como Tema 7 de la 23a Reunión del Comité Ejecutivo: "Estipendios pagados a los becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana", y reconociendo que el tema ha sido minuciosamente estudiado, poniéndose de relieve la dificultad existente para tomar en cuenta los factores diversos que se presentan en el otorgamiento y aplicación de las becas,

RESUELVE:

(1) Encargar al Director: (a) que continúe estudiando la posibilidad de establecer clasificaciones en las becas, señalando remuneraciones diversas, después de consultar a las organizaciones nacionales e internacionales interesadas; y (b) que si las conclusiones de estos estudios así lo justificaran las incluya en un Proyecto de Reglamento General de Becas, en el que se determinen, además, las condiciones y exigencias básicas para la concesión de becas, las que deberán tener suficiente elasticidad para que sean aplicables dentro de los Países Miembros.

(2) Encomendar al Director que presente este Reglamento a la 25a Reunión del Comité Ejecutivo.

**El Documento CE23/6 de la 23a Reunión del Comité Ejecutivo,
sobre el tema, dice así:**

Después de haber examinado el Documento CE23/20 presentado por el señor Representante de la República Argentina e incluido como Tema 21 en el programa de su 22a Reunión, el Comité Ejecutivo adoptó la Resolución XIV, que dice:

EL COMITE EJECUTIVO,

Teniendo en cuenta la situación expuesta por el señor Representante de la República Argentina en relación al importe de las becas concedidas por la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento CE22/20),

RESUELVE:

Encargar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana la presentación a la próxima Reunión del Comité Ejecutivo de un informe sobre las cuotas que reciben los becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana.

La Organización concede prioridad preferente, entre sus actividades, a la colaboración con los Gobiernos Miembros en el campo de la educación y adiestramiento de personal médico y de salud pública. Una de las formas en que se desarrolla esta colaboración consiste en un amplio programa de becas. Los compromisos financieros de la Oficina en relación a estas becas comprenden tres

aspectos, a saber: (1) el costo de la instrucción que ha de pagarse a la institución docente, en nombre del becario; (2) el costo de los viajes del becario a la institución y a los lugares donde ha de recibir adiestramiento, y (3) el costo del mantenimiento personal del propio becario.

Para atender al costo de la instrucción, la Oficina apenas tiene opción y acepta la responsabilidad del pago de los derechos de matrícula corrientes fijados por las instituciones para todos los estudiantes. Estos derechos varían considerablemente entre los países, e incluso dentro de un mismo país, desde instituciones que no exigen pago alguno de derechos hasta las que fijan cantidades que llegan hasta \$1.250 al año.

Las asignaciones para viajes, tanto internacionales como dentro del país, en que el becario cursa sus estudios, responden a las condiciones corrientes, teniendo debidamente en cuenta los aspectos de seguridad, rapidez y comodidad. Se ha estimado que los medios que mejor responden a esas condiciones son los servicios llamados de clase turista, si se dispone de ellos, o los servicios ordinarios de las líneas aéreas comerciales u otros medios de transporte en condiciones semejantes, cuando no se dispone de servicio aéreo o no resulta práctico realizar el viaje por esa vía.

En relación al tercer aspecto, "costo del mantenimiento personal", el principio que se sigue está basado en el Reglamento de Becas de la OMS/OSP, que establece lo siguiente:

El estipendio que recibe el becario no es un sueldo ni representa el pago de honorarios; es una subvención para atender al costo de la habitación, alimentación y gastos menores, que se paga al becario durante su asignación oficial para realizar estudios en el extranjero. No se supone que ha de cubrir los gastos ordinarios del becario o de su familia en su país y, por lo tanto, no debe considerarse que sustituye a cualquier sueldo pagado al becario en dicho país.

Las becas se conceden a solicitud de los Gobiernos Miembros, cuyo Ministro o Director de Salud Pública expide el siguiente certificado:

Los estudios que han de realizarse con esta beca son necesarios para el fortalecimiento de los Servicios Nacionales de Sanidad del país, y en el caso de que se conceda una beca, se hará pleno uso de los servicios del becario en el campo que ella comprende. La ausencia del candidato durante sus estudios en el extranjero no tendrá efecto desfavorable alguno en cuanto a su situación en el empleo, antigüedad, sueldo, pensión y derechos similares. Al concluir sus estudios se proyecta emplear al becario en las siguientes funciones: Título del puesto; Deberes y responsabilidades:

Por lo tanto, no se paga subsidio familiar, y la beca se concede bajo el supuesto de que el Gobierno continuará abonando su sueldo al becario para que éste pueda atender a sus compromisos en su país.

Se trata de proporcionar condiciones adecuadas de vida para que los becarios puedan obtener las máximas ventajas de sus estudios. Los estipendios tienen por objeto atender al costo de un alojamiento adecuado de la clase que, por lo general, disponen los estudiantes en una colectividad universitaria o, cuando se trata de una beca para viajes, en un hotel corriente. En términos generales, se prevé que el 40% de la subvención cubra el costo del alojamiento. Se supone que aproximadamente otro 40% cubrirá el costo de la alimentación, también en modesta escala,

pero adecuada en cuanto a nutrición, variedad y agrado del interesado. Se calcula que con el 20% restante se pueden atender los gastos menores, tales como lavado de ropa, transporte local y otros de carácter personal.

A los fines de uniformidad, la Oficina ha seguido, en relación a sus propios becarios, las reglas de la Organización Mundial de la Salud en esta materia, que establecen una subvención básica en dólares de los Estados Unidos, de \$200 al mes. Sin embargo, durante los viajes de estudios u observaciones en el campo, la subvención es de \$300 mensuales. Este importe más alto está basado en el evidente aumento de gastos cuando el becario ha de alojarse en hoteles, pagando precios diarios o semanales, que por lo general son más elevados que los correspondientes al alojamiento por periodos más largos. Los estipendios se pagan a los becarios en la moneda del país en que cursan sus estudios. En los países donde se sabe que el costo de vida es bajo o elevado, los estipendios que reciben los becarios se reducen o aumentan en la proporción correspondiente. La lista de estos países varía, introduciéndose modificaciones a medida que la Oficina formula recomendaciones a la OMS en esta materia o acepta las recomendaciones recibidas. Al final de este documento se indican los estipendios fijados en la actualidad para diversos países.

A los fines de comparación, se ha procedido a un examen de los estipendios pagados a sus becarios por varias instituciones públicas y privadas, incluyendo la Administración de Operaciones Exteriores (Instituto de Asuntos Interamericanos), el Instituto de Educación Internacional, La Fundación Kellogg y la Fundación Rockefeller. Las Naciones Unidas, sus Organismos Especializados y la Oficina, siguen todos ellos unas normas similares en cuanto a los pagos y subvenciones a los becarios, aun cuando existen algunas diferencias. Otras organizaciones presentan mayor variedad. Los pagos oscilan, por lo general, de \$100 a \$175 por mes, si bien una de ellas llega a pagar \$240. Las organizaciones que no han establecido un estipendio fijo, tienen en cuenta el costo de vida en la localidad y los medios de alojamiento de que disponen los estudiantes, como principales factores para determinar el importe a pagar. Una organización basa su decisión en el promedio del costo efectivo para el estudiante y en la recomendación del asesor de los estudiantes extranjeros de la respectiva Universidad. Todas las organizaciones, incluso la Oficina, efectúan una reducción en el pago de las cuotas cuando los becarios reciben ayuda en materia de viajes, alojamiento u otro aspecto, de las instituciones donde cursan sus estudios. Todas las organizaciones que conceden becas en los países donde el costo de vida es bajo siguen el principio de reducir la cantidad a pagar en esos países. Algunos organismos pagan en moneda del país, pero no parece que existe una norma fija en este aspecto.

Unicamente dos organizaciones informaron que pagaban subsidios familiares. Una de ellas ha pagado un estipendio de \$175 al mes (que pronto aumentará a \$200 al estudiante y \$100 en moneda nacional a su familia. La otra paga \$175 al mes en concepto de estipendio al becario que estudia en los Estados Unidos y otros \$65.00 si su esposa se encuentra también en los Estados Unidos. No paga esta última cantidad si la esposa continúa en el país de origen, y tiene establecida la regla de que la esposa no puede ir a los Estados Unidos hasta que el estudiante haya pasado dos meses en este país. Parece que existe acuerdo general en que sería más conveniente para las finalidades que se persiguen con las becas, que los

becarios viajaran sin sus respectivas familias. En todos los casos, se supone que el becario ha de pagar los gastos de viaje de cualquier familiar.

No parece que existen reglas adoptadas con carácter general para determinar el costo de vida, a los fines de fijar el importe de los estipendios. Una organización aplica las tablas de costo de vida utilizadas por el Departamento de Estado de los Estados Unidos para su personal del Servicio Exterior. Otra determina el importe mediante negociación entre sus representantes en el país de origen y en el país de estudio.

Existe además el problema, sumamente desagradable y de no fácil solución, aunque no se presenta con frecuencia, de la desproporción entre los estipendios que reciben los becarios y los sueldos locales de los instructores o supervisores. Se dan casos en que el importe de la subvención que recibe el becario para su mantenimiento es mayor que el sueldo de su profesor. Hay que tener en cuenta muchos factores. Por un lado, es evidente que un extranjero que permanece en un país durante menos de un año tiene, por lo general, gastos relativamente mayores que un residente permanente, pero por otra parte, no es ciertamente deseable que los estudiantes disfruten de lujos y de un nivel de ingresos que no tienen sus instructores. Parece necesario evaluar cada situación local de acuerdo con las circunstancias del caso, pero ha resultado sumamente difícil reunir todos los hechos pertinentes de la situación actual de los casos que se presentan.

No cabe duda de que es sumamente conveniente mantener escalas análogas de estipendios para todos los becarios que cursan sus estudios en una misma institución, cualquiera que sea el organismo o entidad que concede la beca. Esto evita comparaciones odiosas y el descontento que, por lo general, se deriva de ellas. La Oficina mantiene consultas periódicas con otros organismos sobre la cuestión de los estipendios y otros problemas relacionados con las becas y con las actividades de educación y adiestramiento. Se ha llegado a un acuerdo, en principio, sobre muchos puntos y prosiguen los esfuerzos para conseguir su cooperación.

*Países de la América Latina para los que se han fijado Estipendios
Mensuales Especiales para los Becarios*

	Cantidad Becario residente	Cantidad Becario en viaje
Ecuador	\$ 160	\$ 240
México	\$ 160	\$ 240
Paraguay	\$ 160	\$ 240
Chile	\$ 150	\$ 225
Venezuela	1.000 bolívares	1.500 bolívares

SEGUNDO INFORME

(Documento CSP14/75)

En la cuarta sesión de la Comisión II, celebrada el día 15 de octubre de 1954, se consideraron los siguientes temas: 23, 13, 14, 34 y 40, asignados a la

Comisión por la Comisión General. En el curso de esta sesión se aprobaron los proyectos de resolución 1, 2, 3, 4 y 5 del presente informe.

En la sexta sesión, que tuvo lugar el día 18 de octubre, la Comisión examinó los proyectos de resolución relativos al Tema 30, Estipendios pagados a los becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana y al Tema 39, Fondo Rotatorio de Emergencia, que la Conferencia, en su séptima sesión plenaria, le había devuelto para nueva consideración.

La Comisión, en relación al primero de estos proyectos de resolución acordó adoptar los términos de la resolución aprobada por la 23a Reunión del Comité Ejecutivo, que figura como proyecto 6 en el presente informe.

En cuanto al proyecto de resolución sobre el Fondo Rotatorio de Emergencia, se estimó que era suficientemente clara y precisa la Resolución II del Consejo Directivo de octubre de 1949, y teniendo en cuenta que la Delegación de los Estados Unidos retiró su moción inicial, se acordó que era innecesaria una nueva resolución.

Proyectos de Resolución¹

1. Relaciones entre la Organización Sanitaria Panamericana y las Organizaciones no Gubernamentales

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que la colaboración en asuntos de interés común para la Organización Sanitaria Panamericana y para otras organizaciones internacionales e interamericanas contribuye a dar cumplimiento a los objetivos de la Organización, según están enunciados en el Código Sanitario Panamericano y en la Constitución de la Organización,

RESUELVE:

Que la Organización Sanitaria Panamericana establezca y mantenga relaciones de colaboración con otras organizaciones internacionales e interamericanas en la forma que estime adecuada.

Que las normas generales que aparecen a continuación sean observadas cuando la Organización Sanitaria Panamericana establezca relaciones de colaboración con cualesquiera otras organizaciones internacionales e interamericanas, y

Que estas relaciones se establezcan o mantengan de conformidad con las disposiciones previstas en el Artículo 23 de la Constitución.

- (1) La organización deberá estar interesada en asuntos comprendidos dentro del campo de acción de la Organización Sanitaria Panamericana.
- (2) Las finalidades y propósitos de la organización deberán concordar con el espíritu, propósitos y principios del Código Sanitario Panamericano y de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana.
- (3) La organización deberá gozar de reconocido prestigio y representar una proporción substancial de las personas organizadas con el propósito de actuar en la esfera particular de que se trate. Con el fin de llenar esta condición, las

¹ Los proyectos de resolución recomendados en este informe fueron aprobados por la Conferencia en su novena sesión plenaria.

organizaciones podrán agruparse y designar comités mixtos u otros órganos cuálesquiera autorizados para actuar en representación de todo el grupo.

- (4) La organización deberá contar con un cuerpo directivo y gozar de autoridad para actuar en nombre de sus miembros mediante sus representantes autorizados; tendrá que presentar pruebas al respecto si fueren solicitadas.
- (5) La organización deberá ser, salvo casos excepcionales, interamericana por su estructura y finalidad; su orientación y actividades deberán ser determinadas por el voto de sus miembros.
- (6) Salvo en casos excepcionales, una organización nacional afiliada a una organización interamericana no gubernamental consagrada a los mismos fines, en un plano internacional, deberá presentar sus puntos de vista por mediación de su gobierno o de la organización interamericana no gubernamental a la cual esté afiliada. Sin embargo, una organización nacional podrá ser aceptada, después de consultado el Gobierno Miembro respectivo y obtenido su consentimiento, si las actividades de la organización de que se trate no corresponden a las de ninguna organización internacional o cuando la experiencia que pueda ofrecer la organización solicitante sea de especial interés para la Organización Sanitaria Panamericana.

[Resolución XXVIII]

2. Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, y Resumen del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana, para el año 1956

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el Documento CE23/2,¹ presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, que contiene el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, y el Resumen del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para el año 1956;

Teniendo en cuenta que el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas se presenta a la Conferencia, en su carácter de Comité Regional de la OMS, para su examen y presentación al Director General de la Organización Mundial de la Salud para que lo tome en consideración al formular su Presupuesto para 1956; y

Teniendo en cuenta que el Resumen del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para 1956 constituye un anteproyecto que ha de servir de base para la elaboración del Proyecto de Programa y Presupuesto que el Director ha de presentar al examen y revisión del Comité Ejecutivo en su 25a Reunión y a la aprobación de la VIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana en 1955,

RESUELVE:

- (1) Prestar su apoyo al Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para el año 1956, y solicitar del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que lo trans-

¹ Publicado por separado.

mita al Director General de la Organización Mundial de la Salud para que lo tome en cuenta en la preparación del Presupuesto de la OMS para 1956.

- (2) Aprobar el Resumen del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para el año 1956 como anteproyecto que servirá de base para el Proyecto que el Director someterá al Comité Ejecutivo en su 25a Reunión.
- (3) Expresar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana su reconocimiento por las realizaciones llevadas a cabo en los años pasados y por las pruebas constantes dadas en la preparación de programas bien planeados, como ponen de manifiesto los proyectos de programas y presupuestos para 1956.

[Resolución XXIX]

3. *Modificación del Programa y Presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para 1955*

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Vista la solicitud formulada por el Director General de la OMS en el sentido de que la Conferencia exprese su opinión respecto a si se ha mantenido un equilibrio satisfactorio entre las principales materias en el Presupuesto de 1955 para la Región de las Américas;

Teniendo en cuenta que el total original de \$1.342.418 del Presupuesto Regional para 1955 ha sido reducido a \$1.137.783 como consecuencia de la decisión adoptada por la Séptima Asamblea Mundial de la Salud, y

Teniendo en cuenta que, al efectuarse esta reducción, se mantuvo un equilibrio satisfactorio entre las principales materias en el Presupuesto para la Región de las Américas,

RESUELVE:

Solicitar del Director, en su calidad de Director Regional de la OMS, que informe al Director General en el sentido de que la parte correspondiente a la Región de la reducción general de \$811.100 y que ascendía a la cantidad de \$204.635, had sido aplicada de una manera adecuada y que se ha mantenido un equilibrio satisfactorio entre las principales materias en el Programa y Presupuesto de la Región de las Américas para 1955.

[Resolución XXX]

4. *Funciones del Comité Ejecutivo en la Preparación de las Conferencias Sanitarias Panamericanas*

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que el Comité Ejecutivo tiene facultades, conforme al párrafo D del Artículo 7 y a los párrafos B y D del Artículo 12, Capítulo IV, de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, para formular el programa de la Conferencia Sanitaria Panamericana y para asesorar el Consejo Directivo, por iniciativa propia, sobre los asuntos relacionados con sus actividades; y

Teniendo en cuenta que en la preparación de los programas de las reuniones sanitarias panamericanas, y en su organización, pueden presentarse cuestiones

diversas y de difícil reglamentación, cuya solución facilitarí­a la labor de dichas reuniones,

RESUELVE:

- (1) Aprobar las medidas adoptadas por el Comité Ejecutivo en su 23a Reunión, para el mejor desarrollo de las labores de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.
- (2) Autorizar al Comité Ejecutivo para que, en relación con la preparación de futuras reuniones del Consejo Directivo y de la Conferencia Sanitaria Panamericana, en los casos no previstos expresamente en la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana ni en los Reglamentos respectivos, tome las medidas que sean necesarias para facilitar su desarrollo y dar la mayor eficiencia posible a sus trabajos.
- (3) El Comité Ejecutivo informará oportunamente a la Conferencia Sanitaria Panamericana o al Consejo Directivo de las medidas tomadas.

[Resolución XXXI]

5. *Forma de Presentación en el Futuro del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana*

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

RESUELVE:

Tomar nota de la Resolución I adoptada por el Comité Ejecutivo en su 23a Reunión, relativa a la forma de presentación en el futuro del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana.

[Resolución XXXII]

6. *Estipendios Pagados a los Becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana*

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Documento CE23/6¹ presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, "Estipendios Pagados a los Becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana", y reconociendo que el tema ha sido minuciosamente estudiado, poniéndose de relieve la dificultad existente para tomar en cuenta los factores diversos que se presentan en el otorgamiento y aplicación de las becas,

RESUELVE:

- (1) Encargar al Director: (a) que continúe estudiando la posibilidad de establecer clasificaciones en las becas, señalando remuneraciones diversas, después de consultar a las organizaciones nacionales e internacionales interesadas; y (b) que si las conclusiones de estos estudios así lo justificaran las incluya en un proyecto de Reglamento General de Becas, en el que se determinen, además, las condiciones y exigencias básicas para la concesión de becas, las que deberán tener suficiente elasticidad para que sean aplicables dentro de los Países Miembros.
- (2) Encomendar al Director que presente este Reglamento a la 25a Reunión del Comité Ejecutivo.

[Resolución XXXIII]

¹ Véase pág. 578.

De conformidad con el Artículo 40 del Reglamento Interno de la Conferencia, se somete a la Comisión General este informe, que será objeto de consideración definitiva en una sesión plenaria.

DOCUMENTO DE TRABAJO

RELACIONES ENTRE LA ORGANIZACION SANITARIA PANAMERICANA Y LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

(Documento CSP14/7)

Antecedentes

El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, de acuerdo con una resolución adoptada por el Comité Ejecutivo en su 15a Reunión, preparó un estudio "sobre el régimen de las relaciones con los organismos no gubernamentales", teniendo en cuenta lo establecido sobre la materia por la Organización Mundial de la Salud. Este estudio se presentó, y fué aplazado su examen, en la 16a y la 19a Reuniones del Comité Ejecutivo; el cual en su 22a Reunión, resolvió recomendar a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana la consideración de las siguientes normas generales, procedimientos y prerrogativas relativas a la admisión de organizaciones no gubernamentales para establecer relaciones oficiales con la Organización Sanitaria Panamericana:

Relaciones entre la Organización Sanitaria Panamericana y las Organizaciones no Gubernamentales

I. NORMAS GENERALES

Antes de que pueda ser tomada en consideración la petición de una organización no gubernamental para el establecimiento de relaciones deberán llenarse las condiciones siguientes:

- (1) La organización deberá estar interesada en asuntos comprendidos dentro del campo de acción de la Organización Sanitaria Panamericana.
- (2) Las finalidades y propósitos de la organización deberán concordar con el espíritu, propósitos y principios del Código Sanitario Panamericano y de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana.
- (3) La organización deberá gozar de reconocido prestigio y representar una proporción substancial de las personas organizadas con el propósito de actuar en la esfera particular de que se trate. Con el fin de llenar esta condición las organizaciones podrán agruparse y designar comités mixtos, u otros órganos cualesquiera, autorizados para actuar en representación de todo el grupo.
- (4) La organización deberá contar con un cuerpo directivo y gozar de autoridad para actuar en nombre de sus miembros mediante sus representantes

autorizados; tendrá que presentar pruebas al respecto si fueren solicitadas.

- (5) La organización deberá ser, salvo casos excepcionales, interamericana por su estructura y finalidad; su orientación y actividades deberán ser determinadas por el voto de sus miembros.
- (6) Salvo en casos excepcionales, una organización nacional afiliada a una organización interamericana no gubernamental consagrada a los mismos fines en un plano internacional deberá presentar sus puntos de vista por mediación de su gobierno o de la organización interamericana no gubernamental a la cual esté afiliada. Sin embargo, una organización nacional podrá ser aceptada, después de consultado el Gobierno Miembro respectivo y obtenido su consentimiento, si las actividades de la organización de que se trate no corresponden a las de ninguna organización internacional o cuando la experiencia que pueda ofrecer la organización solicitante sea de especial interés para la Organización Sanitaria Panamericana.

II. PROCEDIMIENTOS

- (1) El Comité Ejecutivo actuará como Comité Permanente del Consejo Directivo para las relaciones con las organizaciones no gubernamentales. El Comité Permanente examinará la información que presenten las organizaciones no gubernamentales, ya sea por propia iniciativa o respondiendo a una invitación, y hará recomendaciones al Consejo Directivo; podrá igualmente invitar a la organización solicitante a exponer su caso ante el Consejo Directivo. Sin dejar de tener presente la conveniencia de obtener contribuciones de valor al trabajo de la Organización Sanitaria Panamericana, tanto en calidad como en cantidad, el Comité podrá recomendar que se deseché o se aplace el estudio de una solicitud determinada.
- (2) Se consultará al gobierno interesado sobre la posible admisión de una organización nacional, sea cual fuere.
- (3) El Consejo Directivo, después de considerar las recomendaciones del Comité Permanente para las organizaciones no gubernamentales, decidirá si una organización ha de ser o no admitida a establecer relaciones con la Organización Sanitaria Panamericana.
- (4) Las organizaciones no gubernamentales que deseen establecer relaciones con la Organización Sanitaria Panamericana deberán dirigir sus solicitudes, y toda la documentación relacionada con las mismas, al Consejo Directivo por conducto del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. El Director de la Oficina enviará a todos los miembros del Comité Permanente para las organizaciones no gubernamentales un resumen adecuado de la información relativa a cada solicitud que haya de examinarse, por lo menos dos meses antes de que se reúna el Comité. Al mismo tiempo, se distribuirá este resumen de información entre los miembros del Consejo Directivo.

- (5) El Director de la Oficina comunicará a la organización interesada la decisión que el Consejo Directivo haya adoptado sobre su solicitud. El Director de la Oficina llevará un repertorio de las organizaciones que mantienen relaciones y este repertorio, así como las enmiendas al mismo, serán comunicados a los Gobiernos Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana.
- (6) El repertorio se enviará asimismo al Director General de la Organización Mundial de la Salud, quien podrá darle la difusión que juzgue conveniente.
- (7) El Consejo Directivo, por mediación del Comité Permanente para las organizaciones no gubernamentales, revisará el repertorio cada dos años y decidirá sobre la conveniencia de mantener relaciones con las organizaciones incluídas en él.

III. PRERROGATIVAS

- (1) El derecho de nombrar un observador que participe, sin voto, en las reuniones ordinarias de la Organización Sanitaria Panamericana o en conferencias que ella convoque, bajo las condiciones siguientes: Cuando quiera que la Conferencia Sanitaria Panamericana, el Consejo Directivo, el Comité Ejecutivo, o una conferencia convocada por la Organización Sanitaria Panamericana, trate un tema en el cual esté especialmente interesada una organización no gubernamental relacionada con la Oficina, esta organización, a invitación del presidente de la reunión, o con su consentimiento si la organización lo solicitare, tendrá derecho a presentar una exposición y podrá asimismo, con el consentimiento de la reunión, y a invitación del presidente, hacer, en el curso del debate sobre el tema en cuestión, una segunda exposición aclaratoria.
- (2) El acceso a la documentación no confidencial de las reuniones convocadas regularmente.
- (3) El derecho a presentar memorándums al Director de la Oficina, quien determinará, si hay lugar, la naturaleza y amplitud de la difusión que haya de dárseles. En caso de que, a criterio del Director, uno de estos memorándums merezca ser incluído en el programa de temas de la Conferencia Sanitaria Panamericana, del Consejo Directivo, o del Comité Ejecutivo, la sugerencia de inclusión en el programa de una de estas reuniones será sometida a la decisión del Comité Ejecutivo.

Conclusión

Si la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana se sirve aprobar las normas generales, procedimientos y prerrogativas que se han señalado anteriormente y que se someten a su consideración, se podrían incorporar a una resolución que constituiría la reglamentación administrativa general del Artículo 23 de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, que autoriza, además, al

Consejo Directivo a celebrar acuerdos especiales de carácter recíproco con organizaciones interesadas en la salud pública o relacionadas con ella.

PROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA REGION DE LAS AMERICAS, ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, Y RESUMEN DEL PROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA OFICINA SANTIARIA PANAMERICANA PARA EL AÑO 1956

(Nota informativa referente a la distribución de fondos presupuestarios)

(Documento CSP14/77)

Para atender a la solicitud formulada por la Delegación de Chile, la Secretaría ha preparado el cuadro adjunto (Anexo A), que muestra la distribución de los fondos presupuestados para programas agrupados por actividades tal como aparecen en el documento presupuestario arriba mencionado (Documento CE23/2).¹ Las cifras corresponden al total de todas las fuentes de ingresos presupuestarios (OSP, OMS/Ordinario, AT/NU), ya que no pueden ser considerados adecuadamente en forma aislada.

Debe señalarse que casi para todas las actividades de campo es prácticamente imposible establecer una diferencia clara entre las actividades de operaciones y las educativas. Todos los programas llamados "de operaciones" están dedicados en gran parte al adiestramiento de personal nacional con el objeto de que el país pueda continuar la labor una vez que cese la participación de la Organización. Además, los programas que figuran en el documento como "educativos" tienen como objetivo principal el fortalecimiento de los servicios de salud pública del país mediante la preparación del personal necesario. Evidentemente, los programas educativos en todos los campos de la salud pública requieren experiencia práctica, lo cual a su vez significa que, por lo general, es esencial mejorar los servicios para facilitar una buena educación.

Con el objeto de resumir el cuadro general del programa, las materias que aparecen en el cuadro adjunto fueron agrupadas por actividades afines en tres capítulos principales de conformidad con las tres líneas de acción señaladas en la Resolución III de la VII Reunión del Consejo Directivo, a saber:

- (1) Programas dedicados principalmente al fortalecimiento de los servicios de salud pública. Aparecen agrupados "Administración de Salud Pública", "Nutrición", "Educación Sanitaria del Público", "Higiene Mental" e "Higiene Maternoinfantil", que figuran en forma separada en el cuadro adjunto.
- (2) Programas dedicados principalmente a la educación y adiestramiento del personal de salud pública. Este capítulo agrupa las materias "Enfermería", "Saneamiento del Medio", y "Otros Programas de Educación y Adiestramiento", que aparecen en el cuadro. Se incluye, además, la suma presupuestada para "Publicaciones", que constituye una actividad educativa esencial.
- (3) Programas dedicados principalmente al control o erradicación de enfermedades transmisibles o de vectores. Este capítulo agrupa las materias "Con-

¹ Publicado por separado.

trol de Insectos y de Malaria”, “Enfermedades Venéreas y Treponematosiis”, “Enfermedades Endemoepidémicas” y “Tuberculosis”.

Las cifras correspondientes son las siguientes:

	1955		1956	
	Importe (dólares)	%	Importe (dólares)	%
Capítulo I	779.324	41,5	766.460	42,6
Capítulo II	527.050	28,1	533.170	29,6
Capítulo III	569.143	30,4	500.861	27,8
Total	1.875.517	100,0	1.800.491	100,0

Como ejemplo del interés demostrado en las actividades educativas y de adiestramiento, cabe señalar que la cantidad presupuestada para “Becas y participantes” en 1955, asciende a 512.508 dólares.

Conviene recalcar que este análisis está basado en estimados de las cantidades de que se podría disponer según la mejor información de la Secretaría en el momento de preparar este documento. Por ejemplo, la suma presupuestada para programas de campo a cargo de fondos de la Asistencia Técnica de las Naciones Unidas es de 750.000 dólares. Actualmente existe cierta incertidumbre en cuanto a la disponibilidad de esta cantidad total.

Anexo A

Distribución de los fondos presupuestados para los programas de 1955 y 1956, por materias, según el Documento CE23/2 (Incluyendo los fondos procedentes de la OSP, OMS/Ordinario y OMS/AT)

Materias	1955		1956	
	Totales (dólares)	Porcentajes	Totales (dólares)	Porcentajes
Control de Insectos y de Malaria.....	269.952	14,76	246.701	14,06
Enfermedades Venéreas y Treponematosiis	104.150	5,69	87.810	5,00
Enfermedades Endemo-epidémicas	186.941	10,22	166.350	9,48
Administración de Salud Pública.....	694.794	37,99	744.660	42,46
Enfermería	185.070	10,12	206.040	11,75
Nutrición	13.800	0,75	13.800	0,79
Educación Sanitaria del Público.....	16.390	0,90	.....	.....
Saneamiento del Medio	122.080	6,67	109.440	6,24
Tuberculosis	8.100	0,44	.....	.....
Otros Programas de Educación y Adiestramiento	189.040	10,34	171.190	9,76
Higiene Mental	11.700	0,64	.....	.....
Higiene Materno-infantil	27.000	1,48	8.000	0,46
Totales	1.829.017	100,00	1.753.991	100,00

TERCER INFORME

(Documento CSP14/85, Rev. 1)

En su primera sesión celebrada el 9 de octubre de 1954 la Comisión II designó un grupo de trabajo encargado del estudio del Informe Final del Comité Permanente de Revisión de la Constitución (Documento CSP14/18 y Anexo).¹

La Comisión II, en su sexta sesión, celebrada el día 18 de octubre, examinó el informe del Relator del grupo de trabajo, Dr. Frederico C. Carnauba, Asesor de la Delegación del Brasil, que incluía como Anexo I el Proyecto revisado de Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana preparado por el grupo de trabajo (Documento CSP14/78).²

Se examinaron y aprobaron los Artículos 1 a 37 inclusive y en la séptima sesión de la Comisión, que tuvo lugar el día 19 de octubre, se examinaron y aprobaron los restantes artículos del proyecto revisado de Constitución, en la forma en que aparece en los Anexos I y II a este informe.

En la séptima sesión se aprobó también un proyecto de resolución relativo al lugar y fecha de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana.

En razón a que la Delegación Argentina y la Delegación de la República Dominicana plantearon la cuestión de interpretar el Artículo 25 de la Constitución vigente, que hace referencia, sin especificarlas, a las normas que determine la Conferencia para la aprobación de las enmiendas a la Constitución, la Comisión aprobó un proyecto de resolución que figura en este informe.

*Proyectos de Resolución*³1. *Lugar y Fecha de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana*

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el Artículo 7, párrafo A de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

Expresar su agradecimiento al Gobierno de los Estados Unidos de América y aceptar su invitación de que la XV Conferencia Sanitaria Panamericana se celebre en la ciudad de San Juan, capital del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

[Resolución XXXVIII]

2. *Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana*

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Informe Final del Comité Permanente de Revisión de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana (Documento CSP14/18 y Anexo); y

¹ Véase pág. 613.² Véase pág. 603.³ Los proyectos de resolución recomendados en este informe fueron aprobados por la Conferencia en su décima sesión plenaria, con la excepción que se indica.

