

Documentos Oficiales
de la
Organización Panamericana de la Salud
No. 48

XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA
XIV REUNION DEL
COMITE REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMERICAS

Minneapolis, Minnesota, E.U.A., 21 de agosto - 3 de septiembre de 1962

PARTE I
INFORME FINAL Y ANEXOS



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
Washington 6, D. C., E. U. A.

1963

**Documentos Oficiales de la Organización
Panamericana de la Salud**
(Publicados en español e inglés)

En la serie de *Documentos Oficiales de la Organización Panamericana de la Salud* aparecen anualmente los volúmenes siguientes:

Informe Anual del Director al Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, en el cual se da cuenta de las actividades y realizaciones de la Organización. Estos volúmenes están ilustrados con mapas y fotografías y llevan un índice analítico. Además de este Informe Anual, cada cuatro años —con ocasión de reunirse la Conferencia Sanitaria Panamericana— se publica el Informe Cuadrienal que se presenta a dicha Conferencia.

Proyecto de Programa y Presupuesto que el Director prepara y somete al Comité Ejecutivo y al Consejo Directivo (o a la Conferencia Sanitaria Panamericana, en su caso), y que contiene una explicación de los programas propuestos, así como el presupuesto de los mismos, tanto en lo referente a los fondos de la propia Organización Panamericana de la Salud como a los de la Organización Mundial de la Salud, Programa Ampliado de Asistencia Técnica y otros fondos de distintas procedencias. El mismo volumen presenta los anteproyectos de presupuesto, para el año siguiente, de la Organización Panamericana de la Salud y de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud.

Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo para cada ejercicio financiero.

Actas y Documentos de las reuniones del Consejo Directivo, Comité Regional de la OMS para las Américas, que comprenden las actas resumidas de la reunión, los Informes Finales de las reuniones celebradas por el Comité Ejecutivo a partir de la anterior reunión del Consejo Directivo, así como documentos de trabajo referentes a temas que todavía se hallan en estudio.

Actas y Documentos de la Conferencia Sanitaria Panamericana, que se publican cada cuatro años y contienen las actas taquigráficas de las sesiones plenarias de la Conferencia y las actas resumidas de las comisiones principales, además de los documentos de trabajo.

Volúmenes recientes

- No. 39: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1961.
- No. 40: Proyectos de Programa y Presupuesto: Organización Panamericana de la Salud, 1963; Organización Mundial de la Salud, Región de las Américas, 1964, y Organización Panamericana de la Salud, Anteproyecto, 1964.
- No. 41: Actas y Documentos de la XIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, 1961.
- No. 42: Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud (cuarta edición) 1961.
- No. 43: Informe Cuadrienal del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (1958-1961).
- No. 44: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondiente a 1961.
- No. 45: Proyectos de Programa y Presupuesto: Organización Panamericana de la Salud, 1964; Organización Mundial de la Salud, Región de las Américas, 1965, y Organización Panamericana de la Salud, Anteproyecto, 1965.
- No. 46: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1962.
- No. 47: Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud (quinta edición) 1963.
- No. 48: Actas y Documentos de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, Parte I (Informe Final y Anexos).
- No. 49: Actas y Documentos de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, Parte II (Actas de las sesiones plenarias y de las comisiones y actividades del Comité Ejecutivo).
- No. 50: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondiente a 1962.

Documentos Oficiales
de la
Organización Panamericana de la Salud
No. 48

XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA
XIV REUNION DEL
COMITE REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMERICAS

Minneapolis, Minnesota, E.U.A., 21 de agosto - 3 de septiembre de 1962

PARTE I
INFORME FINAL Y ANEXOS

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
1501 New Hampshire Avenue, N. W.
Washington 6, D. C., E. U. A.
1963

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, que se celebró en la ciudad de Minneapolis, Minnesota, Estados Unidos de América, del 21 de agosto al 3 de septiembre de 1962, fue convocada por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, de conformidad con la Resolución XIV adoptada por el Comité Ejecutivo en su 46ª Reunión (abril de 1962).