Teniendo en cuenta las modificaciones propuestas por la Comisión II (Documento CSP14/85 Anexo) al Proyecto de Constitución revisado, preparado por el Comité Permanente,

RESUELVE:

(1) Enmendar la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana aprobada en octubre de 1947 en Buenos Aires, cuyo texto en adelante será el siguiente:

(Inclúyase el texto completo enmendado de la Constitución.)

(2) Esta Constitución entrará en vigor . . .¹

3. *Enmiendas a la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana*²

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que el Artículo 25 de la Constitución dispone que "La Conferencia o el Consejo Directivo podrá aprobar y poner en vigencia, de acuerdo con las normas que determine, las enmiendas a esta Constitución",

RESUELVE:

Para la aprobación del proyecto de enmiendas hechas a la Constitución, recomendadas por la Comisión II de esta Conferencia, será necesario el voto afirmativo de dos tercios de los Gobiernos participantes con derecho a voto que estén representados y presentes en el momento de la votación en sesión plenaria de la Conferencia.

[Resolución XXXIX]

La Comisión, con la aprobación de los temas 15 y 29 y la resolución adoptada, por su propia iniciativa, en relación a la interpretación del Artículo 25 de la Constitución, estimó haber dado cumplimiento al mandato recibido de la Conferencia.

ANEXOS

ANEXO I: ESTUDIO DEL PROYECTO REVISADO DE CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN SANITARIA PANAMERICANA

En la sexta sesión de la Comisión II, celebrada el día 18 de octubre de 1954, se aprobaron sin modificación los Artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 inclusive, del Proyecto revisado de Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana (Documento CSP14/78, Anexo 1), redactado por el Relator del grupo de trabajo N° 1 de la Comisión II, Dr. Frederico C. Carnauba (Brasil) y que acompaña a su informe.

Se aprobó el Artículo 11 substituyéndose las palabras "por regla general" por "preferentemente", y "Consejo Directivo" por "Comité Ejecutivo".

Se aprobaron sin modificación los Artículos 12, 13, 14, 15, 16 y 17 inclusive.

¹ La Conferencia, en su décima sesión plenaria, resolvió no aprobar las enmiendas propuestas a la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana. Véase Resolución XL del Acta Final, pág. 673.

² Título modificado por la Comisión General en su novena sesión, véase pág. 352.

Se aprobó el Artículo 18 suprimiéndose, en el inciso (d), las palabras finales después de "Director" y añadiendo "por una mayoría de dos tercios de las Delegaciones presentes y votantes".

Se aprobaron sin modificación los Artículos 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 y 28 inclusive.

Se aprobó el Artículo 29 añadiéndole un inciso: "(c) Elegirá los Países Miembros del Comité Ejecutivo".

Se aprobó el Artículo 30, sustituyéndose la palabra "ir" por "asistir".

Se aprobó sin modificación el Artículo 31.

Se aprobó el Artículo 32 suprimiéndose el adverbio "inmediatamente".

Se aprobó el Artículo 33 con la supresión de las palabras "Sanitaria Panamericana".

Se aprobaron sin modificación los Artículos 34, 35, 36 y 37, inclusive.

En la séptima sesión celebrada el día 19 de octubre se aprobó el Artículo 38 añadiéndose después de la palabra "Director": "un Subdirector y un Secretario General".

Se aprobó sin modificación el Artículo 39.

Se aprobó el Artículo 40 con la siguiente redacción: "El Director, prestará servicio por un período de cuatro años. En caso de renuncia, incapacidad o muerte del Director, el Subdirector actuará como Director *ad interim* hasta la Conferencia siguiente".

Se aprobaron sin modificación los Artículos 41 y 42.

Se acordó suprimir el Artículo 43.

Se aprobaron sin modificación los artículos 44 y 45.

Se aprobó el Artículo 46, suprimiéndose la frase "interesadas en la salud pública o relacionadas con ella".

Se aprobaron sin modificación los Artículos 47, 48, 49, 50, 51 y 52 inclusive.

Se aprobó el Artículo 53, suprimiéndose de sus incisos (a) y (b), las palabras "o el Consejo".

Se aprobaron sin modificación los Artículos 54 y 55.

Por último, se acordó correr la numeración teniendo en cuenta que el Artículo 43 del Proyecto revisado de Constitución había sido suprimido.

**ANEXO II: TEXTO DEL PROYECTO REVISADO DE CONSTITUCIÓN
PREPARADO POR EL GRUPO DE TRABAJO N° I CON LAS
MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA COMISIÓN II**

PREAMBULO

Los representantes de los Estados Americanos en la Conferencia Sanitaria Panamericana:

Deseosos de fomentar hasta su grado máximo la salud pública de los pueblos de las Américas;

Reconociendo que la cooperación internacional de todas las unidades políticas del Hemisferio Occidental es necesaria para la realización de este objetivo;

Considerando que la Organización Sanitaria Panamericana es un Organismo Especializado Interamericano establecido por un tratado multilateral (Código Sani-

tario Panamericano, La Habana, 1924) y dotado de funciones específicas relacionadas con los problemas sanitarios de interés común para los Estados Americanos;

Considerando que la Conferencia Sanitaria Panamericana y la Oficina Sanitaria Panamericana sirven, respectivamente, de Comité Regional y de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en el Hemisferio Occidental; y

Estando debidamente autorizados por el Artículo 25 de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, aprobada en octubre de 1947, en Buenos Aires, para poner en vigencia enmiendas a esta Constitución;

Acuerdan, en este acto, lo siguiente:

CAPITULO I—OBJETO

Artículo 1

La Organización Sanitaria Panamericana (denominada en adelante la "Organización") tiene por objeto fundamental el desarrollo y la coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental con el fin de combatir las enfermedades, prolongar la vida y mejorar la salud física y mental de sus habitantes.

CAPITULO II—MIEMBROS Y TERRITORIOS PARTICIPANTES

Artículo 2

(a) Son Miembros de la Organización las veintiuna Repúblicas Americanas.

(b) Podrán adquirir la calidad de Miembros de la Organización otros Estados Americanos siempre que lo apruebe la Conferencia por una mayoría de dos tercios de los Miembros presentes y votantes.

Artículo 3

Cualquier territorio o grupo de territorios situado en el Hemisferio Occidental que no tenga a su cargo la dirección de sus relaciones internacionales puede estar representado y participar en la Organización. La naturaleza y alcance de esta representación y participación, así como las obligaciones de cualquiera de esos territorios o grupos de territorios, se determinarán por los Miembros de la Organización representados en la Conferencia Sanitaria Panamericana, dentro de las limitaciones establecidas en la presente Constitución.

CAPITULO III—ORGANOS

Artículo 4

La Organización Sanitaria Panamericana comprenderá:

- (a) La Conferencia Sanitaria Panamericana (denominada en adelante la "Conferencia");
- (b) El Consejo Directivo (denominado en adelante el "Consejo");
- (c) El Comité Ejecutivo de la Conferencia y del Consejo Directivo (denominado en adelante el "Comité Ejecutivo"); y
- (d) La Oficina Sanitaria Panamericana.

CAPITULO IV—LA CONFERENCIA

Sección I—Composición, Votaciones, Reuniones

Artículo 5

Cada Miembro estará representado en la Conferencia por no más de tres delegados, uno de los cuales será designado por su Gobierno como jefe de la delegación. Los delegados habrán de ser preferiblemente personas calificadas por en el campo de la salud, uno de los cuales deberá ser funcionario de la administración sanitaria del territorio o grupo de territorios.

Artículo 6

Cada territorio o cada grupo de territorios bajo la jurisdicción de un mismo Estado puede estar representado en la Conferencia por no más de tres delegados que habrán de ser, de preferencia, personas calificadas por su competencia técnica en el campo de la salud, uno de los cuales deberá ser funcionario de la administración sanitaria del territorio o grupo de territorios.

Artículo 7

Los delegados pueden ir acompañados de suplentes y asesores.

Artículo 8

(a) Cada Estado Miembro, junto con cualquier territorio o grupo de territorios que esté bajo su jurisdicción y pueda estar representado en la Conferencia, tendrá un voto.

(b) Los territorios o grupos de territorios bajo la jurisdicción de un mismo Estado no americano votarán como una sola unidad siempre que tengan derecho a votar. Sólo podrá emitirse un voto en nombre de cada unidad.

Artículo 9

Las decisiones se adoptarán por mayoría de votos de las delegaciones presentes y votantes, salvo en los casos en que la presente Constitución o la Conferencia dispongan otra cosa.

Artículo 10

La Conferencia se reunirá, en sesión ordinaria, cada cuatro años en el país elegido en la reunión anterior y en la fecha fijada por el Director, en consulta con el Gobierno huésped. En la medida de lo posible, se procurará no celebrar en el mismo país dos reuniones sucesivas de la Conferencia. En el caso de que la reunión no pueda celebrarse en el país previamente designado, el Director tomará las medidas necesarias para que la Conferencia se reúna en la sede de la Organización.

Artículo 11

La Conferencia se reunirá, en sesión extraordinaria, a solicitud del Comité Ejecutivo o de la mayoría de los Miembros de la Organización. Las reuniones extraordinarias se celebrarán, preferentemente, en la sede de la Organización. El Director, en consulta con los Miembros del Comité Ejecutivo, fijará el lugar y la fecha de las reuniones extraordinarias.

Artículo 12

El Director convocará todas las reuniones de la Conferencia.

Artículo 13

Con anticipación suficiente a la fecha fijada para la reunión de la Conferencia y del Consejo Directivo, cuando se realice fuera de la sede de la Organización, el Gobierno del país donde haya de celebrarse nombrará un Comité que colaborará con la Oficina en la organización de la reunión.

Artículo 14

El Director de la Oficina preparará el programa de temas de la Conferencia y lo someterá a la aprobación del Comité Ejecutivo. La Conferencia puede añadir nuevos temas al programa o modificarlo de acuerdo con su Reglamento.

La Conferencia elegirá su Mesa Directiva y adoptará su propio Reglamento.

Sección II—Facultades y Funciones

Artículo 15

La Conferencia es la autoridad suprema en el gobierno de la Organización.

Artículo 16

La Conferencia determinará la política general de la Organización, y dará las instrucciones que estime convenientes al Consejo Directivo, al Comité Ejecutivo y al Director en relación con cualquier asunto que sea de la competencia de la Organización.

Artículo 17

La Conferencia servirá de foro para el intercambio de informaciones e ideas relacionadas con los problemas de salubridad de los países del Hemisferio Occidental.

Artículo 18

Asimismo la Conferencia:

- (a) Examinará los informes del Director;
- (b) Examinará y aprobará el presupuesto de la Organización;
- (c) Elegirá los Estados Miembros que hayan de integrar el Comité Ejecutivo;
- (d) Elegirá al Director por una mayoría de dos tercios de las delegaciones presentes y votantes.

Artículo 19

La Conferencia podrá delegar cualquiera de sus funciones en el Consejo Directivo, a excepción de las siguientes: (a) determinar la política general de la Organización, (b) elegir al Director, (c) aprobar acuerdos entre la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud o la Organización de los Estados Americanos, (d) admitir nuevos Miembros, (e) determinar la naturaleza y alcance de la participación de territorios, y (f) adoptar enmiendas a la presente Constitución.

CAPITULO V—EL CONSEJO

Composición, Votaciones, Reuniones

Artículo 20

El Consejo estará compuesto por un representante de cada Estado Miembro de la Organización y un representante de cada territorio o grupo de territorios a los cuales se haya concedido el derecho de representación ante la Organización de acuerdo con el Artículo 3 de esta Constitución. El representante elegido por cada uno de los Gobiernos participantes será seleccionado entre especialistas en salud pública, con preferencia funcionarios de los servicios de la salud pública nacional. Cada representante podrá ser acompañado por suplentes o asesores.

Artículo 21

Cada Estado Miembro, junto con cualquier territorio o grupo de territorios que esté bajo su jurisdicción y pueda estar representado en el Consejo, tendrá un voto.

Artículo 22

Los territorios o grupos de territorios bajo la jurisdicción de un mismo Estado no americano votarán como una sola unidad siempre que tengan derecho a votar. Sólo podrá emitirse un voto en nombre de cada unidad.

Artículo 23

Las decisiones se adoptarán por mayoría de votos de las delegaciones presentes y votantes, salvo en los casos en que la presente Constitución o el Consejo dispongan otra cosa.

Artículo 24

El Consejo se reunirá en sesión ordinaria por lo menos una vez al año, excepto en el año en que se reúna la Conferencia.

Artículo 25

El Consejo se reunirá en sesión extraordinaria, a solicitud del Comité Ejecutivo o de la mayoría de los Miembros de la Organización. Las reuniones extraordinarias se celebrarán, por regla general, en la sede de la Organización. El Director, en consulta con los Miembros del Comité Ejecutivo, fijará el lugar y la fecha de las reuniones extraordinarias.

Artículo 26

El Director convocará todas las reuniones del Consejo Directivo.

Artículo 27

El Director preparará el programa de temas para la reunión del Consejo y lo someterá a la aprobación del Comité Ejecutivo. El Consejo podrá introducir adiciones o modificaciones al programa de acuerdo con su Reglamento.

El Consejo elegirá su mesa directiva y adoptará su propio Reglamento.

Artículo 28

El Consejo desempeñará las funciones que le delegue la Conferencia, actuando en nombre de ella durante el intervalo de sus reuniones, y poniendo en vigencia las decisiones y normas que la Conferencia haya impartido.

Artículo 29

Asimismo el Consejo:

- (a) Examinará los informes del Director;
- (b) Considerará y aprobará el presupuesto anual de la Organización;
- (c) Elegirá los Países Miembros del Comité Ejecutivo.

CAPITULO VI—EL COMITE EJECUTIVO

Composición, Votaciones, Reuniones

Artículo 30

El Comité Ejecutivo estará integrado por un representante de cada uno de siete Estados Miembros elegidos por la Conferencia o el Consejo Directivo para que actúen en su nombre. Estos Estados serán elegidos por períodos escalonados de tres años y no podrán ser reelegidos hasta pasado un periodo de un año.

Cada representante podrá asistir acompañado de suplentes y asesores.

Artículo 31

Los Estados Miembros que no estén representados en el Comité Ejecutivo y los territorios o grupos de territorios a que se refiere el Artículo 3 de esta Constitución podrán participar sin voto en las reuniones del Comité Ejecutivo.

Artículo 32

La Oficina sufragará los gastos de los representantes de los Estados Miembros del Comité Ejecutivo que asistan a las reuniones de éste, excepto cuando se celebren inmediatamente antes o después de una reunión de la Conferencia o del Consejo.

Artículo 33

El Comité Ejecutivo se reunirá por lo menos una vez cada seis meses, o cuando sea convocado con la debida anticipación por el Director de la Oficina, o a petición de por lo menos tres Gobiernos Miembros. Una de estas reuniones podrá celebrarse en la fecha y sede de la reunión anual del Consejo.

Artículo 34

El Director preparará el programa de temas del Comité Ejecutivo y lo someterá a su aprobación. El Comité podrá introducir nuevos temas al programa o modificarlo en la forma establecida en su Reglamento.

El Comité Ejecutivo elegirá su mesa directiva y adoptará su propio Reglamento.

Artículo 35

Las decisiones se adoptarán por mayoría de votos de los representantes presentes y votantes.

Artículo 36

Serán funciones del Comité Ejecutivo:

(a) Desempeñar las funciones que le deleguen la Conferencia y el Consejo, dar cumplimiento a sus decisiones y poner en práctica la política adoptada por la Conferencia;

(b) Servir de órgano de consulta a la Conferencia y al Consejo en los

asuntos que éstos le presenten y en aquellos que correspondan a la Organización en virtud de convenios, acuerdos y reglamentos;

(c) Someter a la Conferencia y al Consejo, por iniciativa propia, opiniones y propuestas;

(d) Examinar el programa y presupuesto anual preparados por el Director; formular observaciones sobre los mismos y elevarlos a la consideración de la Conferencia o del Consejo junto con las recomendaciones que estime conveniente formular;

(e) Aprobar el proyecto de programa de temas de las reuniones de la Conferencia y del Consejo;

(f) Tomar medidas para solucionar situaciones de emergencia, dentro de los recursos de la Organización, sea a petición de los Gobiernos o por iniciativa propia;

(g) Aprobar el nombramiento de los funcionarios de más categoría a propuesta del Director, tal como están definidos en el Estatuto del Personal.

CAPITULO VII—LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Artículo 37

Los deberes y funciones de la Oficina serán los especificados en el Código Sanitario Panamericano y los que pueda asignarle la Conferencia, el Consejo, o el Comité Ejecutivo a tenor del Artículo 36 de la presente Constitución.

Artículo 38

La Oficina tendrá un Director, un Subdirector y un Secretario General, así como el personal técnico y administrativo que requiera.

Artículo 39

El Director será el principal funcionario técnico y administrativo de la Organización y tendrá la representación legal de la misma.

Artículo 40

El Director prestará servicio por un período de cuatro años. En caso de renuncia, incapacidad o muerte del Director, el Subdirector actuará como Director *ad interim* hasta la Conferencia siguiente.

Artículo 41

El Director nombrará a todos los miembros del personal de la Oficina, de acuerdo con el Estatuto correspondiente adoptado por la Organización.

Artículo 42

El Director participará en las reuniones de la Conferencia, del Consejo y del Comité Ejecutivo con voz pero sin voto.

Artículo 43

El Director preparará y someterá anualmente al Comité Ejecutivo los estados financieros y los proyectos de programa y presupuesto de la Organización.

Artículo 44

El Director presentará un informe anual sobre las actividades de la Organización al Comité Ejecutivo, para que éste lo transmita a la Conferencia o al Consejo.

Artículo 45

El Director podrá concertar con otras Organizaciones los acuerdos de carácter consultivo y cooperativo que estime pertinentes, previa autorización y confirmación por parte de la Conferencia o del Consejo.

Artículo 46

(a) Ningún miembro del personal de la Oficina podrá actuar como representante de ningún Gobierno.

(b) En el ejercicio de sus funciones, el Director y todos los miembros del personal de la Oficina no podrán solicitar ni recibir instrucciones de ningún Gobierno ni de ninguna autoridad ajena a la Organización y se abstendrán de cualquier acto que sea incompatible con su condición de funcionarios internacionales. Los Gobiernos, por su parte, respetarán el carácter exclusivamente internacional del Director y del personal y no tratarán de influir sobre ellos.

CAPITULO VIII—COMISIONES TECNICAS

Artículo 47

El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana podrá designar las comisiones técnicas permanentes que sean autorizadas por la Conferencia o por el Consejo, y las comisiones técnicas no permanentes que sean autorizadas por la Conferencia, por el Consejo o por el Comité Ejecutivo.

CAPITULO IX—DISPOSICIONES FINANCIERAS

Artículo 48

Los Estados Miembros contribuirán con una cuota anual a los gastos de la Organización. Estas cuotas se establecerán a prorrata entre los Miembros sobre la misma base o proporción en que se prorratan los gastos de la Unión Panamericana, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo LX del Código Sanitario Panamericano (La Habana, 1924).

Artículo 49

Además de las cuotas ordinarias anuales, los Estados Miembros podrán hacer contribuciones extraordinarias para los fines generales de la Organización.

Artículo 50

Los territorios que participen en la Organización de conformidad con el Artículo 3, aportarán contribuciones financieras a la Organización sobre la base establecida por la Conferencia.

Artículo 51

La Conferencia, el Consejo o el Comité Ejecutivo podrán aceptar donaciones y legados hechos a la Organización, siempre que las condiciones de tales legados y donaciones sean compatibles con los fines y normas de ella.

CAPITULO X—REVISION DEL CODIGO SANITARIO PANAMERICANO

Artículo 52

(a) Cualquier Miembro de la Organización o el Director puede proponer a la Conferencia, para su estudio, revisiones y enmiendas al Código Sanitario Panamericano.

(b) Las revisiones y enmiendas aprobadas por la Conferencia por una mayoría de votos de las dos terceras partes de los miembros presentes y votantes, se transmitirán a los Miembros de la Organización para los efectos pertinentes.

CAPITULO XI—ENMIENDAS

Artículo 53

El Director comunicará a los Miembros de la Organización los textos de las enmiendas propuestas a la presente Constitución, al menos seis meses antes de la fecha en que se reúna la Conferencia para estudiarlas. Las enmiendas entrarán en vigor y obligarán a todos los Miembros en la fecha fijada por la Conferencia después de haber sido adoptadas por una mayoría de dos tercios de los Miembros presentes y votantes.

CAPITULO XII—INTERPRETACION

Artículo 54

Las cuestiones o diferencias que surjan en relación con la interpretación o aplicación de la presente Constitución, serán resueltas por el voto de la mayoría de los Miembros de la Organización, reunidos en la Conferencia o en el Consejo.

DOCUMENTOS DE TRABAJO

INFORME DEL RELATOR DEL GRUPO DE TRABAJO NO. 1, DE LA COMISIÓN II, SOBRE LA REVISIÓN DE LA CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN SANITARIA PANAMERICANA

(Documento CSP14/78)

El día 11 de octubre se reunió el grupo de trabajo No. 1 de la Comisión II, con el fin de examinar el proyecto del Comité Permanente sobre la Revisión de la Constitución (Documento CSP14/18 y Anexo).¹

El grupo de trabajo eligió Presidente al señor Delegado de la República Argentina, Dr. Gerardo Segura y Relator al Dr. Frederico Carlos Carnauba, Asesor de la Delegación del Brasil.

Este informe señala las principales modificaciones introducidas por el grupo de trabajo en el proyecto del Comité Permanente y resume las opiniones expresadas en el curso de los debates, sobre los puntos de especial importancia.

En el Capítulo I, que trata del objeto de la Organización Sanitaria Panamericana, el grupo decidió mantener la denominación actual de la institución, no obstante la moción presentada por el Gobierno de Cuba (Documento CSP14/39)² por

¹ Véase pág. 613.

² Véase pág. 612.

entender que el nombre Organización Sanitaria Panamericana está ya consagrado por el uso y es incluso conocido por un gran número de habitantes de los países americanos.

En el examen del Capítulo II "Miembros y Territorios Participantes", el Delegado de México, Dr. José Zozaya, presentó un nuevo texto al Artículo 3 redactado por el Comité Permanente (Anexo II al presente informe). El grupo de trabajo después de largas consideraciones decidió mantener la redacción del Proyecto, con el voto en contra de México y Argentina. Sobre este artículo declaró el señor Delegado de la Argentina que su Delegación se opondría a cualquier redacción en virtud de la cual se pudiera conceder derecho de voto a los territorios o grupo de territorios que no tengan la responsabilidad de la dirección de sus relaciones internacionales, aclarando que esa oposición se refería al derecho de votar sobre cualquier asunto. El Dr. Zozaya (México) se manifestó en igual sentido.

En el capítulo III, el grupo de trabajo creyó conveniente mantener el Consejo Directivo entre los órganos de la Organización, después de analizar conjuntamente los Artículos 4 y 10, puesto que le pareció mejor para el prestigio de las Conferencias Sanitarias Panamericanas que se realizaran cada cuatro años, como se hace actualmente. Por esta razón se mantuvo la redacción del Artículo 3 del texto vigente. El Relator recibió el encargo de proceder a los cambios necesarios para adaptar el Proyecto a esta decisión, así como para introducir en el texto los artículos referentes al Consejo Directivo. Estas disposiciones figuran en el texto que acompaña a este informe, en el Capítulo V (Anexo I).

Al examinar el Capítulo V del proyecto, relativo al Comité Ejecutivo, consideró el grupo de trabajo la moción presentada por la Delegación de Cuba (Documento CSP14/39) relativa al aumento del número de Miembros del Comité Ejecutivo. El grupo se pronunció, por varias consideraciones, en favor del mantenimiento de la composición actual del Comité Ejecutivo, sobre todo teniendo en cuenta su decisión anterior de conservar el Consejo Directivo.

Se acordó suprimir el Artículo 23 del proyecto y mantener la redacción del actual Artículo 14, que fija reuniones semestrales para el Comité Ejecutivo y prevé de forma clara las demás hipótesis en que deberá reunirse.

Al examinar el Artículo 24, volvió el grupo a considerar la ya referida moción del Gobierno de Cuba, en la cual también se proponía que los Miembros del Comité Ejecutivo pasaran por lo menos seis meses de su mandato en la sede de la Oficina, en Washington. El grupo analizó las dificultades prácticas de realización de esta idea, en las condiciones actuales y tuvo conocimiento de que las posibilidades materiales de la Oficina se oponían de una manera general a la moción de Cuba, pero decidió dejar constancia en este informe de la utilidad real de que, bajo otras condiciones, se pudiera familiarizar a los Miembros del Comité Ejecutivo con el mecanismo de la Oficina.

Tratando de las funciones del Comité Ejecutivo se decidió reunir los incisos (d) y (f), del Artículo 26 del proyecto, teniendo en cuenta sobre todo la decisión anterior de conservar como órgano de la Organización Sanitaria Panamericana al Consejo Directivo. El inciso (g), considerado superfluo, fué suprimido y sustituido por el inciso (h) del Proyecto, con pequeñas alteraciones en la parte final.

Se agregó a las funciones del Comité Ejecutivo, como inciso (g) del mismo Artículo 36 del nuevo texto, la de aprobar los nombramientos de los funcionarios de más categoría hechos por el Director de la Oficina. Esta decisión se tomó con posterioridad a la discusión del Artículo 26, ya que al examinar el Artículo 28, el grupo de trabajo decidió la supresión de las referencias a los cargos de Subdirector y Secretario Ejecutivo. También se modificaron los Artículos 30 y 31.

Se introdujo una modificación en la parte final del Artículo 36 del Proyecto para que dependiera de previa autorización y confirmación por parte de la Conferencia o del Consejo la firma de acuerdos con otras organizaciones interesadas en salud pública o relacionadas con ella.

El Artículo 38 (Comisiones Técnicas) fué suprimido y la redacción del texto vigente (Artículo 20) fué mantenida.

También se suprimió el Artículo 39, contrariamente a la opinión expresada por el Representante del Brasil, que aludió a la importancia de mantener una mención a las relaciones de la Organización Sanitaria Panamericana con la OMS y la OEA, así como de una referencia de carácter procesal a los casos de revisión de los Acuerdos actuales o a la celebración de nuevos Acuerdos con dichos organismos.

En la discusión del Capítulo XI, el grupo de trabajo se ocupó de la cuestión de saber si su tarea era la de elaborar un nuevo texto constitucional o sencillamente la de introducir enmiendas al texto vigente, como parecía indicar el preámbulo del Proyecto. Los antecedentes históricos expuestos, principalmente, por el Dr. Calderwood, Presidente del Comité Permanente de Revisión de la Constitución, a título de información, no permitieron llegar a ninguna conclusión positiva. La consideración de que no eran fundamentales las modificaciones introducidas en el texto vigente sino más bien de forma, llevó al grupo a estimar que solamente se enmendara el texto de la Constitución aprobada en octubre de 1947, en Buenos Aires.

Con este espíritu, el grupo decidió suprimir del Proyecto los Artículos 47, 48 y 49, después de haberle agregado al Artículo 46 una regla procesal relativa a la forma de dirimir las cuestiones de interpretación que surjan del texto constitucional.

Las modificaciones de forma hechas en el Proyecto no se señalan en este informe por no estimarse necesario.

ANEXO I: TEXTO DEL PROYECTO REVISADO DE CONSTITUCIÓN PREPARADO POR EL GRUPO DE TRABAJO N° 1

PREAMBULO

Los representantes de los Estados Americanos en la Conferencia Sanitaria Panamericana:

Deseosos de fomentar hasta su grado máximo la salud pública de los pueblos de las Américas;

Reconociendo que la cooperación internacional de todas las unidades políticas del Hemisferio Occidental es necesaria para la realización de este objetivo;

Considerando que la Organización Sanitaria Panamericana es un Organismo Especializado Interamericano establecido por un trato multilateral (Código Sanitario Panamericano, La Habana, 1924) y dotado de funciones específicas relacionadas con los problemas sanitarios de interés común para los Estados Americanos;

Considerando que la Conferencia Sanitaria Panamericana y la Oficina Sanitaria Panamericana sirven, respectivamente, de Comité Regional y de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en el Hemisferio Occidental; y

Estando debidamente autorizados por el Artículo 25 de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, aprobada en octubre de 1947, en Buenos Aires, para poner en vigencia enmiendas a esta Constitución;

Acuerdan, en este acto, lo siguiente:

CAPITULO I—OBJETO

Artículo 1

La Organización Sanitaria Panamericana (denominada en adelante la "Organización") tiene por objeto fundamental el desarrollo y la coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental con el fin de combatir las enfermedades, prolongar la vida y mejorar la salud física y mental de sus habitantes.

CAPITULO II—MIEMBROS Y TERRITORIOS PARTICIPANTES

Artículo 2

(a) Son Miembros de la Organización las veintiuna Repúblicas Americanas.

(b) Podrán adquirir la calidad de Miembros de la Organización otros Estados Americanos siempre que lo apruebe la Conferencia por una mayoría de dos tercios de los Miembros presentes y votantes.

Artículo 3

Cualquier territorio o grupo de territorios situado en el Hemisferio Occidental que no tenga a su cargo la dirección de sus relaciones internacionales puede estar representado y participar en la Organización. La naturaleza y alcance de esta representación y participación, así como las obligaciones de cualquiera de esos territorios o grupos de territorios, se determinarán por los Miembros de la Organización representados en la Conferencia Sanitaria Panamericana, dentro de las limitaciones establecidas en la presente Constitución.

CAPITULO III—ORGANOS

Artículo 4

La Organización Sanitaria Panamericana comprenderá:

- (a) La Conferencia Sanitaria Panamericana (denominada en adelante la "Conferencia");
- (b) El Consejo Directivo (denominado en adelante el "Consejo");
- (c) El Comité Ejecutivo de la Conferencia y del Consejo Directivo (denominado en adelante el "Comité Ejecutivo"); y
- (d) La Oficina Sanitaria Panamericana.

CAPITULO IV—LA CONFERENCIA

Sección I—Composición, Votaciones, Reuniones

Artículo 5

Cada Miembro estará representado en la Conferencia por no más de tres delegados, uno de los cuales será designado por su Gobierno como jefe de la delegación. Los delegados habrán de ser preferiblemente personas calificadas por su competencia técnica en el campo de la salud y por lo menos uno de ellos deberá ser funcionario de la administración sanitaria nacional.

Artículo 6

Cada territorio o cada grupo de territorios bajo la jurisdicción de un mismo Estado puede estar representado en la Conferencia por no más de tres delegados que habrán de ser, de preferencia, personas calificadas por su competencia técnica en el campo de la salud, uno de los cuales deberá ser funcionario de la administración sanitaria del territorio o grupo de territorios.

Artículo 7

Los delegados pueden ir acompañados de suplentes y asesores.

Artículo 8

(a) Cada Estado Miembro, junto con cualquier territorio o grupo de territorios que esté bajo su jurisdicción y pueda estar representado en la Conferencia, tendrá un voto.

(b) Los territorios o grupos de territorios bajo la jurisdicción de un mismo Estado no americano votarán como una sola unidad siempre que tengan derecho a votar. Sólo podrá emitirse un voto en nombre de cada unidad.

Artículo 9

Las decisiones se adoptarán por mayoría de votos de las delegaciones presentes y votantes, salvo en los casos en que la presente Constitución o la Conferencia dispongan otra cosa.

Artículo 10

La Conferencia se reunirá, en sesión ordinaria, cada cuatro años en el país elegido en la reunión anterior y en la fecha fijada por el Director, en consulta con el Gobierno huésped. En la medida de lo posible, se procurará no celebrar en el mismo país dos reuniones sucesivas de la Conferencia. En el caso de que la reunión no pueda celebrarse en el país previamente designado, el Director tomará las medidas necesarias para que la Conferencia se reúna en la sede de la Organización.

Artículo 11

La Conferencia se reunirá, en sesión extraordinaria, a solicitud del Comité Ejecutivo o de la mayoría de los Miembros de la Organización. Las reuniones extraordinarias se celebrarán, por regla general, en la sede de la Organización. El Director, en consulta con los Miembros del Consejo Directivo, fijará el lugar y la fecha de las reuniones extraordinarias.

Artículo 12

El Director convocará todas las reuniones de la Conferencia.

Artículo 13

Con anticipación suficiente a la fecha fijada para la reunión de la Conferencia y del Consejo Directivo, cuando se realice fuera de la sede de la Organización, el Gobierno del país donde haya de celebrarse nombrará un Comité que colaborará con la Oficina en la organización de la reunión.

Artículo 14

El Director de la Oficina preparará el programa de temas de la Conferencia y lo someterá a la aprobación del Comité Ejecutivo. La Conferencia puede añadir nuevos temas al programa o modificarlo de acuerdo con su Reglamento.

La Conferencia elegirá su Mesa Directiva y adoptará su propio Reglamento.

Sección II—Facultades y Funciones

Artículo 15

La Conferencia es la autoridad suprema en el gobierno de la Organización.