Las actas y documentos de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana se publican en dos volúmenes. El presente volumen contiene el Informe Final y los anexos y en el Documento Oficial No. 49 figurarán, entre otras cosas, las actas de las sesiones plenarias y de las comisiones, la lista de las Delegaciones y otros participantes, el Reglamento Interno de la Conferencia y el programa de temas, así como el Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo y los Informes Finales de la 46ª y 47ª Reuniones de este organismo.

SUMARIO DE MATERIAS

ACUERDOS

	<i>Página</i>
1. Composición de la Comisión de Credenciales	3
2. Verificación de credenciales	3
3. Elección del Presidente y dos Vicepresidentes de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana..	3
4. Elección de la Mesa Directiva de las Comisiones principales	3
5. Constitución de la Comisión General de la Conferencia	4
6. Adopción del programa de temas	4

RESOLUCIONES¹

Resoluciones sobre el programa

Informes

V. Informe Cuadrienal del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (1958-1961).	11
VI. Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondiente a 1961.....	11
IX. Resumen de los informes cuadrienales sobre las condiciones de salud en las Américas	13

Malaria

XXVII. Estado de la erradicación de la malaria en las Américas	26
--	----

Enfermedades transmisibles

XXX. Estado de la erradicación de la viruela en las Américas	28
XXXI. Estado de la erradicación del <i>Aedes aegypti</i> en las Américas	29
XXXII. Estado del control de la tuberculosis en las Américas.....	29

Nutrición

XV. Programa de nutrición en las Américas	18
---	----

Saneamiento del medio

X. Estado del plan continental de abastecimiento público de agua y de eliminación de aguas servidas	14
---	----

¹ En este volumen se reproducen las resoluciones contenidas en el Informe Final de la Conferencia, en el orden en que figuran en el mismo. Sin embargo, con el fin de facilitar la consulta, los títulos se han clasificado por materias.

	<i>Página</i>
XI. Acuerdo concertado entre la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo, respecto a las actividades de asistencia técnica ..	16
XII. Saneamiento del medio.....	16
XXXVII. Aspectos del abastecimiento de agua y del saneamiento del medio en los programas de viviendas urbanas y rurales	33
 <i>Investigaciones</i>	
XIII. Investigación interamericana sobre mortalidad	17
XXVI. Política y programa de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud	25
 <i>Actividades relacionadas con la Carta de Punta del Este</i>	
XXXIII. Actividades de salud desarrolladas de conformidad con la Carta de Punta del Este y proyecciones futuras	31
 <i>Planificación</i>	
XXIX. Planes nacionales de salud	27
 <i>Biología y Farmacología</i>	
XIV. Evaluación clínica y farmacológica de agentes exógenos	17
 Resoluciones sobre el programa y presupuesto	
<i>Examen y aprobación del programa y presupuesto</i>	
XXII. Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1963.	23
XXIV. Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1964	24
XXV. Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1964	25
 Resoluciones relativas a los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud	
<i>Conferencia Sanitaria Panamericana</i>	
I. Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana	9
XXXVIII. Lugar de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana.....	34
Votos de gracias	34
 <i>Comité Ejecutivo</i>	
II. Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo	10
VIII. Elección de dos Países Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Colombia y El Salvador	12

Resoluciones relativas a la Organización Mundial de la Salud*Asamblea Mundial de la Salud*

- XXXIV. Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, de interés para el Comité Regional 31

Resoluciones sobre las Discusiones Técnicas

- XXXV. Tema para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XIV Reunión del Consejo Directivo, XV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas 32
- XXXVI. Discusiones Técnicas 32

Resoluciones sobre asuntos constitucionales y jurídicos*Miembros de la OPS*

- III. Ingreso de Jamaica en la Organización Panamericana de la Salud 10
- IV. Procedimiento para la admisión de Estados en la Organización Panamericana de la Salud 11

Elección del Director de la OSP

- VII. Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud 12

Resoluciones sobre asuntos financieros y administrativos*Informes Financieros*

- XVI. Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1961 20
- XVII. Informe sobre la recaudación de las cuotas 20
- XVIII. Fondo Rotatorio de Emergencia 20

Fondos Especiales

- XXVIII. Cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la Organización Panamericana de la Salud para la Erradicación de la Malaria 26

Gastos de viajes y dietas

- XXIII. Dietas para los miembros del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud 24