Artículo 16

La Conferencia determinará la política general de la Organización, y dará las instrucciones que estime convenientes al Consejo Directivo, al Comité Ejecutivo y al Director en relación con cualquier asunto que sea de la competencia de la Organización.

Artículo 17

La Conferencia servirá de foro para el intercambio de informaciones e ideas relacionadas con los problemas de salubridad de los países del Hemisferio Occidental.

Artículo 18

Asímismo la Conferencia:

- (a) Examinará los informes del Director;
- (b) Examinará y aprobará el presupuesto de la Organización;
- (c) Elegirá los Estados Miembros que hayan de integrar el Comité Ejecutivo;
- (d) Elegirá al Director de acuerdo con el Artículo 40 de esta Constitución.

Artículo 19

La Conferencia podrá delegar cualquiera de sus funciones en el Consejo Directivo, a excepción de las siguientes: (a) determinar la política general de la Organización, (b) elegir al Director, (c) aprobar acuerdos entre la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud o la Organización de los Estados Americanos, (d) admitir nuevos Miembros, (e) determinar la naturaleza y alcance de la participación de territorios, y (f) adoptar enmiendas a la presente Constitución.

CAPITULO V—EL CONSEJO

Composición, Votaciones, Reuniones

Artículo 20

El Consejo estará compuesto por un representante de cada Estado Miembro de la Organización y un representante de cada territorio o grupo de territorios a los cuales se haya concedido el derecho de representación ante la Organización de acuerdo con el Artículo 3 de esta Constitución. El representante elegido por cada uno de los Gobiernos participantes será seleccionado entre especialistas en salud pública, con preferencia funcionarios de los servicios de la salud pública nacional. Cada representante podrá ser acompañado por suplentes o asesores.

Artículo 21

Cada Estado Miembro, junto con cualquier territorio o grupo de territorios que esté bajo su jurisdicción y pueda estar representado en el Consejo, tendrá un voto.

Artículo 22

Los territorios o grupos de territorios bajo la jurisdicción de un mismo Estado no americano votarán como una sola unidad siempre que tengan derecho a votar. Sólo podrá emitirse un voto en nombre de cada unidad.

Artículo 23

Las decisiones se adoptarán por mayoría de votos de las delegaciones presentes y votantes, salvo en los casos en que la presente Constitución o el Consejo dispongan otra cosa.

Artículo 24

El Consejo se reunirá en sesión ordinaria por lo menos una vez al año, excepto en el año en que se reúna la Conferencia.

Artículo 25

El Consejo se reunirá en sesión extraordinaria, a solicitud del Comité Ejecutivo o de la mayoría de los Miembros de la Organización. Las reuniones extraordinarias se celebrarán, por regla general, en la sede de la Organización. El Director, en consulta con los Miembros del Comité Ejecutivo, fijará el lugar y la fecha de las reuniones extraordinarias.

Artículo 26

El Director convocará todas las reuniones del Consejo Directivo.

Artículo 27

El Director preparará el programa de temas para la reunión del Consejo y lo someterá a la aprobación del Comité Ejecutivo. El Consejo podrá introducir adiciones o modificaciones al programa de acuerdo con su Reglamento.

El Consejo elegirá su mesa directiva y adoptará su propio Reglamento.

Artículo 28

El Consejo desempeñará las funciones que le delegue la Conferencia, actuan-

do en nombre de ella durante el intervalo de sus reuniones, y poniendo en vigencia las decisiones y normas que la Conferencia haya impartido.

Artículo 29

Asimismo el Consejo:

- (a) Examinará los informes del Director;
- (b) Considerará y aprobará el presupuesto anual de la Organización.

CAPITULO VI—EL COMITE EJECUTIVO

Composición, Votaciones, Reuniones

Artículo 30

El Comité Ejecutivo estará integrado por un representante de cada uno de siete Estados Miembros elegidos por la Conferencia o el Consejo Directivo para que actúen en su nombre. Estos Estados serán elegidos por períodos escalonados de tres años y no podrán ser reelegidos hasta pasado un período de un año.

Cada representante podrá ir acompañado de suplentes y asesores.

Artículo 31

Los Estados Miembros que no estén representados en el Comité Ejecutivo y los territorios o grupos de territorios a que se refiere el Artículo 3 de esta Constitución podrán participar sin voto en las reuniones del Comité Ejecutivo.

Artículo 32

La Oficina sufragará los gastos de los representantes de los Estados Miembros del Comité Ejecutivo que asistan a las reuniones de éste, excepto cuando se celebren inmediatamente antes o inmediatamente después de una reunión de la Conferencia o del Consejo.

Artículo 33

El Comité Ejecutivo se reunirá por lo menos una vez cada seis meses, o cuando sea convocado con la debida anticipación por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, o a petición de por lo menos tres Gobiernos Miembros. Una de estas reuniones podrá celebrarse en la fecha y sede de la reunión anual del Consejo.

Artículo 34

El Director preparará el programa de temas del Comité Ejecutivo y lo someterá a su aprobación. El Comité podrá introducir nuevos temas al programa o modificarlo en la forma establecida en su Reglamento.

El Comité Ejecutivo elegirá su mesa directiva y adoptará su propio Reglamento.

Artículo 35

Las decisiones se adoptarán por mayoría de votos de los representantes presentes y votantes.

Artículo 36

Serán funciones del Comité Ejecutivo:

- (a) Desempeñar las funciones que le deleguen la Conferencia y el Consejo,

dar cumplimiento a sus decisiones y poner en práctica la política adoptada por la Conferencia;

(b) Servir de órgano de consulta a la Conferencia y al Consejo en los asuntos que éstos le presenten y en aquellos que correspondan a la Organización en virtud de convenios, acuerdos y reglamentos;

(c) Someter a la Conferencia y al Consejo, por iniciativa propia, opiniones y propuestas;

(d) Examinar el programa y presupuesto anual preparados por el Director; formular observaciones sobre los mismos y elevarlos a la consideración de la Conferencia o del Consejo junto con las recomendaciones que estime conveniente formular;

(e) Aprobar el proyecto de programa de temas de las reuniones de la Conferencia y del Consejo;

(f) Tomar medidas para solucionar situaciones de emergencia, dentro de los recursos de la Organización, sea a petición de los Gobiernos o por iniciativa propia;

(g) Aprobar el nombramiento de los funcionarios de más categoría a propuesta del Director, tal como están definidos en el Estatuto del Personal.

CAPITULO VII—LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Artículo 37

Los deberes y funciones de la Oficina serán los especificados en el Código Sanitario Panamericano y los que pueda asignarle la Conferencia, el Consejo, o el Comité Ejecutivo a tenor del Artículo 36 de la presente Constitución.

Artículo 38

La Oficina tendrá un Director, así como el personal técnico y administrativo que requiera.

Artículo 39

El Director será el principal funcionario técnico y administrativo de la Organización y tendrá la representación legal de la misma.

Artículo 40

La Conferencia elegirá al Director por una mayoría de dos tercios de las delegaciones presentes y votantes para que preste servicio por un período de cuatro años.

Artículo 41

El Director nombrará a todos los miembros del personal de la Oficina, de acuerdo con el Estatuto correspondiente adoptado por la Organización.

Artículo 42

El Director participará en las reuniones de la Conferencia, del Consejo y del Comité Ejecutivo con voz pero sin voto.

Artículo 43

El Director será *ex-officio* Secretario de la Conferencia del Consejo y del

Comité Ejecutivo; de todos los Comités de la Organización y de las Conferencias que ésta convoque. Podrá delegar estas funciones.

Artículo 44

El Director preparará y someterá anualmente al Comité Ejecutivo los estados financieros y los proyectos de programa y presupuesto de la Organización.

Artículo 45

El Director presentará un informe anual sobre las actividades de la Organización al Comité Ejecutivo, para que éste los transmita a la Conferencia o al Consejo.

Artículo 46

El Director podrá concertar con otras organizaciones interesadas en la salud pública, a relacionadas con ella, los acuerdos de carácter consultivo y cooperativo que estime pertinentes, previa autorización y confirmación por parte de la Conferencia o del Consejo.

Artículo 47

(a) Ningún miembro del personal de la Oficina podrá actuar como representante de ningún Gobierno.

(b) En el ejercicio de sus funciones, el Director y todos los miembros del personal de la Oficina no podrán solicitar ni recibir instrucciones de ningún Gobierno ni de ninguna autoridad ajena a la Organización y se abstendrán de cualquier acto que sea incompatible con su condición de funcionarios internacionales. Los Gobiernos, por su parte, respetarán el carácter exclusivamente internacional del Director y del personal y no tratarán de influir sobre ellos.

CAPITULO VIII—COMISIONES TECNICAS

Artículo 48

El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana podrá designar las comisiones técnicas permanentes que sean autorizadas por la Conferencia o por el Consejo, y las comisiones técnicas no permanentes que sean autorizadas por la Conferencia, por el Consejo o por el Comité Ejecutivo.

CAPITULO IX—DISPOSICIONES FINANCIERAS

Artículo 49

Los Estados Miembros contribuirán con una cuota anual a los gastos de la Organización. Estas cuotas se establecerán a prorrata entre los Miembros sobre la misma base o proporción en que se prorratan los gastos de la Unión Panamericana, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo LX del Código Sanitario Panamericano (La Habana, 1924).

Artículo 50

Además de las cuotas ordinarias anuales, los Estados Miembros podrán hacer contribuciones extraordinarias para los fines generales de la Organización.

Artículo 51

Los territorios que participen en la Organización de conformidad con el Artículo 3, aportarán contribuciones financieras a la Organización sobre la base establecida por la Conferencia.

Artículo 52

La Conferencia, el Consejo o el Comité Ejecutivo podrán aceptar donaciones y legados hechos a la Organización, siempre que las condiciones de tales legados y donaciones sean compatibles con los fines y normas de ella.

CAPITULO X—REVISION DEL CODIGO SANITARIO PANAMERICANO

Artículo 53

(a) Cualquier Miembro de la Organización o el Director puede proponer a la Conferencia o al Consejo Directivo, para su estudio, revisiones y enmiendas al Código Sanitario Panamericano.

(b) Las revisiones y enmiendas aprobadas por la Conferencia o el Consejo por una mayoría de votos de las dos terceras partes de los Miembros presentes y votantes, se transmitirán a los Miembros de la Organización para los efectos pertinentes.

CAPITULO XI—ENMIENDAS

Artículo 54

El Director comunicará a los Miembros de la Organización los textos de las enmiendas propuestas a la presente Constitución, al menos seis meses antes de la fecha en que se reúna la Conferencia para estudiarlas. Las enmiendas entrarán en vigor y obligarán a todos los Miembros en la fecha fijada por la Conferencia después de haber sido adoptadas por una mayoría de dos tercios de los Miembros presentes y votantes.

CAPITULO XII—INTERPRETACION

Artículo 55

Las cuestiones o diferencias que surjan en relación con la interpretación o aplicación de la presente Constitución, serán resueltas por el voto de la mayoría de los Miembros de la Organización, reunidos en la Conferencia o en el Consejo.

**ANEXO II: MOCIÓN PRESENTADA POR LA DELEGACIÓN DE MÉXICO AL ARTÍCULO 3
DEL PROYECTO REVISADO DE CONSTITUCIÓN PREPARADO POR EL
COMITÉ PERMANENTE**

Cualquier territorio o grupo de territorios dentro del Continente Americano que no tenga a su cargo la dirección de sus relaciones internacionales podrá cooperar en las labores de la Organización, de conformidad con los lineamientos de un Acuerdo que al respecto se celebre entre la Autoridad encargada de sus relaciones internacionales y la Conferencia Sanitaria Panamericana. No podrá concederse en dichos Acuerdos el derecho de voto en los organismos de la Organización Sanitaria Panamericana.

MIEMBROS Y MIEMBROS ASOCIADOS DE LA ORGANIZACION

(Propuesta del Gobierno de Cuba) (Documento CSPI4/38)

De acuerdo con la solicitud del jefe de la Delegación de Cuba, Embajador Encargado de Asuntos Sanitarios Internacionales, Dr. Félix Hurtado, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana transmitió por carta SGC-CL-56-54 de fecha 22 de septiembre de 1954 a los Gobiernos Miembros de la Organización la moción adjunta, que el Gobierno de Cuba presenta a la consideración de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

De conformidad con el inciso C del Artículo 24 del Proyecto de Reglamento Interno, esta moción se ha incluido como subtema del Tema 15 en el proyecto de programa de temas de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

TEXTO DE LA MOCIÓN

La Delegación de Cuba a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana presenta la siguiente moción:

Considerando que la Organización Panamericana de Salud Pública es un órgano que debe quedar enmarcado dentro de los cánones del Derecho Internacional Público, como un instrumento interamericano, procede que la Constitución establezca, sin duda alguna, las características de sus miembros titulares, que no podrán ser otros que aquellos que como "persona jurídica" sean miembros de la Organización de los Estados Americanos.

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana resuelve:

Incorporar a la Constitución de la Organización un precepto básico que defina dos clases de miembros de la misma: (a) Miembros Titulares (*Full Members*) y (b) Miembros Asociados (*Associate Members*).

CAMBIO DE NOMBRE DE LA ORGANIZACION, CONFERENCIA Y OFICINA; Y MODIFICACION DE LA COMPOSICION Y REUNIONES DEL COMITE EJECUTIVO (ARTICULOS 13 Y 14 DE LA CONSTITUCION VIGENTE)

(Propuesta del Gobierno de Cuba) (Documento CSPI4/39)

De acuerdo con la solicitud del jefe de la Delegación de Cuba, Embajador Encargado de Asuntos Sanitarios Internacionales, Dr. Félix Hurtado, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana transmitió por carta SGC-CL-56-54 de fecha 22 de septiembre de 1954 a los Gobiernos Miembros de la Organización las mociones adjuntas, que el Gobierno de Cuba presenta a la consideración de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

De conformidad con el inciso C del Artículo 24 del Proyecto de Reglamento Interno, estas mociones se han incluido como subtema del Tema 15 en el proyecto de programa de temas de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

TEXTO DE LAS PROPUESTAS

Mociones en relación con la reforma de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, que la Delegación de Cuba presentará a la consideración de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana:

A. Cambio del Nombre

Considerando que el vocablo "Sanitaria" no abarca completamente en su significado las verdaderas funciones, fines y propósitos de la Organización y a fin de darle una acepción más cabal y ponerla a tono con el organismo mundial del que es hoy al propio tiempo una rama regional, procede sustituir el término "Sanitaria", que tan repetidas veces encontramos en el texto de este documento por "Salud Pública".

Por tanto en el nuevo texto se diría:

- (1) Organización Panamericana de Salud Pública.
Pan American Organization of Public Health.
- (2) Oficina Panamericana de Salud Pública.
Panamerican Office of Public Health.
- (3) Conferencia Panamericana de Salud Pública.
Panamerican Conference of Public Health.

B. Comité Ejecutivo

Art. 13. Composición:

- (a) El Comité Ejecutivo estará integrado por nueve Gobiernos Miembros, etc.
- (b) Cada miembro del Comité Ejecutivo, de los 36 meses de su mandato, hará una estancia de cuatro meses en la ciudad de Washington.
- (c) El actual inciso (b) pasará a ser inciso (c).

Art. 14. Reuniones y residencia de un miembro del Comité Ejecutivo.

- (a) Sin variante.
- (b) Se antepondrá un párrafo que dirá:

Los gastos de la residencia de un miembro del Comité Ejecutivo serán incluidos en los presupuestos fijos de la Oficina.

INFORME FINAL DEL COMITE PERMANENTE SOBRE LA REVISION DE LA CONSTITUCION

(Documento CSP14/18)

De acuerdo con la Resolución XIX aprobada en la VII Reunión del Consejo Directivo (Washington, D. C., octubre, 1953), el Comité Permanente sobre la Revisión de la Constitución presenta su informe final a la consideración de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana. Desde la VII Reunión del Consejo Directivo, el Comité Permanente ha celebrado treinta reuniones durante las cuales examinó el texto íntegro del Proyecto de Constitución revisada (transmitido a los Gobiernos Miembros en 1952, Documento CPRC/14, de fecha 20 de julio de 1952), junto con las modificaciones hechas provisionalmente por el Comité, con el fin de tomar en consideración las observaciones de los Gobiernos Miembros y de los organismos internacionales interesados (Documento CPRC/32, Anexos I y II). El 26 de julio de 1954 el Comité dió su aprobación al Proyecto de Constitución revisada, que acompaña a este informe (Anexo).

Durante su revisión final, el Comité siguió la práctica de aprobar los artículos del proyecto de revisión de 1952, según aparecen en el documento CPRC/14, salvo en lo que se refiere a las modificaciones que se consideraron necesarias a fin de:

- (1) Tomar en consideración las observaciones hechas por la mayoría de los Miembros de la Organización, o por un número considerable de ellos, o por el Consejo de la Organización de los Estados Americanos;
- (2) Eliminar ambigüedades y modificar el texto de los artículos en beneficio de su claridad; y
- (3) Ajustarse lo más estrechamente posible a la presente Constitución a falta de pruebas evidentes de la necesidad de un cambio.

Las consideraciones principales que en la fecha de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (Ciudad Trujillo, octubre de 1950) condujeron al estudio de la Constitución, con el propósito de revisarla, fueron:

- (1) La opinión de que las reuniones del Cuerpo Constituyente de la Organización en que están representados todos los Miembros, deberían ser bienales en lugar de anuales;
- (2) La opinión de que los derechos de participación de los representantes de los territorios que se encuentran bajo la jurisdicción de Estados no americanos deberían definirse de un modo más preciso;
- (3) La opinión de que debería simplificarse la estructura de la Organización, y
- (4) La suposición de que era necesario revisar la Constitución.

El Proyecto de Constitución revisada dispone que se celebren reuniones bienales del cuerpo directivo (Conferencia), en las cuales estén representados todos los Miembros. El Comité desea señalar, sin embargo, que la Asamblea Mundial de la Salud no ha tomado las medidas necesarias para implantar las reuniones bienales, como se esperaba en 1950 cuando la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana tomó en consideración, inicialmente, esas reuniones. Una decisión unilateral por parte de la Organización Sanitaria Panamericana encaminada a reducir el número de reuniones no contribuiría a reducir los gastos de organización si se tiene en cuenta que subsiste la necesidad por parte del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, de celebrar reuniones anuales.

Después de un cuidadoso estudio de las disposiciones pertinentes de la presente Constitución y de las observaciones que le han sido presentadas, el Comité ha llegado a la conclusión de que no es necesario ni deseable que la Constitución contenga disposiciones que definan los derechos de participación de los representantes de los territorios que se encuentran bajo la jurisdicción de Estados no americanos. La V Reunión del Consejo Directivo (Washington, D. C., septiembre-octubre, 1951) ha definido (Resolución XV) los derechos de participación de los representantes de esos territorios en la forma prescrita por la presente Constitución (Buenos Aires, 1947, Artículo 2, Párrafo B).

La definición del Consejo proporciona una fórmula satisfactoria, con arreglo a la cual los representantes de esos territorios pueden participar y participan en las reuniones de la Organización Sanitaria Panamericana, en beneficio no sólo de los territorios de que se trata, sino de la Organización y de sus distintos Miembros.

El Comité desea llamar la atención sobre la redacción del Artículo 3 del texto revisado propuesto, que aclara (al igual que otros artículos) que la condición de Estados Miembros difiere de la de Estados no Miembros.

En toda simplificación de la estructura de la Organización, debe sacrificarse el término Consejo Directivo, puesto que la Conferencia fué establecida por el Código Sanitario Panamericano (La Habana, 1924). Como quiera que en la mayoría de los asuntos el Consejo Directivo actúa como la Conferencia y está formado por representantes de los mismos Estados Miembros, sus funciones, naturalmente, revierten a la Conferencia, salvo en la medida en que la propuesta de celebrar reuniones bienales exige que se señalen ciertas funciones al Comité Ejecutivo en los años en que no se reúne la Conferencia.

Washington, D. C., 26 de julio de 1954.

Howard B. Calderwood
Presidente del Comité Permanente
y Representante de los Estados Unidos de América

Alberto Sepúlveda Contreras
Representante de Chile

Horacio Vicioso Soto
Representante de la República
Dominicana

ANEXO: TEXTO DEL PROYECTO DE CONSTITUCIÓN REVISADA
PREPARADO POR EL COMITÉ PERMANENTE

PREAMBULO

Los representantes de los Estados Americanos en la Conferencia Sanitaria Panamericana:

Deseosos de fomentar hasta su grado máximo la salud pública de los pueblos de las Américas;

Reconociendo que la cooperación internacional de todas las unidades políticas del Hemisferio Occidental es necesaria para la realización de este objetivo;

Considerando que la Organización Sanitaria Panamericana es un Organismo Especializado Interamericano establecido por un tratado multilateral (Código Sanitario Panamericano aprobado en La Habana en 1924) y dotado de funciones específicas relacionadas con los problemas sanitarios de interés común para los Estados Americanos;

Considerando que la Conferencia Sanitaria Panamericana y la Oficina Sanitaria Panamericana sirven, respectivamente, de Comité Regional y de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en el Hemisferio Occidental; y

Estando debidamente autorizados por el Artículo 25 de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, aprobada en octubre de 1947 en Buenos Aires, para aprobar y poner en vigencia enmiendas a esta Constitución;

Acuerdan, en este acto, lo siguiente:

CAPITULO I—OBJETO

Artículo 1

La Organización Sanitaria Panamericana (denominada en adelante la “Organización”) tiene por objeto fundamental el desarrollo y la coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental con el fin de combatir las enfermedades, prolongar la vida y mejorar la salud física y mental de sus habitantes.

CAPITULO II—MIEMBROS Y TERRITORIOS PARTICIPANTES

Artículo 2

- (a) Son Miembros de la Organización las veintiuna Repúblicas Americanas.
 (b) Podrán adquirir la calidad de Miembros de la Organización otros Estados Americanos siempre que lo apruebe la Conferencia por una mayoría de dos tercios de los Miembros presentes y votantes.

Artículo 3

Cualquier territorio o grupo de territorios situado en el Hemisferio Occidental que no tenga a su cargo la dirección de sus relaciones internacionales puede estar representado y participar en la Organización. La naturaleza y alcance de esta representación y participación, así como las obligaciones de cualquiera de esos territorios o grupos de territorios, se determinarán por los Miembros de la Organización representados en la Conferencia Sanitaria Panamericana, dentro de las limitaciones establecidas en la presente Constitución.

CAPITULO III—ORGANOS

Artículo 4

La Organización está constituida por:

- (a) La Conferencia Sanitaria Panamericana (denominada en adelante la “Conferencia”);
 (b) El Comité Ejecutivo de la Conferencia (denominado en adelante el “Comité Ejecutivo”); y
 (c) La Oficina Sanitaria Panamericana (denominada en adelante la “Oficina”).

CAPITULO IV—LA CONFERENCIA

A. Composición, Votaciones, Reuniones

Artículo 5

Cada Miembro estará representado en la Conferencia por no más de tres delegados, uno de los cuales será designado por su Gobierno como jefe de la delegación. Los delegados habrán de ser preferiblemente personas calificadas por su competencia técnica en el campo de la salud y por lo menos uno de ellos deberá ser funcionario de la administración sanitaria nacional.

Artículo 6

Cada territorio o cada grupo de territorios bajo la jurisdicción de un mismo Estado pueden estar representados en la Conferencia por no más de tres delega-

dos que habrán de ser, de preferencia, personas calificadas por su competencia técnica en el campo de la salud, uno de los cuales deberá ser funcionario de la administración sanitaria del territorio o grupo de territorios.

Artículo 7

Los delegados pueden ir acompañados de suplentes y asesores.

Artículo 8

(a) Cada Estado Miembro, junto con cualquier territorio o grupo de territorios que esté bajo su jurisdicción y pueda estar representado en la Conferencia, tendrá un voto.

(b) Los territorios o grupos de territorios bajo la jurisdicción de un mismo Estado no americano votarán como una sola unidad siempre que tengan derecho a votar. Sólo podrá emitirse un voto en nombre de cada unidad.

Artículo 9

Las decisiones se adoptarán por mayoría de votos de las delegaciones presentes y votantes, salvo en los casos en que la presente Constitución o la Conferencia dispongan otra cosa.

Artículo 10

La Conferencia se reunirá, en sesión ordinaria, cada dos años en el país elegido en la reunión anterior y en la fecha fijada por el Director, en consulta con el Gobierno huésped. Esta fecha estará sujeta a confirmación por parte del Comité Ejecutivo. En la medida de lo posible, se procurará no celebrar en el mismo país dos reuniones sucesivas de la Conferencia. En el caso de que la reunión no pueda celebrarse en el país previamente designado, el Director tomará las medidas necesarias para que la Conferencia se reúna en la sede de la Organización.

Artículo 11

La Conferencia se reunirá, en sesión extraordinaria, a solicitud del Comité Ejecutivo o de la mayoría de los Miembros de la Organización. Las reuniones extraordinarias se celebrarán, por regla general, en la sede de la Organización. El Director, en consulta con los Miembros del Comité Ejecutivo, fijará el lugar y la fecha de las reuniones extraordinarias.

Artículo 12

El Director convocará todas las reuniones de la Conferencia.

Artículo 13

Con anticipación suficiente a la fecha fijada para la reunión de la Conferencia, el Gobierno del país donde haya de celebrarse ésta nombrará un Comité que colaborará con la Oficina en la organización de la reunión.

Artículo 14

El Director de la Oficina preparará el programa de temas de la Conferencia y lo someterá a la aprobación del Comité Ejecutivo. La Conferencia puede añadir nuevos temas al programa o modificarlo de acuerdo con su Reglamento.

La Conferencia elegirá su Mesa Directiva y adoptará su propio Reglamento.

B. Facultades y Funciones

Artículo 15

La Conferencia es la autoridad suprema en el gobierno de la Organización.

Artículo 16

La Conferencia determinará la política general de la Organización, y dará las instrucciones que estime convenientes al Comité Ejecutivo y al Director en relación con cualquier asunto que sea de la competencia de la Organización.

Artículo 17

La Conferencia servirá de foro para el intercambio de informaciones e ideas relacionadas con los problemas de salubridad de los países del Hemisferio Occidental.

Artículo 18

Asimismo la Conferencia:

- (a) examinará los informes del Director;
- (b) examinará y aprobará el presupuesto de la Organización;
- (c) elegirá los Estados Miembros que hayan de integrar el Comité Ejecutivo;
- (d) elegirá al Director de acuerdo con el Artículo 30 de esta Constitución.

Artículo 19

La Conferencia podrá delegar cualquiera de sus funciones en el Comité Ejecutivo, a excepción de las siguientes: (a) determinar la política general de la Organización, (b) aprobar la suma total del presupuesto, (c) elegir al Director, (d) aprobar acuerdos entre la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud o la Organización de los Estados Americanos, (e) admitir nuevos Miembros, (f) determinar la naturaleza y alcance de la participación de territorios, y (g) adoptar enmiendas a la presente Constitución. El Comité Ejecutivo ejercerá en nombre de la Conferencia las funciones que ésta le delegue.

CAPITULO V—EL COMITE EJECUTIVO

A. Composición, Votaciones, Reuniones

Artículo 20

El Comité Ejecutivo estará integrado por un representante de cada uno de siete Estados Miembros elegidos por la Conferencia para que actúen en su nombre. Estos Estados serán elegidos por períodos escalonados de cuatro años y no podrán ser reelegidos hasta pasado un período de un año.

Cada representante podrá ir acompañado de suplentes y asesores.

Artículo 21

Los Estados Miembros que no estén representados en el Comité Ejecutivo y los territorios o grupos de territorios a que se refiere el Artículo 3 de esta Constitución podrán participar sin voto en las reuniones del Comité Ejecutivo.

Artículo 22

La Oficina sufragará los gastos de los representantes de los Estados Miembros del Comité Ejecutivo que asistan a las reuniones de éste, excepto cuando se

celebren inmediatamente antes o inmediatamente después de una reunión de la Conferencia.

Artículo 23

El Comité Ejecutivo se reunirá, por lo menos, una vez al año. El Director convocará a reunión extraordinaria cuando lo estime necesario o lo soliciten por lo menos tres Miembros de la Organización. El Director convocará las reuniones de acuerdo con el Reglamento del Comité Ejecutivo.

Artículo 24

El Director preparará el programa de temas del Comité Ejecutivo y lo someterá a su aprobación. El Comité podrá introducir nuevos temas al programa o modificarlo en la forma establecida en su Reglamento.

El Comité Ejecutivo elegirá su Mesa Directiva y adoptará su propio Reglamento.

Artículo 25

Las decisiones se adoptarán por mayoría de votos de los representantes presentes y votantes, salvo en aquellos casos en que el Comité Ejecutivo disponga otra cosa.

B. Funciones

Artículo 26

Serán funciones del Comité Ejecutivo:

- (a) desempeñar las funciones que le delegue la Conferencia, dar cumplimiento a sus decisiones y poner en práctica la política adoptada por la Conferencia;
- (b) asesorar a la Conferencia en los asuntos que ésta le consulte y en aquéllos que correspondan a la Organización en virtud de convenios, acuerdos y reglamentos;
- (c) someter a la Conferencia, por iniciativa propia, opiniones y propuestas;
- (d) examinar el programa y presupuesto preparados por el Director, formular observaciones sobre los mismos y, en los años en que no se reúna la Conferencia, aprobar el presupuesto con sujeción a las decisiones de la Conferencia y sin exceder la suma total fijada por ella;
- (e) aprobar el proyecto de programa de temas de las reuniones de la Conferencia;
- (f) someter a la Conferencia el presupuesto anual preparado por el Director, junto con las recomendaciones que el Comité Ejecutivo estime conveniente formular;
- (g) desempeñar cualesquiera otras funciones que la Conferencia le autorice a ejercer;
- (h) tomar medidas de emergencia, dentro de su competencia y de los recursos financieros de la Organización, para hacer frente a situaciones que exijan la adopción de medidas inmediatas.

CAPITULO VI—LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Artículo 27

Los deberes y funciones de la Oficina serán los especificados en el Código Sanitario Panamericano y cualesquiera otros que pueda asignarle la Conferencia, o el Comité Ejecutivo a tenor del Artículo 26 de la presente Constitución.

Artículo 28

La Oficina tendrá un Director, un Subdirector, un Secretario Ejecutivo, y el personal técnico y administrativo que la Organización pueda necesitar.

Artículo 29

El Director será el principal funcionario técnico y administrativo de la Organización y tendrá la representación legal de la misma.

Artículo 30

La Conferencia elegirá al Director por una mayoría de dos tercios de las delegaciones presentes y votantes para que preste servicio en las condiciones que la Conferencia determine. En caso de renuncia, incapacidad o muerte del Director, el Subdirector actuará de Director *ad interim* hasta la Conferencia siguiente.

Artículo 31

El Director nombrará al Subdirector y al Secretario Ejecutivo con la aprobación del Comité Ejecutivo. El Director nombrará también a todos los demás miembros del personal de la Oficina, de acuerdo con el estatuto del personal adoptado por la Organización.

Artículo 32

El Director tendrá derecho a participar en las reuniones de la Conferencia y del Comité Ejecutivo con voz pero sin voto.

Artículo 33

El Secretario Ejecutivo será *ex officio* Secretario de la Conferencia, del Comité Ejecutivo, de todos los Comités de la Organización y de las conferencias que ésta convoque. Podrá, con la aprobación del Director, delegar estas funciones.

Artículo 34

El Director preparará y someterá anualmente al Comité Ejecutivo los estados financieros y los proyectos de presupuesto de la Organización.

Artículo 35

El Director presentará al Comité Ejecutivo, para que éste lo transmita a la Conferencia, un informe anual sobre las actividades de la Organización.

Artículo 36

El Director podrá concertar con otras organizaciones interesadas en la salud pública, o relacionadas con ella, los acuerdos de carácter consultivo y cooperativo que estime pertinentes, quedando sujetos a confirmación por parte de la Conferencia.

Artículo 37

(a) Ningún miembro del personal de la Oficina podrá actuar como representante de ningún Gobierno.

(b) En el ejercicio de sus funciones, el Director y todos los miembros del personal de la Oficina no podrán solicitar ni recibir instrucciones de ningún Gobierno ni de ninguna autoridad ajena a la Organización y se abstendrán de cualquier acto que sea incompatible con su condición de funcionarios internacionales.

Los Gobiernos, por su parte, respetarán el carácter exclusivamente internacional del Director y del personal y no tratarán de influir sobre ellos.

CAPITULO VII—COMISIONES TECNICAS

Artículo 38

El Director nombrará las Comisiones Técnicas que hayan sido autorizadas por la Conferencia o por el Comité Ejecutivo.

CAPITULO VIII—RELACIONES

Artículo 39

(a) Las relaciones entre la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud, y las relaciones entre la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización de los Estados Americanos se regirán por los acuerdos celebrados de conformidad con la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y la Carta de la Organización de los Estados Americanos, respectivamente.

(b) Para cualquier nuevo acuerdo o cualquier revisión del presente acuerdo de 24 de mayo de 1949 entre la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud, y para cualquier nuevo acuerdo o para cualquier revisión del presente acuerdo de 23 de mayo de 1950 entre la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización de los Estados Americanos, será necesario el voto de dos tercios de los Miembros de la Organización representados en la Conferencia. Las propuestas relativas a cualquier nuevo acuerdo o revisión deberán ser comunicadas a los Miembros por lo menos tres meses antes de la Conferencia.

CAPITULO IX—DISPOSICIONES FINANCIERAS

Artículo 40

Los Estados Miembros contribuirán con una cuota anual a los gastos de la Organización. Estas cuotas se establecerán a prorrata entre los Miembros sobre la misma base o proporción en que se prorratan los gastos de la Unión Panamericana, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo LX del Código Sanitario Panamericano (La Habana, 1924).

Artículo 41

Además de las cuotas ordinarias anuales los Estados Miembros podrán aportar contribuciones para gastos generales y contribuciones extraordinarias para fines específicos.

Artículo 42

Los territorios que participen en la Organización de conformidad con el Artículo 3, aportarán contribuciones financieras a la Organización sobre la base establecida por la Conferencia.

Artículo 43

La Conferencia o el Comité Ejecutivo podrán aceptar donaciones y legados hechos a la Organización, siempre que las condiciones de tales legados y donaciones sean compatibles con los fines y normas de ella. Las donaciones y legados

que no impongan a la Organización obligaciones financieras o de otra clase podrán ser aceptadas por el Director.

CAPITULO X—REVISION DEL CODIGO SANITARIO PANAMERICANO

Artículo 44

(a) Cualquier Miembro de la Organización o el Director puede proponer a la Conferencia, para su estudio, revisiones y enmiendas al Código Sanitario Panamericano.

(b) Las revisiones y enmiendas aprobadas por la Conferencia por una mayoría de votos de las dos terceras partes de los Miembros presentes y votantes, se transmitirán a los Miembros de la Organización a los efectos pertinentes.

CAPITULO XI—ENMIENDAS

Artículo 45

El Director comunicará a los Miembros de la Organización los textos de las enmiendas propuestas a la presente Constitución, al menos, tres meses antes de la fecha en que se reúna la Conferencia para estudiarlas. Las enmiendas entrarán en vigor y obligarán a todos los Miembros una vez aprobadas por la Conferencia por una mayoría de dos tercios de los Miembros presentes y votantes.

CAPITULO XII—INTERPRETACION

Artículo 46

Las cuestiones o diferencias que surjan en relación con la interpretación o aplicación de la presente Constitución, serán resueltas por los Miembros de la Organización, reunidos en la Conferencia.

CAPITULO XIII—VIGENCIA

Artículo 47

Esta Constitución entrará en vigor a los — días de haber sido aprobada por la Conferencia con el voto de una mayoría de dos terceras partes de los Miembros presentes y votantes.

Artículo 48

Las resoluciones, decisiones y medidas adoptadas con anterioridad por los órganos de la Organización, que estén en vigor al ser aprobada la presente Constitución, se mantendrán en vigor en cuanto sean compatibles con sus disposiciones y sin perjuicio de las medidas que con posterioridad pueda adoptar la Organización.

Artículo 49

La presente Constitución substituirá, al entrar en vigor, a la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana aprobada en octubre de 1947 en Buenos Aires.

SESIONES CONJUNTAS DE LA COMISION I Y DE LA COMISION II

INFORME DEL SECRETARIO

(Documento CSP14/74)

Tengo el honor de someter a la Comisión General, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 40 del Reglamento Interno de la Conferencia, el informe aprobado por la Comisión I, de Asuntos Técnicos, y la Comisión II, de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos reunidas en sesión conjunta.

La Comisión I, de Asuntos Técnicos, y la Comisión II, de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos celebraron dos sesiones conjuntas los días 14 y 15 de octubre de 1954 para examinar los temas 12, 19 y 22, de conformidad con el acuerdo tomado por la Comisión General en su primera sesión de 8 de octubre.

Como resultado de las deliberaciones conjuntas se aprobaron los siguientes proyectos de resolución:

*Proyectos de Resolución*¹

1. Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para 1955

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para el año 1955 presentado por el Director;

Teniendo en cuenta el informe del grupo de trabajo (Documento CE22/47, Rev. 1)² designado por el Comité Ejecutivo, en su 22a Reunión, para el estudio de dicho proyecto de Programa y Presupuesto,

RESUELVE:

Aprobar el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para el año 1955 (Documento CE22/2).

[Resolución XI]

2. Asignaciones Presupuestarias

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

RESUELVE:

(1) Asignar para el ejercicio financiero de 1955 la cantidad de \$2.100.000 en la forma siguiente:

¹ Los proyectos de resolución recomendados en este informe fueron aprobados por la Conferencia en su séptima sesión plenaria.

² Véase pág. 626.

Fines de la Asignación

Título I	Organización Sanitaria Panamericana	139.796
Título II	Oficina Sanitaria Panamericana—Sede	899.200
Título III	Oficina Sanitaria Panamericana— Programas de Campo y Otros	1.061.004
Total—Todos los Títulos		<u>\$2.100.000</u>
A deducir: Ingresos diversos		\$ 77.723
Cuotas asignadas a nombre de territorios no autónomos de Francia, Países Bajos y Reino Unido		22.277
Total Ingresos estimados		<u>100.000</u>
Total a cubrir con cuotas		<u><u>2.000.000</u></u>

(2) Las cantidades que no excedan de las asignaciones incluídas en el párrafo 1 se aplicarán al pago de las obligaciones contraídas, de conformidad con el Reglamento Financiero de la Oficina, durante el período comprendido entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 1955 inclusive.

(3) Las asignaciones señaladas en el párrafo 1 anterior se cubrirán con las cuotas de los Gobiernos Miembros, de conformidad con el Artículo LX del Código Sanitario Panamericano; con las cuotas asignadas a nombre de los territorios de Francia, Países Bajos y Reino Unido, de acuerdo con las Resoluciones XV y XL adoptadas en la V Reunión del Consejo Directivo y con los ingresos diversos propios de la Oficina Sanitaria Panamericana.

(4) El Director está autorizado para transferir créditos entre los títulos del presupuesto, siempre que las transferencias de créditos que se efectúen entre dichos títulos no excedan del 10% del título del cual el crédito es transferido. Las transferencias de créditos entre estos títulos del presupuesto que excedan del 10%, pueden efectuarse con la aprobación del Comité Ejecutivo. Todas las transferencias de créditos del presupuesto serán notificadas al Consejo Directivo.

[Resolución XII]

3. Empleo de los Fondos no Utilizados en 1953

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta que el superávit en efectivo de 1953, que asciende a la suma de \$144.089, fué asignado a un Fondo Especial a disposición de la Conferencia Sanitaria Panamericana, y

Considerando la recomendación formulada por el Director en el sentido de que dicho fondo se utilice para intensificar la campaña contra la viruela, y la decisión adoptada en esta materia por el Comité Ejecutivo en su 22a Reunión,

RESUELVE:

Autorizar al Director para que invierta el superávit en efectivo de 1953, y

que asciende a la suma de \$144,089, en la intensificación de la campaña contra la viruela en las Américas.

[Resolución XIII]

La Comisión Conjunta decidió proponer a la Comisión General que el Tema 22 relativo al informe sobre el Programa de Economías y Descentralización de la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento CE23/5),¹ pase a consideración de la sesión plenaria de la Conferencia.

La Comisión Conjunta dió por cumplido el mandato que había recibido de la Comisión General.

DOCUMENTOS DE TRABAJO

PROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA PARA 1955

(Documento CSF14/19)

El Comité Ejecutivo, en su 22a Reunión, adoptó la Resolución XVI sobre este tema, redactada en los siguientes términos:

EL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para el año 1955 presentado por el Director; y

Teniendo en cuenta el informe del grupo de trabajo sobre dicho Proyecto de Programa y Presupuesto, y siguiendo la tramitación que establece la Resolución I de la 16a Reunión del Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

(1) Aprobar el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para el año 1955 (Documento CE22/2) y el informe del grupo de trabajo relativo a dicho proyecto (Documento CE22/47, Rev. 1).

(2) Transmitir a la Conferencia Sanitaria Panamericana, como proyecto de presupuesto del Comité Ejecutivo, de acuerdo con lo dispuesto en el párrafo C del Artículo 12, Capítulo IV, de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para 1955 presentado por el Director; así como el informe del grupo de trabajo relativo a dicho Proyecto.

(3) Llamar la atención de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana sobre los siguientes puntos contenidos en el informe del grupo de trabajo:

- (a) Estudio sobre necesidades, producción, centralización y distribución de vacunas para las Américas.
- (b) Posibilidad de ampliar los programas de colaboración a las escuelas de medicina y escuelas de Salubridad.
- (c) Necesidad de que se aumente el material de información pública destinado a la distribución en los países de América, siguiendo un plan fijado por la Oficina.

En cumplimiento de lo dispuesto en la antedicha Resolución XVI el Director tiene el honor de transmitir a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, para

¹ Véase pág. 629.

su consideración, los documentos antes mencionados, aprobados por el Comité Ejecutivo en su 22a Reunión.

El Documento CE22/47, Rev. 1, de la 22a Reunión del Comité Ejecutivo (Informe del Grupo de Trabajo Designado para el Estudio del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para el año 1955) dice así

El grupo de trabajo designado por el Comité Ejecutivo para estudiar el proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para el año 1955, y formado por el Dr. Carlos Grunauer Toledo (Ecuador), Dr. Lucien Pierre-Noël (Haití) y Dr. Frederick J. Brady (Estados Unidos), se reunió el 24 de abril de 1954 a las 10:00 a.m. El Dr. Brady fué elegido Presidente, y el grupo de trabajo, juntamente con los funcionarios de la Oficina, procedió a examinar en detalle el Documento CE22/2. Se presentan a continuación el informe y las recomendaciones siguientes:

1. Observaciones Generales

El grupo de trabajo reconoció que, en virtud de sus atribuciones, le correspondía estudiar y formular recomendaciones únicamente acerca de la parte del Programa y Presupuesto para 1955 relativa a la OSP. No obstante, se acordó examinar también otros programas a los fines de obtener información y antecedentes con respecto al cuadro general dentro del cual funciona la Oficina.

Se observó que el importe total del proyecto de presupuesto de la OSP propuesto para 1955 era el mismo que el correspondiente a 1954, es decir, \$2.100.000, con un total a cubrir con cuotas de \$2.000.000.

El grupo de trabajo quedó informado de que los programas financiados con fondos que figuran en la columna "OMS Ordinario" están sujetos a la aprobación o a las modificaciones que se introduzcan por la VII Asamblea Mundial de la Salud. Las modificaciones al presupuesto de la OMS, bien sea que se refieran a programas o a fondos disponibles, tendrán repercusiones en el programa de la OSP, a las que será preciso hacer frente. Se planteó la cuestión de si se publicaría un nuevo documento del Programa y Presupuesto de la OSP para 1955, en el caso de que las modificaciones lo hiciesen aconsejable. El grupo de trabajo teniendo en cuenta los gastos que representa la nueva publicación de documentos, según indicó el Director, acordó recomendar que cualquier modificación que sea necesario introducir, figure en forma de *addendum*, en lugar de publicar un nuevo documento.

En cuanto a los fondos de la AT/NU, el grupo de trabajo observó que la suma total se basa en las asignaciones para 1954, pero que tal vez se reciban fondos adicionales, lo cual dependerá de que se hagan efectivas las aportaciones prometidas.

Las cifras de la columna "Otros Fondos Extrapresupuestarios" representan fundamentalmente la ayuda financiera que se espera recibir del UNICEF para los programas conjuntos UNICEF/OMS de salud pública. La cifra para 1955 acusa una disminución de \$1.000.000 aproximadamente en relación a 1954. Se

explicó al grupo de trabajo que el documento incluye únicamente la ayuda financiera que se espera recibir del UNICEF, conocida hasta la preparación del proyecto de presupuesto. Esta cifra va aumentando constantemente a medida que se intensifica el planeamiento conjunto entre los dos organismos, y se espera que el importe total para 1955 ascienda por este concepto a \$1.900.000 aproximadamente. El grupo de trabajo reconoce que el importe de los fondos del UNICEF tendrá repercusiones presupuestarias por lo que se refiere a las aportaciones de la OSP/OMS a los programas conjuntos.

2. Resúmenes Informativos

Se examinaron los resúmenes informativos que figuran en las páginas 7 a 23. El Director mencionó que se ha suprimido por innecesario el Título IV en el presupuesto para 1955, toda vez que los préstamos concedidos por la Fundación Rockefeller y la Fundación Kellogg para la adquisición de los edificios de la sede han sido reembolsados en su totalidad.

Se observó un aumento, tanto en cifras absolutas como en porcentajes, de los fondos destinados a actividades de campo.

El grupo de trabajo observó y apoyó, por constituir una medida constructiva, el nombramiento de un Asesor Médico en la Oficina Regional del UNICEF para la América Latina, encargado de llevar a cabo actividades de enlace y fomentar una mejor labor conjunta de planeamiento y consulta con los Gobiernos sobre programas sanitarios que hayan de recibir asistencia del UNICEF. Se declaró que este Asesor Médico facilita y ayuda en las actividades de las Oficinas de Zona, pero su nombramiento no modifica las responsabilidades que incumben a estas últimas.

Al examinar los resúmenes en las respectivas partidas se observó una tendencia a aumentar los programas coordinados de salud pública. Estos programas incluyen muchas veces actividades que, si se llevaran a cabo independientemente, figurarían en otras partidas, tales como saneamiento del medio, higiene materno-infantil, educación sanitaria, etc. El Director informó que los progresos realizados en el control del paludismo indican la posibilidad de llegar a su erradicación, lo cual supone que hay que considerar este problema más bien sobre una base regional, con el fin de eliminar las fuentes de infección a través de las fronteras, que como un problema de control local. El Director informó igualmente que las últimas investigaciones acusan resultados significativos en la campaña colectiva contra la frambesia.

El Director explicó el origen del programa de zoonosis incluido para ser financiado con "Otros Fondos Extrapresupuestarios". Este programa fué estudiado y aprobado en primer lugar por el Consejo Económico y Social de la Organización de los Estados Americanos y no por el Comité Ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana. Su ejecución depende de que se cuente con los fondos necesarios procedentes del Programa de Cooperación Técnica de la OEA. No hay esperanza de que se pueda disponer de esos fondos en 1954, ni seguridad de que se asignen en 1955. El grupo de trabajo acordó llamar la atención del Comité Ejecutivo sobre este programa a fin de que comprenda exactamente la situación a este respecto.

En el resumen de personal de observaron reducciones en la sede, principalmente en lo que respecta a personal local.

3. Observaciones sobre el Presupuesto, por Títulos

El Título I representa los gastos presupuestados de las reuniones de la Organización y los gastos inherentes de los servicios de Conferencias. Las principales modificaciones se relacionan con el lugar en que se celebrarán las próximas reuniones.

En el Título II, el grupo de trabajo hizo las siguientes observaciones:

- (a) Oficina del Director: Todos los miembros del grupo de trabajo expresaron la necesidad de que se aumente el material de información pública destinado a la distribución en los países.
- (b) Educación y Adiestramiento: Observó el aumento de un puesto de enfermera en la plantilla del servicio de becas.
- (c) Administración: Observó reducciones en la plantilla de personal.
- (d) Salud Pública: No observó cambio alguno en la plantilla de personal.
- (e) Gastos Comunes de Personal: Observó que no se consignan créditos para pagos a la terminación de contratos. Se ha comprobado que el intervalo que normalmente transcurre entre la provisión de las vacantes compensa los gastos por este concepto.
- (f) Servicios Comunes: No hizo observación alguna.

En el Título III, el grupo de trabajo estudió la información relativa a cada Oficina de Zona y a cada oficina y programa de campo. Se facilitaron explicaciones sobre la labor de las distintas oficinas respecto a los servicios de asesoramiento que facilitan directamente a los Gobiernos así como en la administración de los programas. También se dieron explicaciones sobre cada uno de los programas. El grupo de trabajo quedó convencido de que los programas son eficaces y que se elaboran y ejecutan con la plena colaboración de los respectivos Gobiernos. Se observó que es importante la aportación de los Gobiernos a muchos programas. Se observó asimismo que varios programas iniciados con fondos de Asistencia Técnica han tenido que ser financiados con fondos del presupuesto ordinario de la OMS o de la OSP. Aun cuando no es factible comentar sobre el programa en detalle, se observaron los siguientes puntos:

- (a) Oficina de Campo de la Zona I: No ha habido cambio alguno en la plantilla de personal; aumento en el importe de los programas de campo financiados con fondos de la OSP.
- (b) Zona II: No ha habido cambio alguno en la plantilla de personal de la Oficina de Zona; aumento en los programas de campo financiados con fondos de la OSP, pero en conjunto ha habido disminución, especialmente en el importe de los atendidos con fondos extrapresupuestarios, pero éstos pueden ser aumentados más tarde.
- (c) Zona III: No ha habido cambio alguno en la plantilla de personal de la Oficina de Zona; el importe de los programas de campo se mantiene aproximadamente al mismo nivel.
- (d) Zona IV: No ha habido cambio alguno en la plantilla de personal de la Oficina de Zona; se ha registrado cierta disminución en el importe de los programas de campo, especialmente en los financiados con fondos extrapresupuestarios, pero éstos pueden ser aumentados más tarde.

- (e) Zona V: No ha habido cambio alguno en la plantilla de personal de la Oficina de Zona; disminución en el importe de los programas de campo. Se informó al grupo de trabajo que se han iniciado gestiones con el nuevo Ministerio de Sanidad para la elaboración de programas coordinados de salud pública que serán propuestos en el futuro.
- (f) Zona VI: No ha habido cambio alguno en la plantilla de personal de la Oficina de Zona; disminución en el importe de los programas de campo, especialmente en los financiados con fondos de Asistencia Técnica y extra-presupuestarios, pero estos últimos pueden ser aumentados.
- (g) Programas Inter-Zonas: Se observó con satisfacción un aumento general, toda vez que la mayoría de estos programas beneficiarán a todos los países de la Región. Mereció especial mención el programa AARO-18, ayuda a las escuelas de medicina y salud pública (OMS Ordinario) y el grupo de trabajo acordó apoyar este programa para su ampliación, si se dispone de fondos adicionales. Se hizo observar que tales fondos adicionales, cuando se dispone de ellos, se utilizan también para aumentar el programa AARO-35, Becas (OSP).
- (h) Producción de vacuna: Se ha decidido también solicitar del Director que estudie los medios de centralizar la producción de vacuna y de organizar su distribución de acuerdo con las necesidades de los Países Miembros no productores de vacuna.
- (i) Publicaciones: El Director y los funcionarios de la Oficina explicaron la utilidad de la partida que figura bajo el título "Publicaciones Especiales", que permite la traducción y reproducción de muchos artículos interesantes.

El grupo de trabajo pidió explicaciones sobre todos los programas completados que se espera quedarán terminados en 1954 y 1955, y obtuvo la seguridad de que se trata de programas que, o bien quedarán completados o que otros organismos, especialmente Gobiernos, podrán proseguirlos.

4. Presupuesto Total

El grupo de trabajo aprobó todos los títulos del Programa y Presupuesto y acordó recomendar al Comité Ejecutivo que dé su aprobación al importe propuesto, para su presentación a la Conferencia.

El grupo de trabajo recomienda al Comité Ejecutivo que adopte la resolución que figura en el Anexo I al presente informe.¹

Los miembros del grupo de trabajo: Dr. Frederick J. Brady, *Presidente*; Dr. Carlos Grunauer Toledo; Dr. Lucien Pierre-Noël.

INFORME SOBRE EL PROGRAMA DE ECONOMIA Y DESCENTRALIZACION DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

(Documento CE23/5)

Antecedentes

Con el objeto de determinar la eficacia del programa de descentralización de las actividades de la Oficina y de establecer si las operaciones de la misma

¹ Para la Resolución XVI de la 22a Reunión del Comité Ejecutivo, véase el documento anterior (CSP14/19).

se llevaban a cabo en forma económica, el Consejo Directivo, en virtud de la Resolución XVII adoptada en su VI Reunión, estableció una comisión de tres miembros integrada por Representantes de Chile, México y Estados Unidos, encargada de estudiar estas materias.

La Comisión de Economías y Descentralización se reunió en el edificio de la sede del 17 al 21 de marzo de 1953 inclusive, bajo la presidencia del Dr. Zozaya (México) y con la participación del Dr. Jiménez (Chile) y del Dr. Brady (Estados Unidos). Durante este período, la Comisión examinó los aspectos generales del programa de la Oficina y pidió a los funcionarios principales un resumen en líneas generales de las actividades de las cuales eran responsables. Basándose en esta información y en el estudio de otros documentos pertinentes, la Comisión presentó un informe preliminar a la 19a Reunión del Comité Ejecutivo, informe que después fué transmitido a la VII Reunión del Consejo Directivo (Documento CD7/5).

La Comisión declaró que sus observaciones eran provisorias, pero señaló que ya se estaba aplicando en la Oficina un programa de economías y descentralización. Demostraba el hecho de que con las mejoras introducidas en los métodos de trabajo se había logrado una reducción en la plantilla del personal administrativo de la Oficina, esperándose realizar nuevas reducciones en el futuro.

En el curso de este estudio, la Comisión pudo apreciar claramente que el problema de economías y descentralización era complejo, que la labor que se le había encomendado era muy difícil de realizar por personas no asignadas con carácter permanente a la Oficina, y que no sería posible que la Comisión presentara un informe final con propuestas específicas en un futuro próximo. En vista de estos factores, el Consejo Directivo, en su VII Reunión, adoptó la Resolución XXVI, que dice:

EL CONSEJO DIRECTIVO

Habiendo examinado nuevamente la cuestión del programa de Economías y Descentralización,

RESUELVE:

(1) Solicitar del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que presente un informe a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana sobre las medidas adoptadas y los resultados obtenidos en relación con este asunto.

(2) Dar por terminadas las funciones de la Comisión de Economías y Descentralización establecida por el Consejo Directivo en su VI Reunión, expresándole su reconocimiento por la labor realizada.

De acuerdo con los términos de la resolución precedente, el Director tiene el honor de someter el siguiente informe a la 23a Reunión del Comité Ejecutivo, para su transmisión a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

Informe sobre las Medidas Adoptadas

Según señaló la Comisión de Economías y Decentralización, el Director había emprendido, en 1951, un programa de descentralización que estaba en curso de ejecución al reunirse la Comisión.

Las fases iniciales de este programa habían consistido en la demarcación de las zonas, la ubicación de las Oficinas de Zona, y la asignación de personal para estas Oficinas.

Antes de procederse a la demarcación de las zonas, las actividades relativas a proyectos y programas se administraban directamente desde la Oficina Central de Washington. Existían algunas oficinas de campo, pero variaban considerablemente en cuanto a importancia, plantilla de personal y funciones. Las oficinas de sector de Lima y Guatemala ofrecían mayor semejanza con las actuales oficinas de zona, puesto que asumían la responsabilidad general de los proyectos desarrollados en las respectivas áreas inmediatas. Además, había estaciones de campo en Río de Janeiro, El Paso y Kingston.

A fines de 1951, se definió la demarcación de las zonas, se fijó la ubicación de las oficinas de zona y se comenzó a asignar personal a estas oficinas. Las Oficinas de las Zonas III, IV y V asumieron la responsabilidad de las actividades en sus respectivas áreas; y a fines de 1951 se estableció la Oficina de la Zona VI. La oficina de la Zona II se creó a principios de 1952. La Oficina de Washington retuvo la jurisdicción sobre la Zona I. Dentro de la Zona I, la Oficina de Campo de Kingston se hizo cargo de las actividades de los programas en el área del Caribe. La Oficina de El Paso se mantuvo como programa interpaíses de campo, dedicado a estimular la cooperación y coordinación de actividades entre los funcionarios sanitarios fronterizos de México y Estados Unidos, en la solución de los problemas de salud pública.

En 1952, se formuló una "Declaración de principios generales que rigen el alcance y método de descentralización," en la que se resumieron en líneas generales las respectivas responsabilidades de la Sede y de las Oficinas de Zona. La Declaración se refería principalmente al planeamiento y supervisión de los programas, dejando que los aspectos de los servicios administrativos fueran desarrollándose progresivamente en la forma que aconsejara la experiencia.

Las Oficinas de Zona asumieron la responsabilidad de la ejecución de los programas, tanto en lo que se refiere a la prestación de servicios directos de asesoramiento técnico a las administraciones sanitarias, como al planeamiento en el campo y desarrollo de los proyectos. Este sistema ha tenido la ventaja de que los Gobiernos pudieran disponer, de modo continuo, de los servicios de asesoramiento técnico a cargo del personal de las zonas. Además, garantiza que los proyectos se planearán en cooperación con el personal nacional de sanidad, que habrá de hacerse cargo de su ejecución, lo cual permite desarrollarlos en forma adecuada a las condiciones locales.

Las Oficinas de Zona cooperan con los representantes locales de otros organismos en el planeamiento de las actividades sanitarias en los países. El personal de las zonas recopila información básica sobre los recursos y necesidades sanitarias, datos que habrán de utilizarse en el planeamiento de largo alcance. Como parte fundamental de la labor de descentralización, las Oficinas de Zona proponen las actividades de campo que han de incluirse en el Programa y Presupuesto, previa consulta con las respectivas autoridades nacionales de sanidad y con los organismos que cooperan en ellas.

Los Principios de Descentralización reservaban a la Sede la función de pro-

porcionar ciertos servicios técnicos y administrativos que pueden llevarse a cabo con mayor eficacia desde la Oficina Central. En virtud de estos principios, el Director retiene la responsabilidad y la facultad de mantener relaciones con los cuerpos directivos de la Organización y con sus Miembros. El Director mantiene igualmente las relaciones con las organizaciones internacionales, gubernamentales y no gubernamentales. Corresponde también al Director formular las normas, procedimientos y reglamentos para el funcionamiento de la Oficina, así como la dirección general de sus actividades. Los diversos servicios de la Oficina de Washington tienen a su cargo las siguientes funciones: ejecución, en su totalidad o en parte, de ciertos servicios técnicos y administrativos, tales como gestión de compras, colocación y supervisión de becarios, recopilación y difusión de información estadística y epidemiológica, servicio de biblioteca, difusión de información pública, servicios de control financiero y administración general; el planeamiento de programas generales y a largo plazo; la evaluación de los resultados de los programas; el suministro de información y servicios de asesoramiento técnico, y la ejecución de programas interpaíses que afectan a más de una zona.

Antes de procederse a la descentralización, la División de Salud Pública desempeñaba funciones tanto de asesoramiento como de ejecución. Con la transferencia a las Oficinas de Zona de la responsabilidad de las operaciones de todos los programas, salvo algunos programas inter-zonas, se procedió a reducir y reorganizar la División con el objeto de lograr mayor flexibilidad en el empleo de su menor plantilla de personal. En lugar de 12 secciones, se establecieron tres servicios: Fomento de la Salud, Enfermedades Transmisibles y Saneamiento del Medio.

En la actualidad, la función principal de la División de Salud Pública consiste en servir de órgano de asesoramiento técnico en todas las materias relacionadas con las actividades de salud pública de la Oficina. Esta labor comprende la utilización de información básica sobre los recursos y necesidades sanitarias en el planeamiento de proyectos a corto y largo plazo, el examen y aprobación de los planes de actividades de los programas de campo así como la provisión de servicios de asesoramiento técnico para su ejecución, evaluación de los programas y mejoramiento de los procedimientos y standards técnicos. Además, la División dedica una parte importante de su tiempo y esfuerzos a la contratación de personal profesional y al estudio técnico de las necesidades de suministros. La recopilación y difusión de información estadística y epidemiológica constituye un servicio central cada vez más importante, también a cargo de la División.

La División de Educación y Adiestramiento fué reorganizada en 1952, estableciéndose dos servicios: Educación Profesional y Becas. Las actividades del Servicio de Becas no han experimentado modificación substancial, aunque, como se indica más adelante, se ha procedido a la descentralización de algunos servicios administrativos. La participación de las Oficinas de Zona en el planeamiento de los programas de becas conjuntamente con los países, así como en la selección preliminar de becarios, ha contribuido a mejorar la calidad del programa de adiestramiento. Las mejoras en los métodos del Servicio para la selección y colocación de becarios y para su supervisión durante el adiestramiento, han permitido asimismo elevar el nivel del programa.

El Servicio de Educación Profesional asume, en relación a los programas de educación, las mismas funciones que los servicios de la División de Salud Pública desarrollan en los otros programas. Un número importante de los programas inter-zonas son de carácter educativo, por ejemplo, seminarios, cursos de adiestramiento, etc., y sigue siendo responsabilidad de la División la ejecución de aquellos que no pueden descentralizarse en favor de una zona particular. La ampliación de las actividades en este campo ha aumentado, a su vez, el volumen, de trabajo de la División de Educación y Adiestramiento, aún cuando las Oficinas de Zona han asumido también mayores funciones en esta materia. Además de sus otras actividades, la División ha asumido la responsabilidad de coordinar el intercambio de información sobre educación médica entre las organizaciones internacionales y privadas que se dedican a esta actividad.

Se reorganizó la División de Administración, de acuerdo con los objetivos del programa de descentralización y con el fin de lograr un funcionamiento más eficiente. Está formada por dos servicios y dos oficinas, cada uno de ellos con responsabilidades definidas en los diferentes sectores de la labor administrativa.

Durante el período de reorganización, se emprendieron las medidas iniciales del programa de descentralización y economías en las unidades y servicios administrativos. La falta de instalaciones adecuadas había dificultado el desarrollo de las actividades de la Oficina de Washington. Este problema se resolvió en 1951 mediante la adquisición de los dos edificios de que se dispone en la actualidad. Estos edificios permitieron instalar por primera vez las diversas dependencias de un modo eficiente y práctico para el trabajo. Además, en aquella época, los servicios de custodia y protección estaban a cargo del personal de la Oficina. Como medida de economía, se decidió emplear un contratista comercial para que atendiera a dichos servicios. Si bien los costos directos eran más o menos los mismos, la Oficina quedó relevada de las responsabilidades indirectas y menos tangibles, presentes y futuras, que representaban los costos de contratación, terminación de contratos y licencias del personal de la Oficina.

La labor de descentralización se había iniciado incluso antes de que comenzaran a funcionar todas las Zonas. Con el establecimiento de cada Zona, la responsabilidad plena del nombramiento de personal local se delegó en el Representante de Zona. A medida que se completó la plantilla del personal de las Oficinas de Zona, se transfirieron a ellas más funciones, que antes estaban a cargo de la Oficina de Washington.

Una importante medida adoptada en 1952 fué la transferencia a las Oficinas de Zona de todas las funciones relativas a la tramitación de la documentación del personal de sus respectivas áreas, aunque el nombramiento efectivo de personal internacional continuó siendo función de la Sede. Esta delegación de funciones permitió a las Oficinas de Zona preparar los exámenes médicos, obtener la documentación necesaria a los fines de subsidios, pensiones y seguro, y completar sin demora la tramitación de los nombramientos. También se encomendaron a los Representantes de Zona el examen del rendimiento del personal y el informe relativo a la continuación de los servicios de los funcionarios, sujeto a examen y aprobación del Director en relación a los miembros del personal internacional.

La nómina del personal de la OSP fué transferida en 1952 a las Oficinas

de Zona, y con ello la responsabilidad de mantener al día los registros de licencias y de tramitar los aumentos de sueldo dentro del grado. Se autorizó asimismo a las Oficinas de Zona a efectuar el pago de los subsidios de instalación a los nuevos miembros del personal y de las reclamaciones por gastos de viajes, lo cual permitió reducir el volumen de trabajo en Washington, así como el período de tiempo que transcurría entre la reclamación y el pago. La responsabilidad del control de los bienes de la Oficina fué transferida a las Oficinas de Zona y de Campo, las cuales llevan los inventarios de todos los bienes existentes dentro de sus respectivas áreas.

Con el fin de determinar si se aplicaban los métodos financieros, el Auditor Interno, que ejerce estas funciones tanto para la OSP como para la OMS, intervino las cuentas de las oficinas de campo en las mismas Oficinas de Zona, en lugar de hacerlo en Washington, como se hacía anteriormente.

Los estudios llevados a cabo sobre la organización y métodos de trabajo tuvieron gran importancia en el aspecto de economías del programa. Estos estudios permitieron formular recomendaciones sobre la reorganización interna y asignación de funciones, así como sugerencias encaminadas a mejorar los métodos de aplicación. Se procedió a la reorganización interna de la Oficina de Suministros, asignándosele nuevas funciones sin aumentar la plantilla de su personal. Un estudio de la Unidad de Conservación de Edificios y de la Unidad de Bienes y Equipo dió por resultado la fusión de estas dos unidades, con una reducción neta de cuatro puestos. El estudio realizado de la Oficina de Personal dió lugar a una completa reorganización interna y a la reducción de los puestos.