Estatuto y Reglamento del Personal

XIX. Enmiendas al Estatuto y Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	21
XX. Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	21

Sede de la OSP

XXI. Informe sobre los edificios e instalaciones para la Sede	22
---	----

ANEXOS

1. Solicitud presentada por Jamaica para su admisión como Miembro de la Organización Panamericana de la Salud	39
Apéndice I: Comunicación del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	39
Apéndice II: Comunicación del Encargado de Negocios de la Embajada de Jamaica en Washington, D. C.	40
Apéndice III: Comunicación del Presidente de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana	40
Apéndice IV: Informe técnico preparado por la Secretaría	41
2. X Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas.....	43
Addendum: Estado del programa de erradicación de la malaria en las Américas el 1 de agosto de 1962 (Mapa)	88
3. Cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la Organización Panamericana de la Salud para la Erradicación de la Malaria	89
4. Informe sobre el estado de la erradicación de la viruela en las Américas	90
5. Informe sobre el estado de la erradicación del <i>Aedes aegypti</i> en las Américas	100
6. Informe sobre el estado del control de la tuberculosis en las Américas	107
7. Informe sobre el programa de nutrición en las Américas	113
8. Informe sobre el estado del plan continental de abastecimiento público de agua y de eliminación de aguas servidas	121
Apéndice: Actividades desarrolladas durante el último año en materia de abastecimiento de agua	125
9. Informe del Director sobre la política y programa de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud	126
10. Informe relativo al programa de investigación sobre las estadísticas de mortalidad en las Américas	132
11. Informe sobre las actividades de salud desarrolladas de conformidad con la Carta de Punta del Este y proyecciones futuras	139
12. Planes nacionales de salud	143
13. Informe sobre los edificios e instalaciones para la Sede	145
Addendum: Actas de las reuniones celebradas por el Subcomité Permanente de Edificios y Obras	148
Índice de las resoluciones, por orden numérico	159
Índice alfabético	160

ACUERDOS

ACUERDOS

1. Composición de la Comisión de Credenciales

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana estableció una Comisión de Credenciales compuesta por los siguientes Delegados:

Presidente y Relator: Dr. Mario Romero Alvergue (El Salvador)

Miembros: Dr. Roberto Nevárez Vásquez (Ecuador) y Dr. Demetrio Castillo (Venezuela).

(Primera sesión plenaria, celebrada el 22 de agosto de 1962)

2. Verificación de credenciales

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana reconoció la validez de las credenciales de las Delegaciones siguientes: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Francia, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Reino de los Países Bajos, Reino Unido, República Dominicana, Uruguay y Venezuela, así como la del Observador Oficial del Canadá.

(Primera, tercera y quinta sesiones plenarias, celebradas el 22, 23 y 24 de agosto de 1962)

3. Elección del Presidente y dos Vicepresidentes de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana eligió la siguiente Mesa Directiva:

Presidente: Dr. José Alvarez Amézquita (México)

Vicepresidentes: Dr. Tiburcio Padilla (Argentina) y Dr. Max Terán Valls (Costa Rica).

(Primera sesión plenaria, celebrada el 22 de agosto de 1962)

4. Elección de la Mesa Directiva de las Comisiones principales

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana eligió para presidir las Comisiones principales a los siguientes Delegados:

COMISIÓN I (ASUNTOS TÉCNICOS): *Presidente:* Dr. James Watt (Estados Unidos de América)

COMISIÓN II (ASUNTOS ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS Y JURÍDICOS): *Presidente:* Dr. Bichat Rodrigues (Brasil).

(Primera sesión plenaria, celebrada el 22 de agosto de 1962)

Las Comisiones principales eligieron posteriormente Vicepresidentes y relatores a los siguientes Delegados:

COMISIÓN I (ASUNTOS TÉCNICOS): *Vicepresidente*: Dr. Amiro Pérez Mera (República Dominicana); *Relator*: Dr. Alberto E. Calvo (Panamá).

COMISIÓN II (ASUNTOS ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS Y JURÍDICOS): *Vicepresidente*: Dr. Dionisio González Torres (Paraguay); *Relator*: Dr. Daniel Orellana (Venezuela).