Resultaría difícil enumerar todas las medidas adoptadas para simplificar el trabajo, lograr una mejor utilización del personal y llevar a cabo las actividades en forma más económica. Los ejemplos que pueden ofrecerse varían desde las modificaciones aprobadas por el Comité Ejecutivo, en virtud de las cuales sólo se prepara anualmente un documento presupuestario de la OSP en lugar de dos, presentándose conjuntamente el resumen del presupuesto de la OSP y el presupuesto regional de la OMS, hasta aspectos tales como la instalación de un sistema de teléfono automático interior. Estas dos medidas redujeron el volumen de trabajo y los gastos. En el caso de los documentos presupuestarios, el costo actual de impresión de un solo presupuesto en español y en inglés asciende aproximadamente a \$1.600, sin contar el tiempo que invierte el personal en su preparación; mediante la supresión de dos documentos se logró una reducción substancial en los costos. Con la instalación del sistema telefónico automático se mejoró considerablemente el servicio, eliminándose la necesidad de contar con una telefonista adicional.

Otros ejemplos que cabe mencionar son el empleo, en la medida posible, de formularios y cartas-modelo, con el objeto de reducir los servicios de escribientes y taquígrafos, y la impresión de formularios de uso corriente en español e inglés con el fin de facilitar su comprensión y rápida comunicación.

A fines de 1952, se habían conseguido los primeros objetivos principales. Las Oficinas de Zona estaban en pleno funcionamiento y se había llevado a cabo la transferencia de las funciones de supervisión técnica. Se había logrado un progreso importante en la delegación de funciones administrativas, habiéndose

obtenido resultados favorables con los estudios realizados sobre la organización administrativa y las mejoras en los procedimientos de trabajo.

En 1953, se dedicó atención preferente a proseguir la descentralización de las funciones administrativas y a mejorar los procedimientos y métodos vigentes. Se pudo completar la descentralización de las operaciones de nómina de campo mediante la transferencia a las respectivas Oficinas de Zona de la responsabilidad del pago al personal de la OMS empleado en las actividades de campo.

Se completó la descentralización de las funciones relativas a la gestión de viajes y transporte. En 1951, se había registrado un continuo aumento en el volumen de trabajo de la Oficina de Viajes, puesto que, además de los viajes normales del personal de la Sede, la intensificación del programa de becas produjo un aumento en el número de becarios que viajaban en los Estados Unidos. En lugar de aumentar la plantilla de personal de la Oficina de Viajes, se decidió contratar algunos servicios con una agencia comercial de viajes, así como transferir las funciones a las oficinas de campo, tan pronto como fuera posible. A medida de que las Oficinas de Zona adquirieron experiencia, fué posible transferir a ellas más funciones relativas tanto a la aprobación como a la gestión de viajes. En 1953, se alcanzó la última fase de la descentralización de las funciones relativas a la gestión de viajes, al encargarse las Oficinas de Zona de la aprobación de todos los viajes reglamentarios de su personal dentro de la respectiva área, así como del pago de los viajes reglamentarios y de becarios, originados en el área de su jurisdicción.

La experiencia obtenida en 1951 y 1952 indicó la conveniencia de sustituir, hasta cierto punto, el sistema de compra de material administrativo por la Oficina de Washington y su envío a los servicios de campo, por un sistema de adquisiciones locales a cargo de las Oficinas de Campo. Por consiguiente, se preparó un catálogo tipo de material administrativo que indicaba los precios corrientes en el área de Washington. Se facultó a las Oficinas de Zona, para que, comparando estos precios con los locales y tomando en cuenta los gastos de expedición, adquirieran los materiales en el lugar que resultara más económico.

Continuó el progreso en la unificación de los métodos y procedimientos administrativos. Se preparó y distribuyó un catálogo con la enumeración de todos los formularios de la OSP y de la OMS utilizados en la Región de las Américas. Se publicó un Manual de Clasificación de la Correspondencia, manual que es muy necesario para simplificar la labor de mantener al día los archivos. Se introdujeron máquinas de calcular con la mecanización del sistema de la nómina de la Oficina de Washington, lo cual facilitó la preparación de los cheques individuales, comprobantes y registros contables de una sola operación y permitió la asignación de un miembro del personal a otras funciones. Se realizaron estudios sobre la organización del trabajo en la Oficina de Presupuestos, Unidad de Reproducciones y Unidad de Viajes. Estos estudios dieron lugar a la implantación de métodos más sencillos en cada una de las citadas oficinas y a recomendaciones de reducción de personal en la Oficina de Presupuestos y en la Unidad de Reproducciones, reducciones que se han llevado a cabo con la supresión de dos puestos en la Oficina de Presupuestos, y un puesto en la Unidad de Reproducciones.

En el proceso de realizar economías mediante la simplificación de los sistemas

de trabajo, se estableció un nuevo método para el pago de estipendios a los becarios. Se había seguido la práctica de preparar cheques mensuales para cada becario; de esta forma, se mantenían, en realidad, nóminas separadas para los becarios de la OSP y de la OMS. Se estableció una sencilla carta de crédito que permitía al becario cobrar su estipendio dondequiera que se encontrara, con lo que se eliminó la preparación de nóminas mensuales.

Asimismo en 1953, se mejoró el método de pago del reembolso del impuesto sobre la renta. La Oficina reembolsa a los miembros del personal sujetos al pago del impuesto sobre la renta, con el objeto de mantener el principio de la igualdad de pago por igualdad de trabajo. En años anteriores el reembolso se efectuaba en el año en que el miembro del personal tenía que pagar el impuesto, es decir, el año siguiente de aquel en que fué devengado el sueldo sujeto a impuesto. Mediante el pago del reembolso del impuesto, se contraía otra obligación en dicho año, además de la correspondiente al sueldo, aumentando de este modo la cantidad del reembolso requerido en el momento del pago del impuesto. Esto impedía un cálculo exacto del total de la futura obligación de la Oficina, puesto que esta obligación sólo se podía calcular en el momento en que los interesados efectuaran el pago del impuesto. Esta dificultad se resolvió mediante la implantación de un sistema por el cual se dispone el pago de la cantidad total calculada como obligación de la Oficina correspondiente a un año determinado, dentro del mismo año, sin que quede reembolso alguno pendiente para años futuros. Este plan se puso en práctica en 1954.

Hacia fines de 1953, se dispuso realizar un estudio de los procedimientos presupuestarios y de asignación de partidas. Se estableció un Comité de Trabajo que llevó a cabo un estudio intenso de los diversos aspectos de dichos procedimientos y sometió una serie de recomendaciones. Aunque todavía es pronto para poder evaluar las economías o la mayor eficiencia que pueda resultar de esas recomendaciones, se considera que representan un avance en esta materia.

A fines de 1953, se habían transferido a las oficinas de campo la mayoría de las responsabilidades y funciones susceptibles de descentralización. Se observaron progresos en la reducción del personal en Washington y en la mejora de los procedimientos de trabajo. Con la estabilización de la organización en Washington se ha podido completar la preparación de descripciones de los puestos y recomendar la adecuada clasificación de grado y sueldo del personal de casi todas las oficinas. Con la descentralización de las funciones casi totalmente terminada, en 1954 se prestó atención preferente a la reducción de personal y de costos generales y a proseguir la simplificación de los métodos y procedimientos.

En 1954, se estableció un nuevo sistema de pago a los consultores, que permitió eliminar otra operación de preparación de nóminas. Anteriormente, los cheques de los consultores se preparaban y extendían por la Oficina de Washington. Mediante la adopción de un sistema de cuenta corriente general, fué posible pagar a los consultores en cualquier lugar en que estuvieran asignados.

Se han centralizado en una unidad de la Oficina de Washington las gestiones relativas a todas las compras para los programas, material administrativo y equipo, así como de las compras por cuenta de los Gobiernos Miembros. Es esencial la centralización de actividades de esta clase, puesto que las adquisiciones pueden

resultar más económicas cuando se puede comprar a base de cantidad y establecer comparaciones con las compras anteriores en cuanto a precios, calidades y confianza en los suministradores. En 1954, se relevó a las diversas unidades administrativas de las funciones relativas a la gestión de servicios por contrata, quedando integrada esta actividad en la de compra de suministros. También en este caso es todavía pronto para poder calcular las posibles economías, pero se estima que la consolidación de las actividades de gestión de compras permitirán, a la larga, alguna reducción de personal.

La última medida importante en materia de descentralización, adoptada con anterioridad a la preparación de este informe, fué la creación de Juntas de Investigación y Apelación en las Zonas. En el Reglamento revisado del Personal, aprobado en la 22a Reunión del Comité Ejecutivo, se estipulaba la creación de juntas locales en las Zonas. Las juntas, que están ahora en vía de ser elegidas, permitirán que el personal de campo pueda contar con un organismo imparcial de examen compuesto de miembros del personal de la misma zona. Las recomendaciones formuladas por las Juntas están, por supuesto, sujetas a examen; la decisión final es prerrogativa del Director cuando se trata de personal de la OSP, y del Director General si se trata de personal de la OMS.

Resumen

En resumen, el Director desea llamar especialmente la atención sobre el hecho de que un programa de descentralización y economías no consiste en una sola medida de carácter espectacular. Se trata de un esfuerzo continuo, que se refleja en una serie de medidas estudiadas.

Hay y ha habido muchas consideraciones a tener en cuenta en el programa. Se estudió cada sector de actividades de la Oficina de Washington a los fines de su adaptación a la descentralización. Fué preciso determinar si el personal de campo tenía suficiente experiencia para asumir determinadas responsabilidades. Se tuvo en cuenta el efecto en la organización y en la plantilla del personal de Washington, en cuanto al ajuste de una unidad de la que se había transferido una función. Se prestó detenida consideración al efecto en las actividades afines y las nuevas necesidades que se derivarían de las operaciones descentralizadas.

El número de personal requerido en Washington, comparado con el de campo, es un testimonio significativo. Los puestos aprobados al final de los años que se citan, costeados con fondos de todas las procedencias, eran los siguientes:

	1951	1952	1953
Oficina de Washington	254	219	199
Campo	205	251	255

La continua transferencia que representa el aumento del número de puestos en el campo es sumamente satisfactoria. Se observará que se citan cifras de puestos aprobados y no de puestos ocupados, y que los puestos aprobados reflejan las necesidades efectivas aun cuando pueda haber puestos vacantes debido a dificultades en la contratación de personal debidamente preparado; esta situación se ha observado desde hace algún tiempo en las categorías técnicas.

Hay otra comparación interesante en este aspecto de los puestos aprobados. Puesto que el esfuerzo principal ha tendido a la descentralización de las funciones administrativas, podría plantearse la cuestión de si, sencillamente, el personal de las zonas ha sustituido al de Washington, Los puestos aprobados a fines de los años que se citan, eran los siguientes:

	1951	1952	1953
Oficina del Director	40	42	39
Servicios de Conferencias	18	18	18
División de Salud Pública	53	34	37
División de Administración	129	109	99
División de Educación y Adiestramiento	14	16	17
Oficinas de Zona	71	81	84

Se observará que el personal de las Oficinas de Zona, que incluye personal técnico, sólo registró un ligero aumento y el mayor aumento se produjo en 1952 al comenzar a funcionar la Oficina de Zona establecida en México D.F. La plantilla de la División de Salud Pública disminuyó en 1952 con la transferencia de funciones a las Oficinas de Campo. Las plantillas de las otras oficinas se mantienen relativamente estables, salvo la de la División de Administración, que acusa una disminución de 30 puestos. Merece citarse el hecho de que la plantilla de personal de la División de Administración comprendía 94 puestos el 1º de agosto de 1954, en tanto que los puestos aprobados para 1955 ascienden solamente a 91.

En conclusión, el Director desea declarar que se han realizado todo género de esfuerzos para llevar a cabo los deseos expresados por los cuerpos directivos con respecto a economías y descentralización, y que esos esfuerzos, especialmente en materia de economías, proseguirán en años futuros.

NOTA INFORMATIVA PRESENTADA POR EL DIRECTOR

(Documento CE23/10)

El Director presenta el siguiente informe atendiendo a la cuestión planteada por el representante de Argentina, en cuanto a la relación existente entre las economías efectuadas en la sede, según se desprende del Documento CE23/5, y el correspondiente aumento en los fondos para operaciones de campo.

Los fondos invertidos por la sede en 1951, procedentes de todas las fuentes, incluso los fondos ordinarios de la OSP y la OMS,NU/AT,OEA/AT,INCAP, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, etc., con excepción de los dedicados a reuniones de la Organización y Servicios de Conferencias, ascendieron a \$1.321.102. Durante el mismo año se gastaron \$1.427.611 en proyectos y en servicios de asesoramiento prestados por las Oficinas de Zona.

En 1952, los gastos de la sede acusaron un incremento de \$159.104, a la vez que los destinados a proyectos y servicios de asesoramiento aumentaron en \$863.564.

En 1953, los gastos de la sede disminuyeron en \$92.728, mientras los correspondientes a proyectos y servicios de asesoramiento aumentaron en \$408.316.

En resumen, durante los tres años transcurridos de 1951 a 1953, los gastos de

la sede aumentaron en \$66.376, y los otros aumentos de gastos en proyectos y servicios de asesoramiento se elevaron a \$1.271.880, como se desprende del siguiente cuadro:

	1951	1952	1953
Sede	\$1.321.102	\$1.480.206	\$1.387.478
Campo	\$1.427.611	\$2.291.175	\$2.699.491

He aquí una idea de cómo se invirtieron los \$2.699.491 para operaciones de campo: Se dedicaron \$1.942.308 a proyectos, \$541.558 a Oficinas de Zona, \$43.913 a publicaciones, \$80.696 a becas y el resto a subvenciones y a otros tipos de actividades de campo.

En la inversión de \$1.387.478 correspondiente a la sede figuraron partidas tales como \$564.429 dedicados a Servicios Técnicos y Suministros, \$343.856 destinados a Servicios Administrativos y \$291.136 para Servicios Comunes, Gastos Comunes de Personal y Amortización de los empréstitos para adquisición de edificios.

UNIDAD DE ACCIÓN EN LOS PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA EN LA
REGIÓN DE LAS AMÉRICAS (Documentos CSPI4/34)

De acuerdo con la Resolución XVI de la VII Reunión del Consejo Directivo, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana realizó un estudio de los canales que siguen los fondos que aportan los Gobiernos a programas sanitarios internacionales, a través de diversas organizaciones, y discutió el problema con representantes de varios Gobiernos, tanto en los Ministerios de Sanidad como de Relaciones Exteriores. El Director asistió a la Décima Conferencia Interamericana celebrada en Caracas a comienzos de este año, dispuesto a someter el problema a la consideración de la misma, pero no encontró ocasión para hacerlo.

La situación es particularmente difícil porque las decisiones se toman por diversos organismos gubernamentales y por diferentes representaciones de los Gobiernos en distintas reuniones internacionales.

El Director está especialmente preocupado por la reciente decisión (julio de 1954) del Consejo Económico y Social, en la que se estipula que, a partir de 1955, los fondos de Asistencia Técnica deberán ser dedicados a programas generales en los países, que habrán de ser concertados directamente entre un representante de las Naciones Unidas y el Gobierno interesado, lo cual supone limitar las funciones de la Organización Mundial de la Salud y de otros organismos especializados a la prestación de servicios de asesoramiento técnico a proyectos individuales. Esta decisión tendrá por resultado, en la mayoría de los casos, una nueva reducción de las actividades sanitarias financiadas con fondos de Asistencia Técnica y representará una demora en la labor encaminada a la unificación de los programas. Es desconcertante observar que esta decisión del Consejo Económico y Social fué firmemente apoyada por representantes de muchos de los Gobiernos que aprobaron la Resolución XVI de la VII Reunión del Consejo Directivo, la cual declara que "se considera beneficioso que los programas de salud pública para las Américas estuvieran concentrados en el organismo americano creado especialmente para tal fin, como lo es la Organización Sanitaria Panamericana,

que también actúa como organización regional de la Organización Mundial de la Salud".

En el diagrama que acompaña al Documento CE22/16 se observará que los diversos fondos internacionales que reciben la ayuda de los Gobiernos han sido mantenidos en gran medida por las aportaciones del Gobierno de los Estados Unidos.

Si bien el Director cree que la actual situación es inestable y no durará mucho tiempo, es evidente, sin embargo, que sólo en la medida en que las autoridades sanitarias pongan de manifiesto ante los otros departamentos de los gobiernos las dificultades de la situación actual, podrán tomarse medidas para remediarla. Los cambios en la situación actual habrán de lograrse mediante decisiones adoptadas en el plano político internacional.

El documento CE22/16 sobre este tema presentado al Comité Ejecutivo en su 22a Reunión dice así:

De conformidad con la Resolución XVI adoptada en la VII Reunión del Consejo Directivo, el Director ha iniciado un estudio sobre la unificación de las actividades sanitarias internacionales.

Se ha enfocado este estudio mediante un análisis de los canales que siguen las aportaciones financieras de las Repúblicas Americanas para las actividades sanitarias internacionales, así como de la intervención de varios organismos en la determinación de la forma en que se deben emplear dichas aportaciones. El diagrama adjunto muestra el curso que siguen las cuotas y las aportaciones voluntarias de los Gobiernos, destinadas en su totalidad o en parte a actividades sanitarias, a través de diversos organismos de las Naciones Unidas y de la Organización de los Estados Americanos.

El importe total de las cuotas se destina a actividades sanitarias internacionales y se satisfacen directamente a la Organización Mundial de la Salud y a la Organización Sanitaria Panamericana. La Oficina Sanitaria Panamericana coordina las actividades de estas dos Organizaciones, puesto que sirve también de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

Las aportaciones voluntarias, bien sean efectuadas por conducto de las Naciones Unidas o de la OEA, sólo se destinan parcialmente a actividades sanitarias.

En el cuadro anexo se detallan las obligaciones financieras (cuotas y aportaciones voluntarias) asumidas por las Repúblicas Americanas en relación a fondos dedicados, en su totalidad o en parte, a actividades llevadas a cabo por organizaciones internacionales durante el período de 1947 a 1954.

A pesar de los trámites sumamente complicados que siguen algunos de los fondos destinados a actividades de salubridad y de la multiplicidad de las fuentes de dichos fondos, no existe duplicación o superposición en los programas de salud pública de los organismos internacionales. En las Américas, todos esos programas, salvo los aspectos sanitarios del programa del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, están bajo la supervisión de la OSP, quedando así asegurada automáticamente la completa coordinación en su ejecución.

No existe, sin embargo, uniformidad en cuanto a la base de las operaciones

Recapitulación de todos los Fondos, Cantidades Prometidas o Cuotas

País	ORG. SAN., PAN.	OMS	OEA/AT ¹	NU/AT ²	UNICEF ³	TOTAL
	1947-1954 (dólares)	1948-1954 (dólares)	1951-1954 (dólares)	1951-1954 (dólares)	1947-1954 (dólares)	(dólares)
Argentina	734,160,41	879,110,00	263,571,00	285,714,28	.....	2,162,555,69
Bolivia	61,462,60	38,774,00	14,776,00	14,027,06	30,000,00	159,039,66
Brasil	1,081,762,70	879,110,00	534,000,00	1,283,256,21	562,000,00	4,340,128,91
Colombia	235,174,49	7,504,00	132,702,00	376,020,00	42,000,00	793,400,49
Costa Rica	23,067,19	19,389,00	12,000,00	21,000,00	30,000,00	105,456,19
Cuba	175,499,85	121,628,00	68,572,00	150,000,00	15,000,00	530,699,85
Chile	205,044,62	213,838,00	104,739,00	168,591,79	146,000,00	838,213,41
Ecuador	48,624,47	23,264,00	25,426,00	21,661,46	14,000,00	132,975,93
El Salvador	38,689,51	23,758,00	18,284,00	23,000,00	20,000,00	123,731,51
Estados Unidos de América	8,003,998,69	16,986,308,00	3,427,310,03	50,614,132,00	97,231,000,00	176,262,748,72
Guatemala	55,477,99	23,264,00	15,000,00	27,500,00	11,000,00	132,241,99
Haití	44,508,27	19,801,00	8,000,00	42,000,00	18,000,00	132,309,27
Honduras	27,223,83	19,389,00	10,143,00	33,600,00	40,000,00	130,355,83
México	471,013,92	300,957,00	49,758,29	104,046,24	.....	925,775,45
Nicaragua	23,376,56	17,376,00	14,000,00	9,990,00	24,000,00	91,742,56
Panamá	26,523,18	17,326,00	10,856,00	9,000,00	.....	63,705,18
Paraguay	26,599,70	19,389,00	10,000,00	18,000,00	.....	73,988,70
Perú	148,906,31	93,062,00	17,428,57	22,000,00	345,497,00	626,893,88
República Dominicana	39,132,96	23,758,00	23,275,43	16,000,00	290,000,00	392,166,39
Uruguay	90,882,25	85,308,00	65,930,00	263,823,53	1,000,000,00	1,505,943,78
Venezuela	165,939,82	126,717,00	64,305,07	112,447,76	100,000,00	569,409,65
Totales parciales	11,730,069,32	19,939,030,00	4,890,076,39	53,615,810,33	99,918,497,00	190,093,483,04
<i>Aportaciones voluntarias</i>						
Brasil	250,000,00	.....	.....	.....	.....	250,000,00
Chile	1,857,46	.....	.....	.....	.....	1,857,46
El Salvador	2,538,79	.....	.....	.....	.....	2,538,79
México	194,689,64	.....	.....	.....	.....	194,689,64
Venezuela	74,404,77	.....	.....	.....	.....	74,404,77
Total parciales	523,490,66	.....	.....	.....	.....	523,490,66
Totales	12,253,559,98	19,939,030,00	4,890,076,39	53,615,810,33	99,918,497,00	190,616,973,70

¹ Menos del 1% para salud pública.

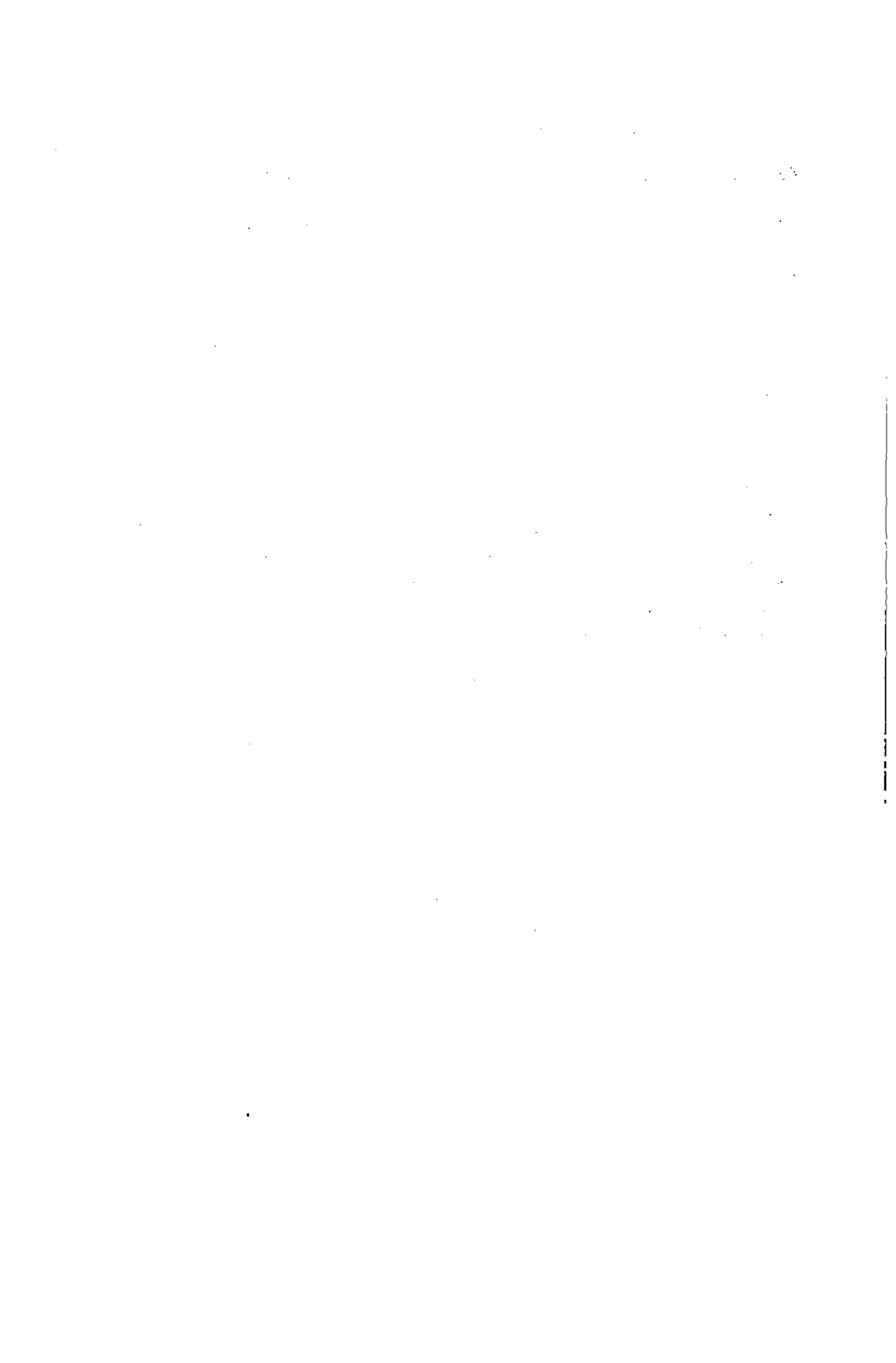
² 22% para salud pública.

³ El porcentaje relativo a los programas de salud pública varía de modo considerable en el mundo, pero representa aproximadamente el 50% en América Latina.

financiadas con las cuotas y las financiadas con aportaciones voluntarias. Los programas financiados con las cuotas que satisfacen los Estados Miembros a la Organización Mundial de la Salud y a la Organización Sanitaria Panamericana, están sujetos a la aprobación de la Asamblea Mundial de la Salud y de la Conferencia Sanitaria Panamericana respectivamente, órganos ambos compuestos de representantes técnicos de las administraciones sanitarias de los Países Miembros, es decir, las mismas administraciones sanitarias con las que esas dos organizaciones colaboran en los programas de campo. La colaboración de la OSPA y la OMS es armoniosa, sin que haya duplicación apreciable de esfuerzos y constituye, en conjunto, un notable ejemplo de la integración de actividades de la organización mundial y de la organización regional.

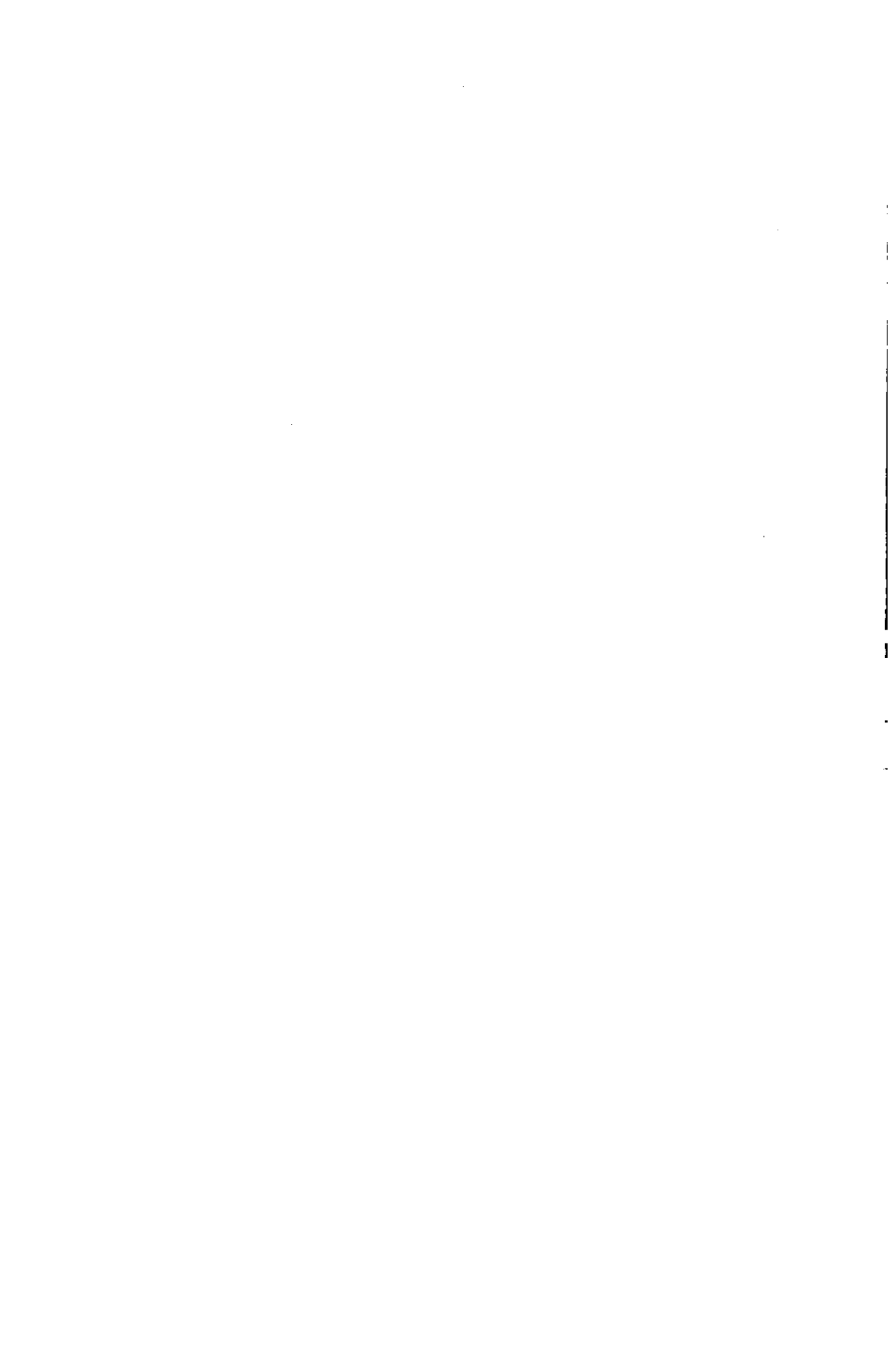
Por otra parte, las aportaciones voluntarias siguen los canales que se indican en el diagrama adjunto, interviniendo numerosos organismos no técnicos que influyen en la selección de programas, en los procedimientos administrativos, e incluso, a veces, en la orientación técnica.

Esta exposición preliminar se presenta únicamente a título de información. No se han tratado todavía de celebrar consultas con los Gobiernos Miembros y las organizaciones internacionales correspondientes a fin de hallar soluciones prácticas al problema, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución XVI de la VII Reunión del Consejo Directivo.



QUINTA PARTE

ACTA FINAL



ACTA FINAL DE LA
XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,
VI REUNION DEL COMITE REGIONAL DE LA ORGANIZACION
MUNDIAL DE LA SALUD PARA LAS AMERICAS ¹

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana se celebró en Santiago de Chile, de acuerdo con la Resolución XXV, adoptada en la VII Reunión del Consejo Directivo, que aceptó la invitación formulada por el Gobierno de Chile. De común acuerdo, el Gobierno de Chile y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, fijaron la fecha del 7 al 22 de octubre de 1954.

El Director de la Oficina remitió las oportunas convocatorias, en cumplimiento del Artículo 7 de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, y el Gobierno de Chile transmitió invitaciones a los Gobiernos Miembros de la Organización, para hacerse representar en la Conferencia.

SESIÓN PRELIMINAR

El día 6 de octubre de 1954, tuvo lugar la sesión preliminar, en la que los señores jefes de delegación cambiaron impresiones sobre cuestiones generales y de protocolo, relativas a la Conferencia.

SESIÓN INAUGURAL

La sesión inaugural se efectuó solemnemente en el Salón de Honor del Congreso Nacional, el jueves 7 de octubre, a las 11 de la mañana.

El Excelentísimo señor Presidente de la República de Chile, don Carlos Ibáñez del Campo, pronunció el discurso de apertura de la Conferencia. A continuación le contestó, en nombre de las delegaciones, el señor Secretario de Salubridad y Asistencia de México, Dr. Ignacio Morones Prieto. Seguidamente hicieron uso de la palabra el Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. M. G. Candau, y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Fred L. Soper.

REGLAMENTO INTERNO DE LA CONFERENCIA

En la primera sesión plenaria, celebrada el 8 de octubre, se adoptó para esta Conferencia el proyecto de Reglamento interno, que había propuesto el Comité

¹ Documento CSP14/102.

Ejecutivo en su 22ª Reunión (Resolución VII) y que figuraba como Anexo I al Documento CE22/11.¹

PRECEDENCIA

A continuación, se estableció, mediante sorteo, el orden de precedencia de las delegaciones. El resultado fué el siguiente: (1) Colombia; (2) Costa Rica; (3) Estados Unidos de América; (4) República Dominicana; (5) Venezuela; (6) Argentina; (7) Uruguay; (8) El Salvador; (9) Ecuador; (10) Haití; (11) México; (12) Nicaragua; (13) Países Bajos; (14) Francia; (15) Panamá; (16) Chile; (17) Cuba; (18) Guatemala; (19) Perú; (20) Bolivia; (21) Brasil; (22) Reino Unido; (23) Paraguay.

COMISIÓN DE CREDENCIALES

De conformidad con el Artículo 32 del Reglamento Interno de la Conferencia, se nombró para constituir la Comisión de Credenciales a tres delegados en representación de México, Panamá y Chile.

La Comisión de Credenciales designó Presidente al Dr. Alberto Bissot, Jr. (Panamá) y Relator al Dr. Jorge Torreblanca (Chile), siendo miembro de la misma el Dr. José Zozaya (México).

La Comisión de Credenciales se reunió el 8 y el 11 de octubre, para examinar las credenciales presentadas por las delegaciones, y consideró como debidamente acreditadas ante la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, a las siguientes delegaciones:²

PRESIDENTE Y VICEPRESIDENTES DE HONOR

La Conferencia designó por unanimidad Presidente de Honor de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana a S. E. el Presidente de la República de Chile, D. Carlos Ibáñez del Campo, y Vicepresidentes de Honor, a los señores Ministros de Salubridad de los Gobiernos Miembros de la Organización.

ELECCIÓN DE PRESIDENTE Y VICEPRESIDENTES

La Conferencia, en su primera sesión plenaria, eligió por unanimidad al Ministro de Salud Pública y Previsión Social de Chile, Dr. Sergio Altamirano P., Presidente de la Conferencia.

Seguidamente se designó al Delegado de los Estados Unidos, Dr. W. Palmer Dearing, y al Delegado de Costa Rica, Dr. Oscar Vargas Méndez, Vicepresidentes de la Conferencia.

¹ Para el texto del Reglamento, véase pág. 9.

² Véase pág. 5.

ESTABLECIMIENTO DE LAS COMISIONES PRINCIPALES

En la segunda sesión plenaria, celebrada el 8 de octubre, se establecieron las Comisiones principales siguientes: (a) Comisión I, Asuntos Técnicos; (b) Comisión II, Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos, y (c) Comisión General.

Se nombró por unanimidad Presidente de la Comisión I al Delegado del Ecuador, Dr. Juan Montalván Cornejo, y Presidente de la Comisión II, al Delegado de Cuba, Dr. Félix Hurtado.

A continuación se designó al Delegado de México, Dr. José Zozaya, y al Delegado de Argentina, Dr. Gerardo Segura, miembros de la Comisión General.¹

PROGRAMA DE TEMAS

Se aprobó el programa de temas que aparece en la Introducción.²

La Conferencia, en su décima sesión plenaria, acordó no tomar ninguna resolución sobre el Tema 25, "Unidad de acción en los programas de salud pública en la Región de las Américas" (Documento CSP14/34)³ ni sobre el Tema 35, "Programa de Asistencia Técnica para 1955" (Documento CSP14/21).⁴ Dispuso, sin embargo, que el anteproyecto de resolución sobre este último tema (Documento CSP14/90) presentado por el grupo designado en la novena sesión plenaria e integrado por los Delegados de Estados Unidos, Uruguay, Ecuador y Cuba, fuera incluido en la Memoria de la Conferencia.⁵

PROGRAMA DE SESIONES

Se aprobó el programa de sesiones con las adaptaciones que la Comisión General estimó necesarias, con el objeto de coordinar los trabajos de la Conferencia.

El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, en cumplimiento de la Resolución IV, adoptada por el Comité Ejecutivo en su 22ª Reunión, organizó la Secretaría en la forma prevista en el proyecto de programa de sesiones (Documento CSP14/2).

Bajo la dirección del Secretario de la Conferencia, Dr. Miguel E. Bustamante, y su Ayudante, Sr. Guillermo A. Suro, la Secretaría quedó constituida por siete servicios: actas, traducción al español y Diario de la Conferencia; documentación y traducción al inglés; interpretación; biblioteca; informaciones; prensa y servicios administrativos.

¹ Para la composición de las Comisiones principales, véase pág. 19.

² Véase pág. 15.

³ Véase pág. 639.

⁴ Documento de trabajo no publicado.

⁵ Véase acta de la décima sesión plenaria, pág. 329.

DISCUSIONES TÉCNICAS

La Comisión I organizó cinco grupos de trabajo:

Grupo de trabajo "A," encargado del estudio de los métodos para mejorar la exactitud y fidelidad de los datos estadísticos primarios indispensables para programas de salud pública. El Dr. Darío Curiel (Venezuela) fue designado Director de Debates, el Dr. Hugo Behm (Chile), Relator, y la Dra. Ruth R. Puffer (Oficina Sanitaria Panamericana) actuó de Secretaria. La exposición preliminar estuvo a cargo del Dr. Enrique Pereda, Jefe del Subdepartamento de Estadística del Servicio Nacional de Salud de Chile.

El grupo de trabajo "B" estudió el control de las diarreas infantiles a la luz de los últimos progresos científicos. Fue elegido Director de Debates el Dr. Juan Allwood Paredes (El Salvador); Relator, el Dr. Adalberto Steeger (Chile) y Secretario, el Dr. Myron E. Wegman (Oficina Sanitaria Panamericana). Presentó la exposición preliminar el Dr. Albert V. Hardy, Director del Departamento de Laboratorios del Servicio de Salud Pública del Estado de Florida, Estados Unidos.

El grupo de trabajo "C" se ocupó de la aplicación de métodos de educación higiénica en zonas rurales de la América Latina. El Dr. Carlos Grunauer Toledo (Ecuador) fue designado Director de Debates, la señorita Graciela Carrillo Castro (Costa Rica), Relatora, y el Dr. Rigoberto Ríos Castro (Oficina Sanitaria Panamericana), Secretario. El estudio preliminar fue presentado por la señorita María Zalduondo, de la Oficina de Educación Sanitaria del Departamento de Salud Pública de Puerto Rico.

El grupo de trabajo "D" estudió el tema relativo a la erradicación de la malaria. De este grupo de trabajo fue Director de Debates el Dr. Nicolaas H. Swellengrebel (Países Bajos) y Relator, el Dr. Arnoldo Gabaldón (Venezuela). El Dr. C. A. Alvarado (Oficina Sanitaria Panamericana) presentó al grupo un informe sobre la situación de la lucha antimalárica en las Américas. Este grupo nombró un comité de redacción compuesto por el Dr. Oscar Vargas Méndez (Costa Rica); el Dr. Juan Montalván Cornejo (Ecuador); el Dr. Hervé Floch (Francia), y el Relator, en el que colaboraron el Dr. E. J. Pampana, de la Organización Mundial de la Salud, y el Dr. C. A. Alvarado, Oficina Sanitaria Panamericana.

Grupo de trabajo "E." Se constituyó para el estudio de las treponematosis. El Dr. Waldemar E. Coutts (Chile), que presentó un trabajo relativo a las bases generales sobre las cuales debe orientarse una campaña epidemiológica, fue elegido Director de Debates, y el Dr. Alberto Bissot, Jr. (Panamá), Relator. También formaron parte del grupo el Dr. Santiago Ruesta M. (Venezuela) y el Dr. Francisco J. Martone (Argentina).

REVISIÓN DE LA CONSTITUCIÓN

La Comisión II formó un grupo de trabajo encargado de examinar el Informe Final del Comité Permanente de Revisión de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana y el Proyecto de Constitución revisada (Docu-

mento CSP14/18 y Anexo A), preparado por dicho Comité. Fue elegido Presidente del grupo, el Dr. Gerardo Segura (Argentina) y Relator, el Dr. Frederico C. Carnauba (Brasil). Este grupo estuvo compuesto, además, por el señor Howard B. Calderwood (Estados Unidos), el Dr. Hipólito Sánchez Báez (República Dominicana), el Dr. José Zozaya (México) y el Dr. Abraham Horwitz B. (Chile).

INFORMES CUADRIENALES DE LOS ESTADOS MIEMBROS

Todos los Estados Miembros presentaron Informes Cuadrienes sobre sus condiciones y progresos sanitarios alcanzados en el periodo transcurrido entre las XIII y XIV Conferencias Sanitarias Panamericanas. Estos informes fueron distribuidos por la Oficina Sanitaria Panamericana con antelación a la Conferencia.

Por otra parte, la Oficina preparó e incluyó en la documentación de la Conferencia, un resumen de los datos estadísticos que aparecían en los referidos informes, con el objeto de facilitar el estudio de los principales problemas de salud pública en las Américas.

Finalmente, las delegaciones presentaron en sesión plenaria de la Conferencia, una exposición resumida del informe de su respectivo país, haciéndolo por el siguiente orden: Colombia, Costa Rica, Venezuela, República Dominicana, Argentina, Uruguay, El Salvador, Ecuador, Haití, Francia, Países Bajos, Panamá, Chile, Guatemala, Perú, Bolivia, Reino Unido, Paraguay, Estados Unidos, Cuba y Nicaragua.

SESIONES DE LA CONFERENCIA

La Conferencia celebró una sesión inaugural, diez sesiones plenarias, dos sesiones de la Comisión de Credenciales, diez sesiones de la Comisión General, seis sesiones de la Comisión I, ocho sesiones de la Comisión II y dos sesiones conjuntas de la Comisión I y la Comisión II.

La sesión de clausura tuvo lugar el día 22 de octubre de 1954.

RESOLUCIONES APROBADAS

La Conferencia, en sus sesiones plenarias, aprobó las siguientes resoluciones:

Resolución I

INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ EJECUTIVO

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Informe Anual del Comité Ejecutivo, presentado por el Dr. Gerardo Segura, Delegado de la Argentina y Presidente de la 22ª Reunión de dicho Comité,¹

¹ Presentado en la segunda sesión plenaria, pág. 45.

RESUELVE:

Aprobar el Informe Anual del Comité Ejecutivo, expresando su satisfacción por la labor cumplida.

Resolución II**INFORMES DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondiente a 1953 y su Informe Cuadrienal sobre las actividades de la Organización Sanitaria Panamericana en el período comprendido entre la XIII (1950) y la XIV (1954) Conferencias Sanitarias Panamericanas,¹

RESUELVE:

Aprobar el Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, de 1953 y el Informe del Director a los Gobiernos Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana, enero 1950-diciembre 1953, felicitándole por la eficiente labor cumplida y por la forma de presentación de los informes y haciendo extensiva esta felicitación al personal de la Oficina.

Resolución III**INFORME FINANCIERO DEL DIRECTOR E INFORME DEL AUDITOR
EXTERNO CORRESPONDIENTES A 1953**

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes a 1953 (Documento CE22/4);² y

Teniendo en cuenta que el Comité Ejecutivo aprobó los referidos informes en su 22ª Reunión,

RESUELVE:

(1) Aprobar el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes a 1953.

(2) Felicitar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y a sus colaboradores por la forma en que se han presentado los informes.

¹ Publicado por separado.

² Véase pág. 547.

Resolución IV**INFORME DEL SUBCOMITÉ PERMANENTE DE EDIFICIOS Y OBRAS**

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe presentado por el Subcomité Permanente de Edificios y Obras (Documento CE22/10);¹ y

Teniendo en cuenta la decisión adoptada sobre este asunto por el Comité Ejecutivo en su 22ª Reunión,

RESUELVE:

- (1) Aprobar las medidas adoptadas por el Subcomité Permanente.
- (2) Expresar su agradecimiento a los miembros del Subcomité Permanente de Edificios y Obras, quienes seguirán prestando su colaboración al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Resolución V**REVISIÓN DEL REGLAMENTO DEL PERSONAL DE LA OFICINA
SANITARIA PANAMERICANA**

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando la decisión adoptada por el Comité Ejecutivo en su 22ª Reunión, relativa a la revisión del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana;

Habiendo sido informada de que la Séptima Asamblea Mundial de la Salud no introdujo cambios en la revisión de su Reglamento de Personal;

Teniendo en cuenta que, de conformidad con las instrucciones contenidas en el primer párrafo de la Resolución XVIII adoptada por el Comité Ejecutivo en su 22ª Reunión, el Director puso en vigor el 1º de junio de 1954 el Reglamento revisado del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, fecha en la que también entró en vigor el de la Organización Mundial de la Salud; y

Considerando que el Artículo 12.2 del Estatuto del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana establece que "el Director informará anualmente al Consejo Directivo de aquellas disposiciones o modificaciones que introduzca en el Reglamento del Personal con el fin de dar cumplimiento a este estatuto", y que "dichas disposiciones y modificaciones deberán ser confirmadas previamente por el Comité Ejecutivo",

RESUELVE:

Tomar nota de la adopción de la revisión del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento CE22/5, Anexo A),² recomendada por el Director y confirmada por el Comité Ejecutivo en su 22ª Reunión.

¹ Documento de trabajo, no publicado.

² Documento de trabajo, no publicado.

Resolución VI**FONDO DE TRABAJO**

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando las decisiones anteriores del Consejo Directivo y las recomendaciones del Director y del Auditor Externo en el sentido de que la cantidad de \$1.200.000 es suficiente para llevar a cabo los fines del Fondo de Trabajo;

Teniendo en cuenta que el Reglamento Financiero estipula que el Fondo de Trabajo se establecerá en la cantidad y para los fines que determine periódicamente el Consejo Directivo; y

Teniendo en cuenta la recomendación formulada por el Comité Ejecutivo en su 22ª Reunión,

RESUELVE:

Fijar el nivel del Fondo de Trabajo en \$1.200.000, hasta el momento en el cual la situación presupuestaria de la Oficina justifique un cambio.

Resolución VII**REEMBOLSO DE LOS GASTOS DE VIAJE DE LOS REPRESENTANTES
A LAS REUNIONES DE LOS COMITÉS REGIONALES**

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado la decisión adoptada por la Séptima Asamblea Mundial de la Salud sobre los asuntos "Reuniones de los Comités Regionales en la Sede Regional" y "Pago de los Gastos de Viaje de los Representantes a las Reuniones de los Comités Regionales", Resoluciones WHA7.26 y WHA7.27, respectivamente,

RESUELVE:

Tomar nota de la decisión adoptada por la Séptima Asamblea Mundial de la Salud en el sentido de que los gastos de viaje de los representantes que asistan a las reuniones de los Comités Regionales no serán reembolsados por la Organización.

Resolución VIII**GASTO A CARGO DEL FONDO ROTATORIO DE EMERGENCIA, EN RELACIÓN
CON LAS INUNDACIONES SUFRIDAS POR UN PAÍS MIEMBRO**

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

RESUELVE:

Tomar nota de la Resolución II adoptada por el Comité Ejecutivo en su 23ª Reunión aprobando el gasto de \$4.661,97, con cargo al Fondo Rotatorio de

Emergencia, en relación con las inundaciones sufridas por un País Miembro, y autorizando al Director a que reembolse dicha suma al Fondo Rotatorio de Emergencia, con cargo a los fondos generales de la Oficina Sanitaria Panamericana para el año 1954.

Resolución IX

PARTICIPACIÓN FINANCIERA DE FRANCIA, LOS PAÍSES BAJOS Y EL REINO UNIDO A NOMBRE DE SUS TERRITORIOS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS, EN EL PRESUPUESTO DE LA ORGANIZACIÓN SANITARIA PANAMERICANA

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado las disposiciones de la Resolución XL adoptada por el Consejo Directivo en su V Reunión; y

Teniendo en cuenta el informe (Documento CE22/12)¹ presentado por el Director a la 22ª Reunión del Comité Ejecutivo, de acuerdo con la resolución antes mencionada, y la decisión adoptada por el mismo Comité sobre esta materia (Resolución XIII),

RESUELVE:

(1) Tomar nota del informe del Director sobre la participación financiera de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido, a nombre de sus territorios en la Región de las Américas, en el presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana.

(2) Encomendar al Director que en lo sucesivo presente informes al Comité Ejecutivo cuando las circunstancias así lo requieran.

Resolución X

ESTADO DE LA RECAUDACIÓN DE LAS CUOTAS

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta la decisión adoptada por el Consejo Directivo en su VII Reunión, por la que invitó al Director a que solicitara de los Gobiernos Miembros, en su nombre, que tomen las medidas financieras necesarias para el pago de todos los atrasos y para que, en el futuro, se mantengan al corriente las cuotas anuales;

Teniendo en cuenta que los atrasos en el pago de las cuotas limitan el desarrollo de largo alcance de los programas que hay que llevar a cabo en las Américas; y

Teniendo en cuenta el informe presentado por el Director en el que se detallan las cuotas que están pendientes de pago,

¹ Véase pág. 576.

RESUELVE:

Solicitar de los Gobiernos Miembros que tengan cuotas pendientes de pago, que tomen las medidas financieras necesarias para el pago de las mismas, recalcando la importancia de que, en el futuro, se mantengan al corriente las cuotas anuales.

Resolución XI

PROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA OFICINA
SANITARIA PANAMERICANA PARA 1955

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

Habiendo examinado el proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para el año 1955 presentado por el Director; y

Teniendo en cuenta el informe del grupo de trabajo (Documento CE22/47, Rev. 1)¹ designado por el Comité Ejecutivo en su 22ª Reunión para el estudio de dicho Proyecto de Programa y Presupuesto,

RESUELVE:

Aprobar el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para el año 1955 (Documento CE22/2).²

Resolución XII

ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

RESUELVE:

(1) Asignar para el ejercicio financiero de 1955 la cantidad de \$ 2.100.000 en la forma siguiente:

Fines de la Asignación

Título I	Organización Sanitaria Panamericana	\$ 139.796
Título II	Oficina Sanitaria Panamericana-Sede	899.200
Título III	Oficina Sanitaria Panamericana-Programas de Campo y otros	1.061.004
Total—Todos los Títulos		\$ 2.100.000

¹ Véase pág. 626.

² Documento publicado por separado.

A deducir: Ingresos diversos	\$ 77.723	
Cuotas asignadas a nombre de territorios no autónomos de Francia, Países Bajos y Reino Unido	22.277	
	<hr/>	
Total ingresos estimados		100.000
		<hr/>
Total a cubrir con cuotas	\$ 2.000.000	
	<hr/>	
		<hr/>

(2) Las cantidades que no excedan de las asignaciones incluídas en el párrafo 1 se aplicarán al pago de las obligaciones contraídas, de conformidad con el Reglamento Financiero de la Oficina, durante el período comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 1955, inclusive.

(3) Las asignaciones señaladas en el párrafo (1) anterior, se cubrirán con las cuotas de los Gobiernos Miembros, de conformidad con el Artículo LX del Código Sanitario Panamericano; con las cuotas asignadas a nombre de los territorios de Francia, Países Bajos y Reino Unido, de acuerdo con las Resoluciones XV y XL adoptadas en la V Reunión del Consejo Directivo y con los ingresos diversos propios de la Oficina Sanitaria Panamericana.

(4) El Director está autorizado para transferir créditos entre los títulos del presupuesto, siempre que las transferencias de créditos que se efectúen entre dichos títulos no excedan del 10% del título del cual el crédito es transferido. Las transferencias de créditos entre estos títulos del presupuesto que excedan del 10%, pueden efectuarse con la aprobación del Comité Ejecutivo. Todas las transferencias de créditos del presupuesto serán notificadas al Consejo Directivo.

Resolución XIII

EMPLEO DE LOS FONDOS NO UTILIZADOS EN 1953

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta que el superávit en efectivo de 1953, que asciende a la suma de \$144.089, fue asignado a un Fondo Especial a disposición de la Conferencia Sanitaria Panamericana; y

Considerando la recomendación formulada por el Director en el sentido de que dicho fondo se utilice para intensificar la campaña contra la viruela, y la decisión adoptada en esta materia por el Comité Ejecutivo en su 22ª Reunión,

RESUELVE:

Autorizar al Director para que invierta el superávit en efectivo de 1953, y que asciende a la suma de \$ 144.089, en la intensificación de la campaña contra la viruela en las Américas.

Resolución XIV**ELECCIÓN DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA Y
NOMBRAMIENTO DEL DIRECTOR REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN
MUNDIAL DE LA SALUD PARA LAS AMÉRICAS**

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

CONSIDERANDO:

El Artículo 4-E de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, en el que se dispone que la Conferencia elegirá al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por dos tercios de los votos de los países presentes con derecho a votar;

La Resolución III adoptada en la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, en la que se fija en cuatro años el mandato del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana; y

El Artículo 4 del Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Sanitaria Panamericana y los Artículos 49 y 52 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en los que se establecen las normas para el nombramiento de Director Regional de la Organización Mundial de la Salud,

RESUELVE:

(1) Reelegir de nuevo, por aclamación, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, al Dr. Fred L. Soper, cuyo mandato se empezará a contar el 1º de febrero de 1955.

(2) Poner en conocimiento del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud la anterior designación a los efectos del nombramiento del Dr. Fred L. Soper, como Director Regional para las Américas.

Resolución XV**ELECCIÓN DE DOS PAÍSES MIEMBROS PARA LLENAR LAS VACANTES EN EL COMITÉ
EJECUTIVO POR HABER TERMINADO SU MANDATO ECUADOR Y MÉXICO**

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

CONSIDERANDO:

Lo dispuesto en el párrafo A del Artículo 13 de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana; y

Teniendo en cuenta que los mandatos de Ecuador y México llegan a su término inmediatamente después de esta Conferencia,

RESUELVE:

Elegir a los Gobiernos de Paraguay y Colombia para integrar el Comité Ejecutivo por un período de tres años y expresar el agradecimiento de la Con-

ferencia a los Gobiernos de Ecuador y México por los servicios prestados a la Organización.

Resolución XVI

ESTADÍSTICAS NECESARIAS PARA LOS PROGRAMAS DE SALUD

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

CONSIDERANDO:

Que la salud en sí misma constituye un todo indivisible y que, por otra parte, está estrechamente ligada al desarrollo económico, social y cultural de la colectividad;

Que la salubridad comprende todas las medidas de fomento, protección y reparación de la salud;

Que la desproporción entre la magnitud de los problemas de salud y los recursos que habitualmente se destinan a su solución, obliga a clasificar estos problemas jerárquicamente para abordarlos según su importancia relativa y a emplear los recursos de tal modo que produzcan el máximo de rendimiento; y

Que los programas de salud requieren indispensablemente datos estadísticos básicos para su correcta planificación, desarrollo, evaluación y perfeccionamiento,

RESUELVE:

Recomendar a los Estados Miembros que, de acuerdo con las posibilidades que su desarrollo económico, social y cultural permita, extiendan y mejoren la recolección, elaboración, análisis y oportuna publicación de las estadísticas de población, vitales, de morbilidad, de recursos de salubridad y de los servicios que ellos prestan, y económicas y sociales relacionadas con la salud.

Resolución XVII

ESTADÍSTICAS DE POBLACIÓN

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

CONSIDERANDO:

Que el conocimiento de la población en sus distintos componentes es de fundamental importancia en los programas de salud,

RESUELVE:

Recomendar a los Estados Miembros que sus organismos de salubridad:

- (a) Promuevan y cooperen en la obtención de estadísticas demográficas oportunas y fidedignas;
- (b) Participen en la planificación de los censos de población para obtener que ellos incluyan el máximo de datos posibles que sean esenciales para los programas de salud; y

- (c) Utilicen las encuestas sanitarias, cuando ello sea necesario, para proporcionar información adicional sobre la población.

Resolución XVIII

ESTADÍSTICAS VITALES

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

CONSIDERANDO:

Que es tarea básica de los organismos de salubridad conocer, tanto al nivel local como al nacional, los hechos vitales que ocurren en las poblaciones cuyos problemas sanitarios desean combatir;

Que para los programas de salubridad es especialmente importante, entre estos hechos vitales, conocer del modo más completo posible las causas de las muertes que ocurren en la población;

Que existen, para los objetivos señalados, detalladas recomendaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud y de las Naciones Unidas; y

Que, sin embargo, las estadísticas vitales siguen adoleciendo de errores en su recolección, de insuficiencia de análisis y de publicación tardía, circunstancias que dificultan su uso oportuno en la planificación, desarrollo, evaluación y perfeccionamiento de los programas de salubridad, y obstaculizan la comparabilidad de los datos tanto en escala nacional como internacional,

RESUELVE:

(1) Recomendar a los Estados Miembros que, por medio de sus instituciones nacionales, mejoren la aplicación de:

- (a) Los *Principios para un Sistema de Estadísticas Vitales* de las Naciones Unidas, concediendo importancia especial a la recolección y elaboración de aquellos datos que sirven específicamente a los fines de salubridad; y
- (b) La Reglamentación N° 1 de la Organización Mundial de la Salud, relativa al uso de la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*.

(2) Recomendar que en esta aplicación se conceda atención especial al perfeccionamiento de los procedimientos para recoger la información estadística básica al nivel local.

Resolución XIX

ESTADÍSTICAS DE MORBILIDAD

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

CONSIDERANDO:

Que las estadísticas de morbilidad son indispensables para la determinación, desarrollo, evaluación y perfeccionamiento de los programas de salud;

Que la recolección de esta información es compleja, y la extensión y detalle con que ella puede obtenerse depende en alto grado del desarrollo económico, social y cultural;

Que es evidente que existen, en la mayoría de los países, informaciones sobre las enfermedades de ciertos grupos de la población, tales como las estadísticas hospitalarias, de seguros de enfermedad, de accidentes, de industrias, etc., que interesa desarrollar, normalizar y utilizar;

Que una acabada descripción de la importancia, tipos, fuentes y usos de las estadísticas de morbilidad, está contenida en el Tercer Informe del Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias de la Organización Mundial de la Salud; y

Que para el grupo especial de las enfermedades transmisibles, cuyo conocimiento completo y oportuno es de importancia local, nacional e internacional, existen disposiciones legales en los países y detalladas recomendaciones internacionales, a pesar de las cuales estas estadísticas adolecen aún de inexactitudes y no se cumplen totalmente las disposiciones relativas a su envío y publicación,

RESUELVE:

(1) Recomendar a los Estados Miembros que promuevan la utilización de las estadísticas de morbilidad general para beneficio de los programas de salud, y que desarrollen una acción permanente para cumplir las recomendaciones hechas en el Tercer Informe del Comité de Expertos en Estadísticas Sanitarias de la Organización Mundial de la Salud.

(2) Recomendar a los Estados Miembros que tomen medidas inmediatas para mejorar la denuncia de las enfermedades transmisibles, por medio de la aplicación de:

- (a) El Reglamento N° 2 de la Organización Mundial de la Salud (*Reglamento Sanitario Internacional*);
- (b) Los *Procedimientos Básicos para la Notificación de las Enfermedades Transmisibles* (Publicaciones Científicas, N° 8, de la Oficina Sanitaria Panamericana); y
- (c) La *Guía para la Notificación de las Enfermedades Cuarentenables y de Otras Enfermedades Transmisibles de las Américas* (Publicaciones Varias, N° 5, Oficina Sanitaria Panamericana).

Resolución XX

ESTADÍSTICAS DE RECURSOS Y SERVICIOS

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

CONSIDERANDO:

Que para los programas de salubridad es necesario conocer los recursos económicos, de personal y de equipos, tanto gubernamentales como privados, que el país destina específicamente a dichos programas;

Que es fundamental evaluar el rendimiento y costo de los programas de salud, y que para ello son imprescindibles las estadísticas de los recursos y de los servicios que se prestan; y

Que, a pesar de su importancia, este tipo de estadísticas se encuentra poco desarrollado en la mayoría de los países americanos,

RESUELVE:

Recomendar que los Estados Miembros tomen medidas para la obtención de estadísticas de los recursos nacionales destinados a salubridad y de los servicios que con ellos se prestan a la colectividad, de tal modo que esta información facilite la planificación, desarrollo, evaluación y perfeccionamiento de los programas de salud.

Resolución XXI

ESTADÍSTICAS ECONÓMICO-SOCIALES RELACIONADAS CON LA SALUD

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

CONSIDERANDO:

Que hay una estrecha interdependencia entre el desarrollo económico, cultural y social de la colectividad y sus problemas de salud;

Que de esto resulta que los programas de salud deben formar parte de un plan integral de gobierno para mejorar las condiciones de vida de la población;

Que los encargados de los programas de salud necesitan disponer de estadísticas económico-sociales que contribuyan a darles una visión unitaria de los problemas de la comunidad; y

Que, a pesar de que existe una información de esta índole en la mayoría de los países, no es suficientemente utilizada por los organismos de salud,

RESUELVE:

Recomendar a los Estados Miembros promover el uso de las estadísticas económico-sociales relacionadas con salud por las organizaciones de salubridad con el propósito de dar unidad a las medidas que tienden a elevar las condiciones de vida de la población.

Resolución XXII

SERVICIO DE ESTADÍSTICA EN LOS ORGANISMOS DE SALUBRIDAD

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

CONSIDERANDO:

Que algunos de los datos estadísticos básicos que los organismos de salubridad necesitan, deben someterse, en estos departamentos, a un proceso de recolección, elaboración y análisis de tal modo que puedan usarse constante y oportu-

namente para la planificación, desarrollo, evaluación y perfeccionamiento de los programas de salud;

Que además de la información estadística anteriormente mencionada, es igualmente necesario el uso de datos estadísticos producidos por otros organismos nacionales; y

Que para un adecuado aprovechamiento de la información estadística en los programas de salud es necesario que estadísticos con conocimientos básicos en salubridad colaboren estrechamente con quienes desarrollan estos programas,

RECOMIENDA:

(1) Que los Estados Miembros creen o impulsen y fortalezcan el servicio de estadística en los organismos de salubridad, dotándolos de medios materiales y de personal estadístico que tenga un adiestramiento adecuado.

(2) Que con el fin de coordinar los diversos organismos que producen estadísticas de interés sanitario, los Estados Miembros fomenten la creación y desarrollo de Comités Nacionales de Estadísticas Vitales y Sanitarias, de acuerdo con el Informe de la Primera Conferencia Internacional sobre Comités Nacionales de Estadísticas Vitales y Sanitarias.

(3) Que con el objeto de producir datos básicos fidedignos, esenciales a las estadísticas vitales, se establezca la coordinación local de los servicios de salubridad, de registro civil y de estadística.

Resolución XXIII

DIVULGACIÓN Y ENSEÑANZA DE LAS ESTADÍSTICAS APLICADAS A SALUBRIDAD

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

CONSIDERANDO:

Que para mejorar la exactitud y fidelidad de los datos estadísticos necesarios en la planificación, desarrollo, evaluación y perfeccionamiento de los programas de salud, es indispensable la enseñanza a los profesionales que trabajan en este programa (médicos, enfermeras, ingenieros sanitarios, visitadoras sociales, educadores sanitarios, etc.) de los métodos estadísticos y su aplicación a salubridad;

Que con la misma finalidad, es igualmente necesario que el personal estadístico perfeccione el nivel de sus conocimientos técnicos; y

Que es evidente la conveniencia de acrecentar los estímulos para que progresivamente se vayan formando cuerpos de estadísticos y oficiales de estadística idóneos,

RESUELVE:

(1) Recomendar a los Estados Miembros que, respecto de los profesionales que trabajan en salubridad:

(a) Incluyan en el curriculum de las escuelas de medicina, de enfermería,

de servicio social, etc., la enseñanza de los métodos estadísticos aplicados a salubridad; y

- (b) Orienten la enseñanza de estadística impartida por las escuelas de salubridad a su aplicación práctica en los programas de salud.

(2) Recomendar a los Estados Miembros que, respecto de los funcionarios de servicios de estadística, y según sean sus necesidades nacionales, desarrollen programas de enseñanza de los siguientes niveles:

- (a) Cursos universitarios para la formación de estadísticos, con sólidas bases en matemáticas y especialización en diversas disciplinas, salubridad entre ellas;
- (b) Cursos de especialistas en salubridad para los estadísticos que tengan conocimientos universitarios básicos;
- (c) Cursos de nivel medio en las escuelas de salubridad para los funcionarios de servicios de estadística que hayan completado estudios de humanidades; y
- (d) Cursos de adiestramiento en los propios servicios de estadística para los oficiales que trabajan, a nivel local o central, en la recolección y manejo de la información estadística original.

(3) Recomendar a los Estados Miembros la creación de la carrera funcionaria de estadístico, en la que se contemplen escalafones adecuados y salarios suficientes.

(4) Recomendar a los Estados Miembros que estimulen el trabajo en equipo de los profesionales de salubridad con los estadísticos, a fin de divulgar la aplicación de los métodos estadísticos a los programas de salud y a la investigación clínica.

Resolución XXIV

RESUMEN DE LOS INFORMES DE LOS ESTADOS MIEMBROS PARA 1954-1957

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

CONSIDERANDO:

Que el "Resumen de los Informes de los Estados Miembros 1950-53",¹ preparado por la Oficina Sanitaria Panamericana, es un valioso documento para conocer los problemas de salud de las Américas y para coordinar los programas de salubridad; que contiene informes estadísticos sobre población, natalidad, mortalidad, morbilidad por enfermedades transmisibles, personal y organización de servicios de salubridad y descripción de algunos programas; y

¹ Documento CSP14/7, cuya revisión, *Resumen de los Informes sobre las Condiciones Sanitarias en las Américas 1950-1953*, se ha publicado por separado como Publicación Científica No. 24, junio 1956.

Que es evidente que los datos de estos informes no son estrictamente comparables debido a diferencias en las definiciones y en los procedimientos seguidos por los diversos países,

RESUELVE:

Recomendar a los Estados Miembros que:

- (a) Inicien de inmediato el mejoramiento de estos datos estadísticos, de acuerdo con las recomendaciones de los organismos internacionales; y
- (b) Alcancen un acuerdo para ampliar la información estadística que deberían contener sus informes a la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana, y que determinen los procedimientos para obtenerla y los métodos para asegurar su comparabilidad internacional, con la activa cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana y por medio de seminarios y otras actividades destinadas a intercambiar ideas y procedimientos.

Resolución XXV

MÉTODOS PARA MEJORAR LA EXACTITUD Y FIDELIDAD DE LOS DATOS ESTADÍSTICOS PRIMARIOS INDISPENSABLES PARA PROGRAMAS DE SALUD

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando la importancia que las estadísticas tienen para la planificación, desarrollo, evaluación y perfeccionamiento de los programas de salud; y

Tomando en cuenta las deliberaciones sostenidas en el seno del grupo de trabajo nombrado para estudiar ese tema y el informe y recomendaciones propuestas por el mismo,

RESUELVE:

(1) Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que, de acuerdo con sus posibilidades, estimule el desarrollo de las recomendaciones técnicas contenidas en el informe sobre "Métodos para mejorar la exactitud y fidelidad de los datos estadísticos primarios indispensables para programas de salud" del grupo de trabajo *ad hoc*, dando cuenta en sus informes anuales al Consejo Directivo de las gestiones que la Oficina haya realizado en este sentido.

(2) Solicitar a la Oficina Sanitaria Panamericana que asista a los Estados Miembros, en la mayor amplitud posible, con el objeto de desarrollar programas de educación y adiestramiento en estadísticas aplicadas a salubridad.

3. Encomendarle al Director de la Oficina que dé amplia difusión al trabajo preparado por el Dr. Enrique Pereda (Documento CSP14/26)¹ y al informe del grupo de trabajo *ad hoc* (Documento CSP14/69, Rev. 1).²

¹ Véase pág. 526.

² Véase pág. 462.

Resolución XXVI**APLICACIÓN DE MÉTODOS DE EDUCACIÓN SANITARIA EN ZONAS
RURALES DE AMÉRICA LATINA**

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando la importancia que debe otorgársele a la educación sanitaria en todos los aspectos y actividades relacionadas con la salud pública; y

Tomando en cuenta las deliberaciones sostenidas en el seno del grupo de trabajo para estudiar este tema, y el informe y recomendaciones propuestas por el mismo,

RESUELVE:

(1) Aprobar los considerandos y recomendaciones sometidos por la Comisión I en relación al tema: "Aplicación de Métodos de Educación Sanitaria en Zonas Rurales de América Latina" (Documento CSP14/79, Rev. 1).

(2) Encomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que, de acuerdo con sus posibilidades, estimule la promoción y desarrollo de las recomendaciones contenidas en el Documento citado, dando cuenta en sus informes anuales al Consejo Directivo de las gestiones realizadas en relación con esta materia.

(3) Recomendar al Director de la Oficina que dé amplia difusión al texto completo del Documento CSP14/79, Rev. 1, para conocimiento de todos los países.¹

Resolución XXVII**CONTROL DE LAS DIARREAS INFANTILES**

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando la importancia que tienen las diarreas infantiles como causa predominante de enfermedad y muerte en muchos países americanos; y

Tomando en cuenta las deliberaciones sostenidas en el seno del grupo de trabajo nombrado para estudiar este tema y el informe y recomendaciones propuestas por el mismo,

RESUELVE:

(1) Aprobar las recomendaciones técnicas sobre el control de las diarreas infantiles establecidas en el informe del grupo de trabajo *ad hoc*, modificado por la Comisión I (Documento CSP14/79, Rev. 1).

(2) Recomendar al Director que, de acuerdo con las posibilidades de la Oficina, estimule el desarrollo de las recomendaciones técnicas contenidas en el informe mencionado, dando cuenta en sus informes anuales al Consejo Directivo de las gestiones que se hubieren realizado en este sentido.

¹ Véase pág. 456.

(3) Encomendarle al Director de la Oficina que dé amplia difusión al trabajo preparado por el Dr. Albert V. Hardy (Documento CSP14/27 y Addenda I y II)¹ y al informe del grupo de trabajo *ad hoc* (Documento CSP14/79, Rev. 1).²

Resolución XXVIII

RELACIONES ENTRE LA ORGANIZACIÓN SANITARIA PANAMERICANA Y LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que la colaboración en asuntos de interés común para la Organización Sanitaria Panamericana y para otras organizaciones internacionales e interamericanas contribuye a dar cumplimiento a los objetivos de la Organización, según están enunciados en el Código Sanitario Panamericano y en la Constitución de la Organización,

RESUELVE:

Que la Organización Sanitaria Panamericana establezca y mantenga relaciones de colaboración con otras organizaciones internacionales e interamericanas en la forma que estime adecuada.

Que las normas generales que aparecen a continuación sean observadas cuando la Organización Sanitaria Panamericana establezca relaciones de colaboración con cualesquiera otras organizaciones internacionales e interamericanas.

Que estas relaciones se establezcan o mantengan de conformidad con las disposiciones previstas en el Artículo 23 de la Constitución.

NORMAS GENERALES

- (1) La organización deberá estar interesada en asuntos comprendidos dentro del campo de acción de la Organización Sanitaria Panamericana.
- (2) Las finalidades y propósitos de la organización deberán concordar con el espíritu, propósitos y principios del Código Sanitario Panamericano y de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana.
- (3) La organización deberá gozar de reconocido prestigio y representar una proporción substancial de las personas organizadas con el propósito de actuar en la esfera particular de que se trate. Con el fin de llenar esta condición, las organizaciones podrán agruparse y designar comités mixtos u otros órganos cualesquiera autorizados para actuar en representación de todo el grupo.
- (4) La organización deberá contar con un cuerpo directivo y gozar de autoridad para actuar en nombre de sus miembros mediante sus representantes autorizados; tendrá que presentar pruebas al respecto si fueren solicitadas.
- (5) La organización deberá ser, salvo casos excepcionales, interamericana por

¹ Véase pág. 481.

² Véase pág. 458.

- su estructura y finalidad; su orientación y actividades deberán ser determinadas por el voto de sus miembros.
- (6) Salvo en casos excepcionales, una organización nacional afiliada a una organización interamericana no gubernamental consagrada a los mismos fines en un plano internacional, deberá presentar sus puntos de vista por mediación de su gobierno o de la organización interamericana no gubernamental a la cual esté afiliada. Sin embargo, una organización nacional podrá ser aceptada, después de consultado el Gobierno Miembro respectivo y obtenido su consentimiento, si las actividades de la organización de que se trate no corresponden a las de ninguna organización internacional o cuando la experiencia que pueda ofrecer la organización solicitante sea de especial interés para la Organización Sanitaria Panamericana.

Resolución XXIX

PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Y RESUMEN DEL PROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA PARA EL AÑO 1956

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el Documento CE23/2,¹ presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, que contiene el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, y el Resumen del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para el año 1956;

Teniendo en cuenta que el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas se presenta a la Conferencia, en su carácter de Comité Regional de la OMS, para su examen y presentación al Director General de la Organización Mundial de la Salud para que lo tome en consideración al formular su presupuesto para 1956; y

Teniendo en cuenta que el Resumen del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para 1956 constituye un anteproyecto que ha de servir de base para la elaboración del Proyecto de Programa y Presupuesto que el Director ha de presentar al examen y revisión del Comité Ejecutivo en su 25ª Reunión y a la aprobación de la VIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana en 1955,

RESUELVE:

(1) Prestar su apoyo al Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para el año 1956, y solicitar del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que lo transmita al Director General de la Organización Mundial de la Salud para que lo tome en cuenta en la preparación del Presupuesto de la OMS para 1956.

¹ Publicado por separado.

(2) Aprobar el Resumen del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para el año 1956 como anteproyecto que servirá de base para el proyecto que el Director someterá al Comité Ejecutivo en su 25ª Reunión.¹

(3) Expresar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana su reconocimiento por las realizaciones llevadas a cabo en los años pasados y por las pruebas constantes dadas en la preparación de programas bien planeados, como ponen de manifiesto los proyectos de programas y presupuestos para 1956.

Resolución XXX

MODIFICACIÓN DEL PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA 1955

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Vista la solicitud formulada por el Director General de la OMS en el sentido de que la Conferencia exprese su opinión respecto a si se ha mantenido un equilibrio satisfactorio entre las principales materias en el Presupuesto de 1955 para la Región de las Américas;

Teniendo en cuenta que el total original de \$1.342.418 del Presupuesto Regional para 1955, ha sido reducido a \$1.137.783 como consecuencia de la decisión adoptada por la Séptima Asamblea Mundial de la Salud; y

Teniendo en cuenta que, al efectuarse esta reducción, se mantuvo un equilibrio satisfactorio entre las principales materias en el Presupuesto para la Región de las Américas,

RESUELVE:

Solicitar del Director, en su calidad de Director Regional de la OMS, que informe al Director General en el sentido de que la parte correspondiente a la Región de la reducción general de \$811.100 y que ascendía a la cantidad de \$ 204.635, ha sido aplicada de una manera adecuada, y que se ha mantenido un equilibrio satisfactorio entre las principales materias en el Programa y Presupuesto de la Región de las Américas para 1955.

Resolución XXXI

FUNCIONES DEL COMITÉ EJECUTIVO EN LA PREPARACIÓN DE LAS REUNIONES SANITARIAS PANAMERICANAS

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que el Comité Ejecutivo tiene facultades, conforme al párrafo D del Artículo 7, y los párrafos B y D del Artículo 12, Capítulo IV, de la Consti-

¹ La Resolución XLIII, párrafo 2, adoptada posteriormente en la décima sesión plenaria, autorizó un aumento de \$100.000 sobre el presente nivel presupuestario, aumento específicamente destinado a la intensificación de las actividades antimalarías de la Oficina. (Esta nota aclaratoria se incluye por acuerdo de la novena sesión de la Comisión General, celebrada el 20 de octubre de 1954.)

tución de la Organización Sanitaria Panamericana para formular el programa de la Conferencia Sanitaria Panamericana y para asesorar al Consejo Directivo, por iniciativa propia, sobre los asuntos relacionados con sus actividades; y

Teniendo en cuenta que en la preparación de los programas de las Reuniones Sanitarias Panamericanas y en su organización, pueden presentarse cuestiones diversas y de difícil reglamentación, cuya solución facilitarí la labor de dichas reuniones,

RESUELVE:

(1) Aprobar las medidas adoptadas por el Comité Ejecutivo en su 23ª Reunión, para el mejor desarrollo de las labores de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

(2) Autorizar al Comité Ejecutivo para que, en relación con la preparación de futuras reuniones del Consejo Directivo y de la Conferencia Sanitaria Panamericana, en los casos no previstos expresamente en la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana ni en los Reglamentos respectivos, tome las medidas que sean necesarias para facilitar su desarrollo y dar la mayor eficiencia posible a sus trabajos.

(3) El Comité Ejecutivo informará oportunamente a la Conferencia Sanitaria Panamericana o al Consejo Directivo de las medidas tomadas.

Resolución XXXII

FORMA DE PRESENTACIÓN EN EL FUTURO DEL PROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

RESUELVE:

Tomar nota de la Resolución I adoptada por el Comité Ejecutivo en su 23ª Reunión, relativa a la forma de presentación en el futuro del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana.¹

Resolución XXXIII

ESTIPENDIOS PAGADOS A LOS BECARIOS DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Documento CE23/6,² presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, "Estipendios pagados a los becarios de la Oficina Sanitaria Panamericana", y reconociendo que el tema ha sido minuciosamente estudiado, poniéndose de relieve la dificultad existente para tomar en cuenta los factores diversos que se presentan en el otorgamiento y aplicación de las becas,

¹ Para el texto de esta resolución, véase acta de la cuarta sesión de la Comisión II, pág. 409.

² Véase pág. 578.

RESUELVE:

(1) Encargar al Director:

- (a) Que continúe estudiando la posibilidad de establecer clasificaciones en las becas, señalando remuneraciones diversas, después de consultar a las organizaciones nacionales e internacionales interesadas; y
- (b) Que si las conclusiones de estos estudios así lo justificaran, las incluya en un Proyecto de Reglamento General de Becas, en el que se determinen, además, las condiciones y exigencias básicas para la concesión de becas, las que deberán tener suficiente elasticidad para que sean aplicables dentro de los Países Miembros.

(2) Encomendar al Director que presente este Reglamento a la 25ª Reunión del Comité Ejecutivo.

Resolución XXXIV

PROGRAMA DE ECONOMÍAS Y DESCENTRALIZACIÓN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta que el VII Consejo Directivo solicitó del Director que presentara un informe detallado a esta Conferencia del Programa de Economías y Descentralización de la Oficina; y

Considerando que el Comité Ejecutivo, en su Resolución V, adoptada en su 23ª Reunión, expresó que los documentos presentados por el Director habían satisfecho sus deseos en esta materia, tomó nota del informe y lo transmitió a la Conferencia con la recomendación de que fuese aprobado,

RESUELVE:

Aprobar y expresar su satisfacción en relación al informe presentado por el Director (Documento CE23/5¹ y nota informativa Documento CE23/10)² sobre el Programa de Economías y Descentralización de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Resolución XXXV

SELECCIÓN DE TEMAS PARA LAS DISCUSIONES TÉCNICAS QUE TENDRÁN LUGAR DURANTE LA VIII REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO, VII REUNIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1955)

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta la conveniencia de seguir aprovechando las reuniones del Consejo Directivo para celebrar discusiones técnicas sobre asuntos de interés

¹ Véase pág. 629.

² Véase pág. 638.

regional relacionados con las actividades propias de la Organización Sanitaria Panamericana; y

Teniendo en cuenta que es procedente tomar en consideración la experiencia pasada y en especial los acuerdos contenidos en la Resolución XXXI, de la V Reunión del Consejo Directivo, y en la Resolución X de la 22ª Reunión del Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

(1) Seleccionar, por su interés general, los temas siguientes para las discusiones técnicas que habrán de tener lugar con motivo de la VIII Reunión del Consejo Directivo, VII Reunión del Comité Regional:

- (a) Métodos para mejorar la formación del personal de salud pública.
- (b) La atención médica en el medio rural.

(2) Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que comunique a los Ministerios de Salud Pública de los Gobiernos Miembros de la Organización, los temas elegidos para las discusiones técnicas.

(3) Autorizar al Director para que designe sendos expertos, que se encarguen de presentar una exposición preliminar sobre los temas seleccionados.

Resolución XXXVI

CONGRESO INTERAMERICANO DE HIGIENE

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Vista la proposición presentada por la Delegación de Cuba, en el sentido de que "en la oportunidad en que se celebre la Conferencia Panamericana de Salud Pública, se reúna oficialmente el Congreso Interamericano de Higiene, cuya organización estará a cargo de la Oficina Panamericana de Salud Pública",

RESUELVE:

Aplazar la consideración de la moción presentada por la Delegación de Cuba hasta la X Reunión del Consejo Directivo, prevista para 1957.

Resolución XXXVII

SANEAMIENTO DEL MEDIO

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Documento CSP14/22,¹ que le ha sometido el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, a solicitud del Director General de la Organización Mundial de la Salud,

¹ Documento de trabajo no publicado.

RESUELVE:

Tomar nota de la Resolución 53 adoptada por la Séptima Asamblea Mundial de la Salud y de la Resolución 21 de la Décimocuarta Reunión de su Consejo Ejecutivo, relativas al saneamiento del medio.

Resolución XXXVIII

LUGAR Y FECHA DE LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el Artículo 7, párrafo A, de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

Expresar su agradecimiento al Gobierno de los Estados Unidos de América y aceptar su invitación de que la XV Conferencia Sanitaria Panamericana se celebre en la ciudad de San Juan, capital del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Resolución XXXIX

NORMAS PARA ACEPTAR ENMIENDAS A LA CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN SANITARIA PANAMERICANA

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que el Artículo 25 de la Constitución dispone que “la Conferencia o el Consejo Directivo podrá aprobar y poner en vigencia, de acuerdo con las normas que determine, las enmiendas a esta Constitución”,

RESUELVE:

Para la aprobación del proyecto de enmiendas hechas a la Constitución, recomendadas por la Comisión II de esta Conferencia, será necesario el voto afirmativo de dos tercios de los Gobiernos participantes con derecho a voto que estén representados y presentes en el momento de la votación en sesión plenaria de la Conferencia.

Resolución XL

CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN SANITARIA PANAMERICANA

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Informe Final del Comité Permanente de Revisión de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana (Documento CSP14/18 y Anexo A);¹ y

¹ Véase pág. 613.

Teniendo en cuenta las modificaciones propuestas por el grupo de trabajo ad hoc de la Comisión II, presentadas en el Documento CSP14/78,¹ y las modificaciones hechas por la Comisión II (Documento CSP14/85, Rev. 1),²

RESUELVE:

No aprobar las enmiendas propuestas a la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana.

Resolución XLI

TREPONEMATOSIS

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

CONSIDERANDO:

La importancia que las treponematosis revisten todavía en muchos países del Continente, como enfermedades infectocontagiosas;

Que en América existen todavía numerosos individuos que padecen de algunas treponematosis en estado de contagio;

Que en su transmisión interviene solamente el ser humano, circunscribiendo, por lo tanto, la lucha contra su propagación únicamente al hombre; y

Que es necesario propender por todos los medios a la profilaxis y control de las enfermedades citadas, mediante programas preventivos de lucha, concretos y básicos,

RESUELVE:

(1) Recomendar a los Estados Miembros que, conforme a sus posibilidades, medios y condiciones desarrollen programas de lucha médico-preventivos a base de penicilina, o con la aplicación de métodos o técnicas que en el futuro la ciencia aconseje para el control y la erradicación de estas enfermedades.

(2) Recomendar, existiendo experiencias de éxito en el tratamiento en masa con penicilina en zonas endémicas de pian, la aplicación de este procedimiento para su erradicación.

Resolución XLII

ERRADICACIÓN DE LA MALARIA EN LAS AMÉRICAS

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que en el curso de las discusiones técnicas sobre el tema "Erradicación de la Malaria en las Américas" se ha puesto en evidencia que:

(a) La experiencia de los países que han logrado la erradicación de la malaria indica que, una vez que se interrumpe la transmisión, la infección

¹ Véase pág. 601.

² Véase pág. 591.

desaparece de la población humana en pocos años, como consecuencia de la muerte natural del parásito;

- (b) Existen observaciones recientes que han demostrado el desarrollo de resistencia a ciertos insecticidas en algunas especies de anofelinos, fenómeno que con el tiempo puede ocasionar graves dificultades y hasta fracasos, a las campañas antimaláricas; y
- (c) La erradicación de la malaria en algunos países plantea el problema internacional de evitar la importación de nuevos casos a zonas ya libres de la infección,

RESUELVE:

(1) Declarar que es de extrema urgencia poner en ejecución la Resolución XVIII de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana por la cual se encomendó a la Oficina Sanitaria Panamericana propender a la intensificación y coordinación de las labores de lucha antimalárica a objeto de procurar la erradicación de dicha enfermedad en el Hemisferio Occidental, y que los Gobiernos Miembros conviertan a la brevedad posible todos los programas de lucha en programas de erradicación, a fin de que ésta sea lograda antes de la aparición de la resistencia de los anofelinos a los insecticidas.

(2) Disponer que la Oficina Sanitaria Panamericana proceda a dar cumplimiento a la resolución antes citada y estudie las medidas de carácter internacional para asegurar la protección de los países o territorios que hayan logrado la erradicación de la enfermedad.

(3) Autorizar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para obtener la participación financiera de organizaciones públicas o privadas, nacionales o internacionales, para adelantar el desarrollo de los objetivos señalados en esta resolución.

Resolución XLIII

USO DE FONDOS PARA LA INTENSIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ANTIMALÁRICAS

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta la resolución sobre la erradicación de malaria en las Américas, aprobada en el curso de la presente sesión; y,

Considerando que es necesario proveer a la Oficina Sanitaria Panamericana de los recursos financieros que le permitan llevar a cabo las funciones que le fueron encomendadas en la resolución antedicha,

RESUELVE:

(1) Autorizar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana a comprometer una suma hasta de \$100.000 del superávit que pueda existir para el 31 de diciembre de 1954, con el propósito de intensificar las actividades antimaláricas de la Oficina dirigidas a la erradicación de la malaria en el Hemisferio Occidental.

(2) Aprobar la preparación de un proyecto de presupuesto para 1956 por el

Comité Ejecutivo, para la consideración del Consejo Directivo, con un aumento de \$100.000 sobre el presente nivel presupuestario, aumento específicamente destinado a la intensificación de las actividades antimaláricas de la Oficina.

Resolución XLIV

VOTOS DE GRACIA

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

Expresa su agradecimiento al Excelentísimo señor Presidente de la República de Chile, señor Presidente del Senado y a las autoridades del país, en particular a los señores Ministros de Relaciones Exteriores y de Salud Pública, por la generosa acogida dispensada a las delegaciones y al personal de la Conferencia, así como por las facilidades brindadas para el feliz éxito de sus trabajos;

A las ilustres Municipalidades de Santiago y de Viña del Mar, a la Universidad de Chile, a la Sociedad Chilena de Salubridad y a las instituciones públicas y privadas que tan espléndidamente atendieron a todas las delegaciones;

A los Miembros de la Comisión Chilena de Organización de la Conferencia, por su magnífica colaboración demostrada durante el período preliminar y de desarrollo de la Conferencia, y a la Comisión de Damas por la hospitalidad brindada a las señoras que integraron las delegaciones;

A la prensa y a la radio de Chile por la excelente difusión dada a los trabajos de la Conferencia;

Y al personal de la Secretaría, especialmente al servicio de interpretación, por su eficaz labor que ha permitido el desarrollo satisfactorio de las tareas de la Conferencia.¹

¹ Por acuerdo de la décima sesión de la Comisión General se incorpora la lista del personal de la Conferencia como Anexo a esta acta.

EN FE DE LO CUAL, los Delegados a la Conferencia, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y el Secretario firman la presente Acta Final en los idiomas español e inglés, cuyos textos tendrán igualmente valor auténtico.

HECHO en Santiago, Chile, el día 22 de octubre de 1954. El Secretario depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana, y enviará copias de los mismos a los Gobiernos Miembros.

COLOMBIA:	Jorge Jiménez
COSTA RICA:	O. Vargas
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA:	W. P. Dearing
REPÚBLICA DOMINICANA:	Ramón Bergés S.
VENEZUELA:	Darío Curiel
ARGENTINA:	Gerardo Segura
URUGUAY:	R. Cappeletti
EL SALVADOR:	J. Allwood P.
ECUADOR:	C. Grunauer
HAITÍ:	Lucien Pierre-Noël
MÉXICO:	J. Zozaya
NICARAGUA:	Leonardo Somarriba
PAÍSES BAJOS:	N. H. Swellengrebel
FRANCIA:	R. G. Hyronimus
PANAMÁ:	A. Bissot, Jr.
CHILE:	S. Altamirano P.
CUBA:	F. Hurtado
GUATEMALA:	José Fajardo
PERÚ:	C. Lazarte
BOLIVIA:	J. Doria Medina
BRASIL:	H. Rodrigues Valle
REINO UNIDO:	J. W. P. Harkness
PARAGUAY:	Enrique Zacarías

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL
DE LA SALUD PARA LAS AMÉRICAS

Fred L. Soper
Director

M. E. Bustamante
Secretario General

Miembro *ex officio* de la Conferencia Secretario *ex officio* de la Conferencia

Anexo

SECRETARIA DE LA CONFERENCIA

FUNCIONARIOS DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Director:	Representante, Zona VI:
Dr. Fred L. Soper	Dr. Emilio Budnik
Subdirector:	Jefe, Sección de Epidemiología y Estadística:
Dr. Carlos L. González	Dra. Ruth R. Puffer
Secretario General:	Consultores:
Dr. Miguel E. Bustamante	Dr. Carlos A. Alvarado
Ayudante:	Dr. Rigoberto Ríos
Sr. Guillermo A. Suro	Ayudante de los funcionarios de la Oficina:
Jefe, División de Administración:	Srta. Ann Marie Tierney
Sr. Harry A. Hinderer	Secretaria del Director:
Jefe, División de Educación y Adiestramiento:	Srta. Dinorah López-Molina
Dr. Myron E. Wegman	

SERVICIOS DE SECRETARIA DE LA CONFERENCIA

Secretario:	Ayudante del Secretario y Jefe de los Servicios de Secretaría:
Dr. Miguel E. Bustamante	Sr. Guillermo A. Suro
	Secretaría:
	Sra. Mabel Fariña de Reus

SERVICIOS DE SECRETARÍA DE LA CONFERENCIA

Jefe del Servicio:	Editor:
Sr. José Quero Molares	Srta. Sofía Krissillas
Subjefe:	Actas Resumidas
Sr. Pedro Beitia	Redactores de Actas:
Actas Taquigráficas	Sr. Ricardo Barroilhet
Jefe:	Sr. Jorge Jobet
Sr. René Vuskovic	Sr. Marcos Libedinsky
Taquígrafos:	Sr. Fernando Martín
Sr. Gustavo Covacevich	Srta. Ann Marie Tierney
Sr. Luis Espinoza	Sr. José Rodríguez Olazábal
Srta. Ofelia Fernández	Sr. Miguel Saavedra
Sr. Samuel Mardones	Sr. Jorge Vivas
Sr. Enrique Oyarzún	Taquígrafos español:
Sr. Eugenio Rojas	Srta. Lumy Mardones
Revisor:	Sr. Jorge Zamorano
Sr. Alfredo Mendizábal	

Taquígrafos inglés:	Transcripción Dictaphone:
Srta. Cecilia Bruna	Sra. Mabel Monteith
Srta. Joan Cooper	
Mecanógrafa:	Traducciones al español
Srta. María Angélica Zegers	Revisor:
Equipo de grabación de sonido	Sr. José Rovira
Operadores:	Traductores:
Sr. Leopoldo Joignant	Sr. Enrique Espiro
Sr. Carlos Joignant	Sr. Carlos Montoya

SERVICIO DE DOCUMENTOS Y TRADUCCIONES AL INGLÉS

Jefe del Servicio:	Sra. Nilda Hermosilla
Sr. Carlos E. Urrutia	Srta. Carmen Holzhauser
Sección de Documentos	Srta. Ximena Lorca
Control de Documentos:	Sra. Alicia de Mourguet
Oficiales de Documentos:	Srta. Eliana Peñaloza
Sr. Ulises Consuegra	Sra. Adriana de Pope
Sr. Edward P. Davis	Srta. María I. Rojas
Srta. Dorothy King	Srta. Carmen Silva
Correctores de Pruebas:	Srta. Lilia Suárez
Sra. Catalina de Barriga	Srta. Emilia Susaeta
Sra. Iris de Haverbeck	Reproducción:
Srta. Juana Hurtado	Jefe:
Sra. Lucy A. de Soto	Sr. Armando Lagunas
Srta. Beatriz Weinstein	Supervisores de turno:
Srta. Luise Wulf	Sr. Enrique Palominos
Mecanografía:	Sr. Fernando Quevedo
Supervisoras de turno:	Sr. Ricardo Quevedo
Srta. Irma B. Cruz	Mimeografistas:
Sra. Françoise Esquerré	Sr. Luis Caroca
Srta. Alicia Treacy	Sr. Carlos Lastarria
Mecanógrafos bilingües:	Sra. Digna Leiva
Sr. William Addison-Smith	Sr. Leoncio Orellana
Sr. Ernesto Arauco	Sr. Arturo Ortiz
Srta. Graciela Arnao	Sr. René Uribe
Srta. Ana María Bellido	Compaginadores:
Sra. Ana María Berríos	Sr. Raúl Benussi
Srta. María Angélica Carr	Sr. Antonio Bermudes
Sra. Alma Ciorba	Sr. Guillermo Escalante
Sra. Ada de Ciuffardi	Sr. Abelardo Ibáñez
Srta. Berta Colomé	Sr. Juan Jara
Srta. Selma Cuello	Sr. Sergio Libedinsky
Sra. Lina Gianotti	Sr. Romeo Ponce
Sra. Raquel Giles	Sr. Gustavo Quiroz
Sra. Alicia de González	Srta. Alicia Rootman
	Srta. Sonia Silva

Distribución y Reserva de Documentos

Supervisores:

Sr. Carlos Alcántara
Sr. José E. Ortiz

Encargados de la distribución:

Srta. Silvia Bascour
Srta. Marta Bonet
Sra. Marta Egaña
Srta. Mireya Elberg
Srta. Silvia Fariña
Srta. Ximena Franke
Sra. Mary K. de Grove
Sr. Leonardo Ibáñez

Traducciones al inglés

Jefe:

Srta. Claire Harley

Revisores:

Srta. Bernice Matlowsky
Srta. Beatrice Newhall

Traductores:

Sra. Kennie Bletz
Sra. Annette Flugger
Sra. Evangeline Galas
Sr. Frank Hebblethwaite
Sra. Dorothy Huneeus
Srta. Eileen Mund

SERVICIO DE INTERPRETACIÓN

Jefe del Servicio:

Sr. Alvaro Galván

Intérpretes:

Srta. Yolanda Arnoldi
Sr. Henry L. Comas
Sr. Sergio Figueroa
Sr. Luis Gardel
Sr. Pierre F. Hovelaque
Srta. Crisantemo Liou
Sra. Eliana López
Sra. Georgina de Saint Blanquat

Sr. Eric Simha

Sr. Emilio Stevanovitch

Sr. Antonio Villaplana

Equipo IBM de interpretación simultánea:

Técnico:

Sr. Eric G. Sommer

Ayudantes:

Sr. Daniel Galván
Sr. Julio Zavala

BIBLIOTECA

Encargada del servicio:

Srta. Amelia Cozzi

INFORMACIONES

Encargada del servicio:

Sra. Emma Elliot de Echenique

PRENSA

Encargada del servicio:

Srta. Graciela Mandujano

Secretarias:

Sra. Beatriz Crighton
Srta. Adriana Paredes
Srta. Beatriz Polanco
Srta. María Teresa Ticozzi

SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

(Personal, Contabilidad, Comunicaciones, Material y Equipo)

Sr. Mario Casabianca

Sr. Boris Ibáñez

Guardalmacén:

Sr. Julio Estay

Secretarias:

Srta. Hortensia Gibson

Srta. Blanca Fernández

Ayudante:

Sr. Raúl Bocca

INDICE

*Actas de la Decimocuarta
Conferencia Sanitaria Panamericana,
Sexta Reunión del Comité Regional de
la Organización Mundial de la Salud
para las Américas*

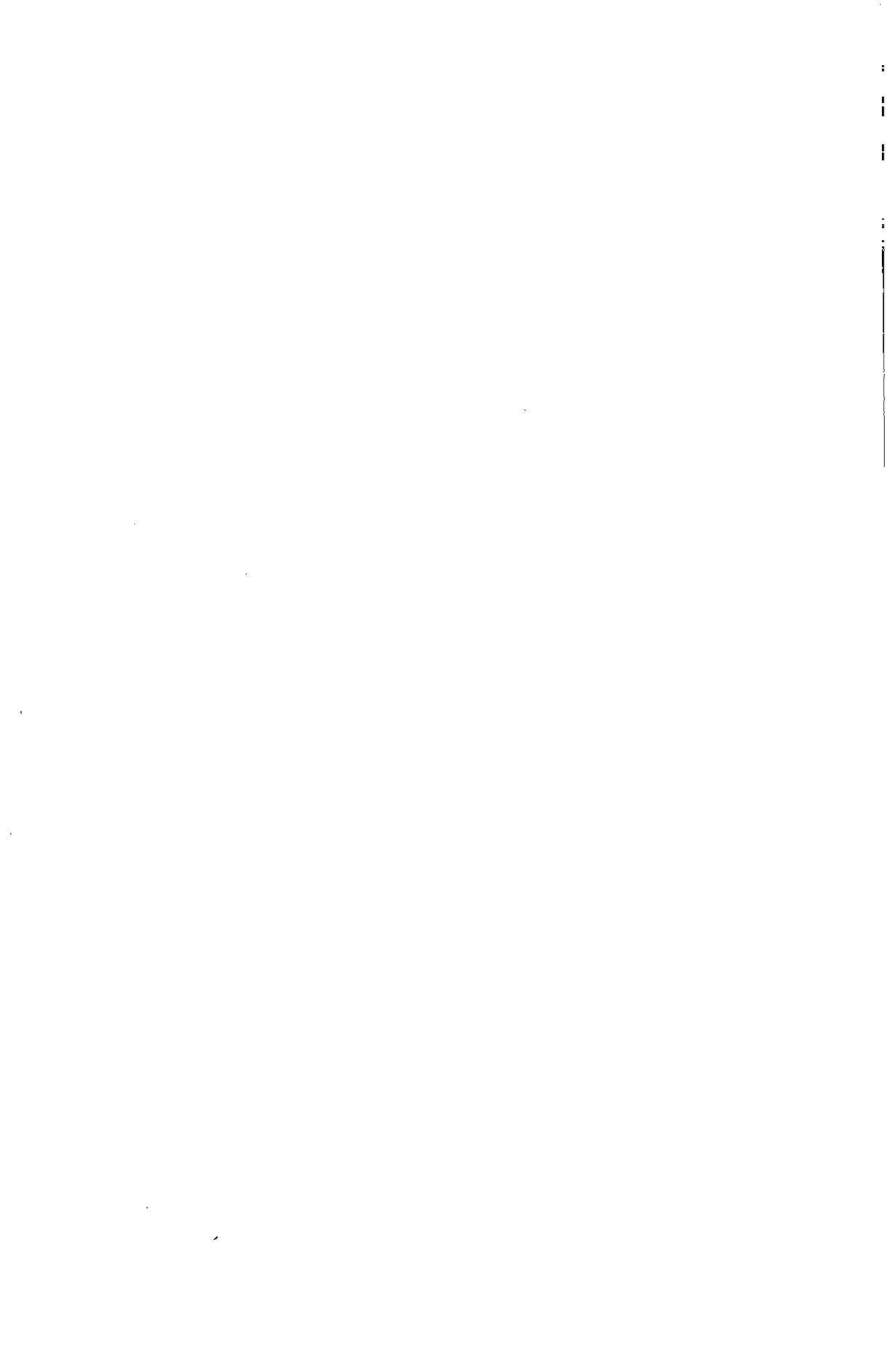
Santiago, Chile, 7-22 de octubre de 1954



Documentos Oficiales

No. 14

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud
1501 New Hampshire Ave., N.W.
Washington 6, D.C., E.U.A.



INDICE

(En las resoluciones, el número de las páginas aparece en negrilla)

- Acta Final, 647-77
- Administración de Operaciones en el Exterior, 95, 132, 580
- Aedes aegypti*, erradicación, 58, 73, 75, 91, 96, 120, 138, 140, 142, 152, 167, 178, 365
lucha contra, 82, 85, 164, 167
- Agua, abastecimientos de, véase Saneamiento del medio
- Alastrim, 80, 183
- Alcoholismo, 77
- Allwood Paredes, J. (El Salvador), 6, 20, 39, 42, 82-4, 143-5, 161, 192-3, 195-6, 202, 210, 215, 244-5, 252, 259, 262-3, 266, 268, 269, 270, 271, 272-3, 275, 277-8, 358, 362, 365, 366, 368, 447-8, 450-1
- Altamirano, Sergio (Chile), *Presidente de la Conferencia*, 5, 18, 19, 25, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 62, 64, 68, 71, 93, 94, 96, 98, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 200, 201, 202, 206, 207, 208, 209, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 298, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 312, 313, 314, 315, 316, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 333, 334, 335, 339, 340, 342, 343, 344, 348, 349, 350, 351, 352, 353
- Anduze, Roy (Estados Unidos), 7, 240-1
- Anquilostomiasis, 164, 165-6
- Aplicación de métodos de educación higiénica en zonas rurales de América Latina, 254-6, 360-1, 364, **666**
documento de trabajo, 475-80
informe, 456-8
véase también Educación higiénica en zonas rurales
- Aportaciones voluntarias, 154, 407, 447, 640, 643
- Asignaciones presupuestarias, 623-4, **656**
- Asistencia Técnica Ampliada de las Naciones Unidas, véase Asistencia Técnica, N. U.
- Asistencia Técnica, N.U., 1955, programa, 59, 134, 151, 152, 164, 271, 278, 279, 281, 282, 285, 329-31, 397, 407, 411, 446-7, 448, 449, 533, 626
- Asistencia Técnica, OEA, 58, 59, 566
- Asuntos administrativos y financieros, véase Comisión de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos
- Atención médica en medio rural, 293, 294
- Auditor Interno, informe, 188, 382-3, 414, 543, 547-75, **652**
- Banco de Fomento Agropecuario, 115
- BCC, programa de vacunación, 61, 63, 70, 75, 85, 96, 97, 107, 113, 122, 140, 164, 166, 177, 253
- Becas, 54, 62-3, 78, 83, 85, 88, 132, 137, 150, 151, 179
estipendios pagados a los becarios, 46, 190-4, 272, 386, 395-8, 415-6, 417-8, 546, 578-81, 585, **670-1**
documento de trabajo, 578-81
resolución VI, Comité Ejecutivo, 23a reunión, 578
resolución XIV, Comité Ejecutivo, 23a reunión, 578
reglamento de, 190, 191, 192, 193, 194, 396, 397
- Behm, H. (Chile), *Relator, Grupo de Trabajo A*, 6, 20, 245-6, 363
- Belton, W. (Estados Unidos), 7, 309, 312, 313, 350, 375-6, 377, 380, 388, 394, 400, 401, 419, 420, 431, 434, 435, 438-9

- Bergés Santana, R. (República Dominicana), 8, 25, 26, 34, 35, 36, 37, 38, 68, 242
- Bilharziasis, 90
- Bissot, A. (Panamá), *Presidente, Comisión de Credenciales; Relator, Grupo de Trabajo E*, 7, 19, 20, 97-8, 160, 162, 208, 244, 254, 361, 371, 372
- Bocio, 62
- Brady, F. J. (Estados Unidos), 7, 157-8, 201-2, 261-2, 282, 292, 298, 330, 365, 367, 384, 390, 441, 449
- Bravo Beckerelle, M. A. (México), 7, 368
- Brown L., A. (Bolivia), 5, 116-34, 155, 220, 222, 236-7, 251, 273-4, 450
- Buba, 97
véase también Pian
- Calderwood, H. B. (Estados Unidos), 7, 225, 378-9, 382, 386, 391, 403, 405, 406, 413, 421, 424, 431, 432, 433, 434, 435
- Cambio de nombre de la Organización, la Conferencia y Oficina; y modificación de la composición y reuniones del Comité Ejecutivo, 612-3
propuesta de Cuba, 612-3
véase también Constitución
- Cáncer, 67, 74, 86, 109, 113, 174
- Candau, M. G. (Secretario General de la OMS), 8, 31-3
- Cappeletti, R. (Uruguay), *Vicepresidente, Comisión de Asuntos Técnicos*, 8, 19, 41, 42, 44, 47, 78-82, 156-7, 227, 251-2, 277, 294, 318, 358, 360
- Cardiopatías, 67
véase también Enfermedades cardiovasculares
- CARE, 126
- Carnauba, F. C. (Brasil), *Relator, Grupo de Trabajo I*, 5, 20, 391, 401, 420, 423, 432, 434, 436
- Carraud, P. (Francia), 7, 219-20, 224-5, 422
- Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, 441, 442
- Centro Panamericano de Zoonosis, 76, 78, 442
- Centros de salud, 60, 67, 69, 82, 88, 104, 105, 106, 110, 140, 141-2, 184
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción*, 231, 466
- Código Sanitario Panamericano, 27, 33, 55, 435, 534, 582, 624
Protocolo de La Habana, 55, 435
- Cólera, 56, 57
- Comisión de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos
elección, 41, 374
establecimiento, 19, 40
informes, 543-622
discusión y aprobación, 183-207, 228-9, 414-6, 437-9
- Comisión de Asuntos Técnicos
elección, 40, 356
establecimiento, 19, 40
informes, 456-74
aprobación, 229-48
- Comisión de Credenciales
composición, 19
informes, 455
aprobación, 49, 162
nombramiento, 38
- Comisión de Cuarentena Internacional, 55
- Comisión Chilena de Organización, 5
- Comisión General
elección, 41-2
establecimiento, 40
informes, 50, 162-3
aprobación, 50
- Comisiones Principales, *véanse* Comisión de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos; y Comisión de Asuntos Técnicos
establecimiento, 40-2
- Comité Ejecutivo
comité permanente del Consejo Directivo, 402, 405
elección de dos países miembros para, 213-28, 658
resolución XV, Consejo Directivo, V reunión, 218-9
funciones del, en la preparación de conferencias sanitarias, 43, 271, 411-13, 584-5, 669-70

- Comité Ejecutivo (*Cont.*)
 grupo de trabajo del Comité Regional,
 OMS, 218
 resolución VII, Consejo Directivo, V
 reunión, 218
 informe sobre sus 21a, 22a y 23a reunio-
 nes, 45-7, **651-2**
 modificación de la composición y reunio-
 nes del, 612-3
- Comités regionales, reuniones
 gastos de viaje, reembolso, 189, 387, 415,
 424, 545, **654**
- Conferencia Sanitaria Panamericana, XV
 lugar y fecha de la, 229, 300-3, 420, 428-
 30, 438, 591, **673**
- Congreso Interamericano de Higiene, 288,
 289, 295-8, **672**
- Consejo de Asistencia Técnica, véase Junta
 de Asistencia Técnica
- Consejo Directivo
 discusiones técnicas, temas, VIII reunión,
 286, 292, **671-2**
- Constitución, 229, 352, 406, 413, 591-2,
673-4
 normas para aceptar enmiendas a la,
 303, 436, 437, 438, **673**
 proyectos de revisión, 593-601, 615-22
 moción presentada por México, 611
 revisión de la, 306-27, 374-81, 420-8,
 430-7, 438
 documento de trabajo, 601-11, 613-22
 informe, 591-601
- Control de las diarreas infantiles a la luz
 de los últimos progresos científicos, 256-
 66, 361-3, 364, **666-7**
 documento de trabajo, 481-526
 informe, 458-62
 véase también Diarreas infantiles
- Convocatoria, 3
- Cooperación Técnica, OEA, programa, 442
- Coutts, W. (Chile), *Director de Debates,*
Grupo de Trabajo E, 5, 6, 20, 195, 198,
 356, 361, 369
- Cuadro Diario de Sesiones, 22
- Cuarentena Internacional, Comisión de,
 véase Comisión de Cuarentena Interna-
 cional
- Davéc, R. L. (Fondo para la Infancia, Na-
 ciones Unidas), 8, 249-50
- Dearing, W. P. (Estados Unidos), *Vice-*
presidente de la Conferencia, 6, 8, 19,
 37, 41, 44, 48, 51, 59, 60, 71, 73, 78, 82,
 84, 87, 89, 91, 92, 143, 145, 146, 147, 148,
 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156,
 157, 158, 159, 160, 161, 162, 168-75, 176,
 203, 204-5, 206, 249, 250, 251, 252, 253,
 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261,
 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269,
 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277,
 278, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286,
 287, 288, 290, 291, 292, 293, 294, 295,
 296, 297, 298, 341, 347, 349, 350, 352,
 354
- Día Mundial de la Salud, lema, 295
- Diabetes, 67, 174
- Diarreas, 67, 259, 262, 347
- Diarreas infantiles, control, 229, 234, 237,
 256, 260, 266, 290, 291, 296, 346, 357,
 361, 363, 364, 458-62, 481-526, **666-7**
- Difteria, 80, 97, 107, 183
- Director, 8, 25, 33, 34, 52, 160-1, 197-8, 199,
 205-6, 212-3, 217-8, 233-4, 235, 257-8,
 260, 295, 312, 343, 345, 346, 347, 348,
 364-5, 370-1, 380-1, 383, 384, 389, 390,
 391, 392, 393, 405, 424, 425, 426, 428,
 441-3, 447, 451
 elección, 208-213, **658**
 nombramiento del, regional, 209, 210-11,
658
 término del mandato, 209-10
- Discusiones técnicas
 VIII reunión del Consejo Directivo, te-
 mas, 286-94, **671**
 resolución XXXI, Consejo Directivo, V
 reunión, 287-8
- Doria Medina, J. (Bolivia), 5, 39, 160,
 214-5, 269
- Economías y descentralización, OSP, pro-
 grama, 160, 272-75, **671**
 documento de trabajo, 629-39
 resolución XXVI, Consejo Directivo, VII
 reunión, 630
- ECOSOC, 277, 278, 280, 281, 282, 283,
 329, 330

- Edificios y obras, subcomité permanente, informe, 189, 383-5, 414, 543-4, **653**
- Educación y adiestramiento, 63, 72, 83, 88, 97-8, 114, 118, 139, 159, 167, 179, 232, 248, 360, 396, 444, 445, 449, 450
- Educación higiénica en zonas rurales, métodos de, 229, 254, 259, 357, 360, 364, 456-8, 475-80, **666**
- Educación sanitaria, 72, 112, 255, 293, 410, 443, 589
- Elección del Director, *véase* Director
- Elección de dos países miembros para llenar las vacantes en el Comité Ejecutivo, *véase* Comité Ejecutivo
- Encefalomiелitis, 178
- Enfermedad de Chagas, 112, 185
- Enfermedades cardiovasculares, 76, 109
- Enfermería, 72, 78, 88, 118, 137, 167, 179, 286, 287, 293, 590
- Enteritis, 67
- Escalante Pradilla, F. (Costa Rica), 6, 383, 386, 392
- Esquistosomiasis, 150
- Estadísticas
divulgación y enseñanza, aplicadas a salubridad, 232, 468, **663-4**
económico-sociales, 230, 231, 243, 467, 528, **662**
métodos para mejorar la fidelidad de los datos primarios, 229, 230, 356, 363, 462-70, 526-32, **665**
de morbilidad, 231, 243, 466, 527, **660-1**
necesarias para programas de salud, 230, 242, 464-65, **659**
de población, 230, 242, 465, **659**
de recursos y servicios, 230, 231, 243, 467, **661-2**
servicios de, en organismos de salubridad, 231, 467-8, **662-3**
vitales, 230, 232, 243, 465-6, 527, **660**
- Estipendios pagados a los becarios, *véase* Becas
- Fajardo, J. (Guatemala), *Vicepresidente, Comisión de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos*, 7, 19, 111-4, 212, 215, 219, 392, 417, 422
- FAO, 63, 442
- Federación Panamericana de Salud Pública, 297
- Fiebre amarilla, 55, 56, 60, 63, 85, 90, 96, 97, 120, 138, 178, 182-3, 410
- Filariasis, 96, 185
- Fitzmaurice, L. W. (Reino Unido), 7, 139-40, 430
- Floch, H. (Francia), 7, 20, 91-2, 373
- Fondo Rotatorio de Emergencia, 43, 229, 258, 388-9, 546-7, 582, **654-5**
reembolso de fondos, 194-202, 288, 416, 418-20
propuesta de los Estados Unidos, 400-1 en relación con inundaciones sufridas, 189, 415, 545, **654-5**
resolución II, Consejo Directivo, III reunión, 199, 419
- Fondo de Trabajo, 189, 386-7, 415, 544, 549, 560, 573, **654**
- Fondos para intensificación de actividades antimaláricas, uso, *véanse* Malaria, Paludismo
- Fondos no utilizados, 1953, empleo de los, 207, 446-52, 624-5, **657**
- Francia, participación financiera, 393-5, 415, 417, 545-6, 575-7, **655**
- Funciones del Comité Ejecutivo, *véase* Comité Ejecutivo
- Gabaldón, A. (Venezuela), *Relator, Grupo de Trabajo D*, 8, 20, 359, 364, 366, 367, 368, 372-3
- Gastroenteritis, 63
- González, C. L. (Subdirector), 8, 20, 382, 383, 387, 388, 393, 399, 402, 407, 408, 410, 411, 419, 443, 444-5, 448, 452
- Grunauer Toledo, C. (Ecuador), 6, 20, 36, 38, 41, 42, 47-8, 84-7, 94, 215, 306, 356, 370, 374
- Guía para la Notificación de las Enfermedades Cuarentenables y Otras Enfermedades Transmisibles de las Américas*, 231, 466
- Hardy, A. V. (OSP), 20, 362
- Harkness, J. W. P. (Reino Unido), 7, 36, 37, 135-39, 221, 253
- Henao Mejía, B. (Colombia), 4, 6, 48, 60, 158-9, 227, 246

- Hidatidosis, 78, 81
- Higiene dental, 76, 293
- Higiene industrial, 76, 129
- Higiene maternoinfantil, 61, 63, 86, 90, 107, 109, 126-7, 130, 132, 164, 165, 293, 410, 443
- Higiene mental, 590
- Hinderer, H. A. (Jefe, División de Administración), 8, 228-9, 393, 399, 444
- Horwitz, A. (Chile), *Relator, Comisión de Asuntos Técnicos*, 5, 6, 19, 145-6, 190, 201, 226, 227, 229-30, 231, 236, 239, 240, 245, 247, 251, 255, 256, 257, 259-60, 262, 274, 280, 283, 290, 293, 333, 349, 359, 360, 383, 384, 387, 391, 392, 394, 396, 401, 402, 403, 404, 408, 410, 412, 421, 422, 423, 424, 426, 427, 428, 431, 435, 443, 444, 446, 448-9, 450
- Hurtado, F. (Cuba), *Presidente, Comisión de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos*, 6, 19, 35, 38, 40, 42, 44, 49-50, 51, 159-60, 188, 190, 191, 200-1, 203-4, 207, 208, 209, 210, 222, 225-6, 268, 269-70, 278-80, 283, 284, 288-9, 290, 291, 300, 301, 302, 303-4, 305, 307, 309-12, 318, 319, 320, 321, 324, 325, 326, 328, 339, 340, 341, 343, 345, 346, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 374, 379, 380, 381, 382, 383, 385, 389, 392, 393, 394, 397, 398, 399, 400, 402, 403, 404, 406, 407, 410, 411, 412, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 441, 445, 446, 451, 452
- Hyronimus, R. G. (Francia), 7, 89-90, 150, 361, 403, 431, 450
- Ibáñez del Campo, Carlos (Presidente de la República de Chile), 4, 25, 26-8
- Infecciones gastrointestinales, 112
- Informe financiero del Director, 1953, e informe del Auditor Externo, 188, 382-3, 414, 543, 652
documento de trabajo, 547-75
- Informes del Director, 52-59, 652
discusión y comentarios, 143-62
- Informes de los Estados Miembros sobre sus condiciones y progresos sanitarios, 60-71, 72-92, 94-142, 163-85, 340
- Insectos, control de, programa, 72, 138, 252, 253, 590
- Instituto de Asuntos Interamericanos, 59, 63, 88, 580
- Instituto de Educación Internacional, 580
- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, 32, 58, 62, 113, 181, 441, 548
- Instituto Pasteur de Cayena, 91
- Instituto de Zoonosis, 58, 442
- Invitados de honor, 25
- Jiménez Gandica, J. (Colombia), 6, 358, 361, 362
- Jornadas Chilenas de Salubridad, Terceras, 20-1, 43
- Junta de Asistencia Técnica, 279, 407, 448
- Kellogg, Fundación, préstamo, 46, 447, 572, 627
- Kraly, A. D. (Argentina), 5, 394, 395, 422, 423, 433, 434, 435, 436
- Lazarte Echegaray, C. (Perú), 7, 241, 244, 247, 250, 258, 260-1, 263-4, 265, 358, 361, 362, 366, 376, 425, 426
- Lepra, 74, 81, 89-90, 96, 97, 115, 124, 141, 164, 177
- Leptospirosis, 176
- Lista Internacional de Enfermedades y Causas de Defunción*, 461
- Lugar y fecha de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, véase Conferencia Sanitaria Panamericana, XV
- Malaria, 85, 96, 534-6
control o lucha, 70, 73, 84, 90, 92, 97, 122, 132, 138, 166-7, 177, 253, 368
erradicación, en las Américas, 34, 61, 87, 155, 185, 229, 327-9, 343, 359, 364-8, 372-3, 410, 674-5
documentos de trabajo, 532-6
informe, 470-3
uso de fondos para actividades anti-maláricas, 328, 364, 365, 473, 675-6
véase también *Paludismo*

- Martone, F. J. (Argentina), 5, 356, 357, 367
- Medidas para contribuir al fortalecimiento de las administraciones nacionales de salud pública, 300, 348
- Medidas para facilitar el análisis de los presupuestos, 299, 348
- Mesa directiva de la Conferencia, 18
elección de la, 38-9, 648
- Mesa de honor, 25
presidentes y vicepresidentes de honor, 4, 49, 93-4, 188, 299, 335, 648
designación, 49, 94
- Métodos para mejorar la exactitud y fidelidad de los datos estadísticos primarios, 230-48, 363, 665
documento de trabajo, 526-32
informe, 462-70
véase también Estadísticas
- Miembros y miembros asociados, 311
documento de trabajo, 612
propuesta de Cuba, 612
véase también Constitución
- Miocarditis chagásica, 112
- Modificaciones del programa y presupuesto, OMS, 1955, *véase* Programa y presupuesto, OMS, 1955
- Montalván Cornejo, J. (Ecuador), *Presidente, Comisión de Asuntos Técnicos*, 6, 19, 98, 155-6, 195, 198-9, 205, 206, 217, 223-4, 227, 237, 240, 251, 281-2, 283-4, 296-7, 307-8, 316-8, 319, 320, 325, 330-1, 332, 339, 340, 341, 343, 346, 347, 350, 352, 353, 354, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 363, 364, 367, 368, 369, 371, 372, 373, 440, 441, 443, 445
- Montes de Peralta, A. (Perú), 4, 7, 114-6, 147-8, 332
- Morones Prieto, I. (Secretario de Salud y Asistencia de México), 4, 7, 25, 28-31
- Mortalidad, tasas de, 67, 74, 95, 100-1, 135-6, 140, 169-70
infantil, 101, 126-7, 140, 169-70
- Naciones Unidas, 280, 580
Asamblea General (1953), 64, 282
Consejo Económico y Social, 281, 282, 284, 407, 408
- Neghme R., A. (Chile), 5, 6, 365, 373
- Nemorin, R. (Haití), 7, 238, 253
- Nutrición, 63, 77, 95, 101, 102, 109, 115, 125-6, 132, 137-8, 182, 252, 293, 589
- Odontología sanitaria, 76, 293
véase también Higiene dental
- Oficina de trabajo en México, 203-6, 389-92
- Oficinas de Zona, 628-9, 631, 633
instalación de una, en México, 53
sede rotativa de las, 156, 279
- Olivero, H. (Guatemala), 7, 154, 254, 265, 424, 427
- O'Mahony, J. P. (Reino Unido), 7, 141-2
- Oncocercosis, 112-3
- Orellana, D. (Venezuela), 8, 68-71, 151, 214, 237, 253, 358, 361, 379, 389, 451
- Organización Mundial de la Salud
Octava Asamblea, 30, 31
Séptima Asamblea, 387, 409, 448
- Oropeza, P. (Venezuela), 8, 264, 362
- Países Bajos, participación financiera, 393-5, 415, 417, 545-6, 575-7, 655
- Paludismo, 60, 63, 73, 74, 84, 91, 112, 115, 122, 132, 138
véase también Malaria
- Parasitosis, 125
- Participación financiera de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido, 190, 393-5, 415, 417, 545-6, 655
documento de trabajo, 575-7
resolución XL, Consejo Directivo, V reunión, 393, 575-6
- Peat, A. A. (Reino Unido), 7, 158
- Pediculosis, 107
- Pesqueira, M. E. (México), 7, 394, 395
- Peste, 123-4, 132
bubónica, 56, 57
- Pian, 60, 61, 89, 97, 121, 139, 140, 177, 369, 370
campana de erradicación en Haití, 57, 87, 88, 370, 538
en Panamá, 371
- Pierre-Noel, L. (Haití), 7, 39, 87-9, 148-9, 187, 360, 385, 387, 388, 390, 391, 405, 416, 417, 451
- Pinta, 536, 538

- Poliomelitis, 63, 75, 107, 112, 138, 150, 171-2, 178
vacuna, disponibilidad, 175-6, 186
- Pons, J. A. (Puerto Rico), 7, 64-8, 301, 361, 362, 428, 429
- Precedencia de las delegaciones, 37, 648
- Prieto, C. (Paraguay), 7, 158
- Principios de Administración Sanitaria*, 382, 550
- Procedimientos Básicos para la Notificación de las Enfermedades Transmisibles*, 231, 466
- Programa y presupuesto, OSP, 1955, proyecto, 440-6, 623, 625-9, **656**
forma de presentación en el futuro, OSP, 272, 409-10, 585, **670**
resolución XVI, Comité Ejecutivo, 22a reunión, 525
- Programa y presupuesto, OMS, 1955, modificación del, 270-1, 410-11, 416, 417, 584, **669**
- Programa y presupuesto, Región de las Américas, OMS, y resumen de programa y presupuesto, OSP, 1956, proyectos, 267, 407-8, 583-4, 589-90, **668-9**
distribución de los fondos, 289-90
- Programa de sesiones, 22
adopción del, 43-5
- Programa de temas, 15-8
adopción del, 43
- Proyecto de programa y presupuesto, OSP, 1955, 207, 440-6, **656**
documento de trabajo, 625-9
véase también Programa y presupuesto
- Proyecto, de programa y presupuesto, Región de las Américas, OMS, y resumen del proyecto de programa y presupuesto, OSP, 1956, 267-70, 407-8, **668**
véase también Programa y presupuesto
- Rabia, 86, 138, 178, 183
- Recaudación de cuotas, estado, 46, 194, 399-400, 416, 546, 570, **655-6**
informe, 558-9
- Recio y Fornas, A. (Cuba), 6, 176-80
- Reconocimiento a las autoridades de Chile, 332-3
- Reembolso de gastos de viaje a representantes a reuniones de Comités Regionales, *véase* Comités Regionales
- Reglamento Financiero, 258, 260, 365, 387, 548, 568
- Reglamento Interno, 9-14
adopción, 35-7
resolución XV, Consejo Directivo, V reunión, 35
- Reglamento del personal, OSPA, revisión del, 189, 385-6, 415, 544, **653**
- Reglamento Sanitario Internacional No. 2, de la OMS, 55, 141, 231, 466
- Reino Unido, participación financiera, 393-5, 415, 417, 545-6, 575-7, **655**
- Relaciones entre la OSPA y organizaciones no gubernamentales, 267, 401-6, 582-3, **667-8**
documento de trabajo, 586-9
- Resumen de los informes de los Estados Miembros, 463, 469, **664**
- Rockefeller, Fundación, préstamo, 46, 447, 572, 627
laboratorio de la, en Trinidad, 56, 139
- Rodríguez Gómez, A. (Colombia), 6, 185, 215-6, 244, 250, 370
- Rodrigues Valle, H. (Brasil), 5, 376, 413, 439
- Ruesta M., S. (Venezuela), 8, 369, 424
- Salud pública, programas de, unidad de acción, 46, 275, 329, 639-43
- Sánchez Báez, H. (República Dominicana), 8, 72-3, 153, 202, 208, 209, 212, 239, 243, 244, 245, 246, 247, 263, 265, 301, 302, 306, 319-20, 374, 378, 379, 382, 386, 387, 388, 390, 397-8, 401, 402, 406, 408, 412, 413, 417, 418, 419, 420, 422, 427, 429, 430, 432, 433, 435, 436, 438, 439, 451
- Sánchez Vigil, M. A. (Nicaragua), 7, 149-50, 162, 175, 180-5, 367, 368, 370, 371
- Saneamiento del medio, 68, 79, 80, 83, 86, 89, 95, 101, 102, 112, 115, 121, 129, 130, 142, 156, 167, 172, 176, 250, 293, 294-5, 443, 461, 515, **672-3**

- Sárampión, 138
- Sarna, 107
- Scroggie, A. (Chile), 6, 356, 361-2
- Segura, G. (Argentina), *Director de Debates, Grupo de Trabajo I*, 5, 20, 36, 38, 41, 45, 52, 73-8, 153-4, 161, 193-4, 196-7, 198, 199-200, 209, 210, 214, 216, 217, 218, 219, 224, 226, 238, 254, 260, 261, 263, 271, 276, 283, 284, 285, 286-7, 292-3, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 328, 341, 344, 347, 348, 353, 374, 375, 376, 380, 383, 385, 387, 392, 394, 398, 399, 403, 405, 410, 411-2, 415-6, 418, 420, 421, 422, 424, 425, 428, 430, 431, 436, 438, 440
- Selección de temas para las discusiones técnicas 386-94, 671
véase Discusiones técnicas
- Servicios de agua y desagües, *véase* Saneamiento del medio
- Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, 79, 82, 85, 86, 118, 123, 129, 130, 132, 252
- Servicios de estadística en los organismos de salubridad, 231, 467-8, 662-3
- Sífilis, 75, 97, 139, 177, 369
 lucha contra, en Chile, 539-42
- Sojo Arias, G. (Costa Rica), 6, 408
- Soper, F. L., *véase* Director
- Steeger, A. (Chile), *Relator, Grupo de Trabajo B*, 6, 20, 361
- Subcomité Permanente de Edificios y Obras, *véase* Edificios y obras
- Swellengrebel, N. H. (Países Bajos), 7, 20, 36, 51, 152, 176, 220-1, 242, 334, 373, 382, 383, 384
- Taborga, A. (Chile), 6, 360
- Tifo, 115, 120, 132
 exantemático, 56, 107, 112
 murino, 97
 vacuna, 57
- Tifoidea, 81, 89, 107, 121, 138, 177, 183
- Tos ferina, 80, 97, 107, 121, 138
- Tracoma, 75-6, 81
 banco de córneas, 76
- Treponematosi, 327, 369-71, 372, 590, 674
 campaña epidemiológica, 369
 documento de trabajo, 536-42
 informe, 473-4
- Tripanosomiasis, 112
- Tuberculosis, 67, 70, 73, 75, 81, 85, 89, 95, 97, 113, 115, 122, 138-9, 140, 166, 170-1, 177, 251, 590
 vacunas, 85
- Uncinariasis, 124-5
- UNESCO, 82
- UNICEF, 95, 112, 120, 147, 185, 250, 253, 370, 533, 627
- Unidad de acción en programas de salud pública, Región de las Américas, 275-85, 329-31
 documento de trabajo, 639-43
véase también Salud pública
- Vacunas y productos biológicos, producción, 441
- Valenzuela Lavín, G. (Chile), 5, 6, 25, 40, 95-106, 203
- Van der Kuyp, E. (Países Bajos), 7, 94-6, 152-3, 252
- Vargas Méndez, O. (Costa Rica), *Vicepresidente de la Conferencia*, 6, 18, 19, 20, 41, 62-4, 68, 85-6, 98, 99, 110, 111, 114, 116, 134-5, 139, 140, 142-3, 151-2, 162, 168, 175, 176, 180, 185, 186, 187, 191, 192, 197, 205, 209, 213, 217, 223, 228, 229, 230, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 251, 271, 276-7, 285, 293, 297, 302, 303, 304, 305, 313, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 339, 340, 341, 343, 345, 347, 348, 349, 350, 352, 353, 356, 358, 359, 361, 366, 369, 374, 375, 380, 394, 397, 399, 414, 416, 428, 429, 446, 450.
- Venéreas, enfermedades, 75, 81, 89, 97, 107, 115, 123, 140, 166, 171, 369
véase también Sífilis
- Verminosis, 124-5
- Villa León, R. (Cuba), 6, 254

- Viruela, 56, 70, 75, 80, 86, 97, 107, 115, 121, 132, 164, 178, 183, 446, 449, 450, 451, 452
vacuna, fondo especial para, 57
producción de, 75, 78, 131, 178
- Viviendas, 66, 80, 95, 101-2, 115, 129, 136, 176
- Votos de gracias, **676**
- Wegman, M. E. (Jefe, División de Educación y Adiestramiento), 8, 20, 362, 395-6, 397
- Zacarías Arza, E. (Paraguay), 4, 7, 163-8, 190, 227, 252-3, 264, 266, 274, 284, 308, 314, 385, 386, 387, 392, 398, 402, 412, 416, 420, 422, 427, 431, 432, 452
- Zoonosis, 76, 443
- Zozaya, J. (México), *Relator, Comisión de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos*, 7, 19, 44, 45, 146-7, 161, 301, 302, 306, 315, 320, 323, 324, 339, 340, 344, 345, 349, 350, 351, 354, 355, 375, 377, 380, 382, 383, 384, 386, 387, 391, 398, 400, 402, 403, 414, 415, 416, 440, 445, 450