5. Constitución de la Comisión General de la Conferencia

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana eligió a los Delegados de Venezuela y Chile para que, junto con el Presidente y los dos Vicepresidentes de la Conferencia y los Presidentes de las Comisiones principales, integraran la Comisión General.

(Primera sesión plenaria, celebrada el 22 de agosto de 1962)

6. Adopción del programa de temas

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana adoptó el programa de temas preparado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y aprobado a su vez por el Comité Ejecutivo en su 46ª Reunión, acordando no considerar incluido un tema y agregar otro.

(Primera sesión plenaria, celebrada el 22 de agosto de 1962)

INFORME FINAL

INFORME FINAL

La XVI Conferencia Sanitaria Panamericana se celebró en la ciudad de Minneapolis, Minnesota, Estados Unidos de América, de acuerdo con la Resolución XIV adoptada por el Comité Ejecutivo en su 46ª Reunión.

El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana remitió las oportunas convocatorias a los Gobiernos de la Organización para que se hiciesen representar en la Conferencia, que tuvo lugar los días 21 de agosto al 3 de septiembre de 1962.

SESION PRELIMINAR

El día 21 de agosto se celebró la sesión preliminar, en la que los señores Jefes de Delegación cambiaron impresiones sobre asuntos generales y de protocolo.

SESION INAUGURAL

La sesión inaugural se efectuó en el Auditorio de la Biblioteca Pública de Minneapolis, el día 21 de agosto, a las 20 h. 30 m. Abrió la sesión el Presidente de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, Presidente Provisional de la XVI Conferencia y Secretario de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Dr. Guillermo Arbona. A continuación hicieron uso de la palabra el Dr. Bror F. Pearson, del *Board of Medical Examiners* del Estado de Minnesota, en nombre del Honorable Gobernador del Estado, Sr. Elmer L. Andersen; el Honorable Alcalde de la ciudad de Minneapolis, Sr. Arthur Naftalin; el Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, Dr. Luther L. Terry; el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Abraham Horwitz y el Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. M. G. Candau. Finalmente el Excmo. Señor Secretario de Salubridad y Asistencia y Jefe de la Delegación de México, Dr. José Alvarez Amézquita, pronunció un discurso en nombre de las Delegaciones a la Conferencia.

REGLAMENTO INTERNO DE LA CONFERENCIA

En la primera sesión plenaria, celebrada el 22 de agosto, se adoptó por unanimidad el proyecto de Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana recomendado por la XIII Reunión del Consejo Directivo en su Resolución XXXVII.

MESA DIRECTIVA DE LA CONFERENCIA

<i>Presidente:</i>	Dr. José Alvarez Amézquita	México
<i>Vicepresidentes:</i>	Dr. Tiburcio Padilla	Argentina
	Dr. Max Terán Valls	Costa Rica

Secretario ex officio: Dr. Abraham Horwitz Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

MESA DIRECTIVA DE LAS COMISIONES

Comisión de Credenciales

Presidente y Relator: Dr. Mario Romero Alvergue El Salvador
Miembros: Dr. Roberto Nevárez Vásquez Ecuador
 Dr. Demetrio Castillo Venezuela

Comisión General

Presidente: Dr. José Alvarez Amézquita México
Vicepresidentes: Dr. Tiburcio Padilla Argentina
 Dr. Max Terán Valls Costa Rica
Miembros: Dr. James Watt Estados Unidos de América
 Dr. Bichat Rodrigues Brasil
 Dr. Dionisio González Torres Paraguay
 Dr. Arnoldo Gabaldon Venezuela
 Dr. Demetrio Castillo
 Sr. Walter Müller Chile
 Dr. Alfredo Leonardo Bravo
Miembro y Secretario ex officio: Dr. Abraham Horwitz Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

Comisión I (Asuntos Técnicos)

Presidente: Dr. James Watt Estados Unidos de América
Vicepresidente: Dr. Amiro Pérez Mera República Dominicana
Relator: Dr. Alberto E. Calvo Panamá
Secretario: Dr. Víctor A. Sutter Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana

Comisión II (Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos)

Presidente: Dr. Bichat Rodrigues Brasil
Vicepresidente: Dr. Dionisio González Torres Paraguay
Relator: Dr. Daniel Orellana Venezuela
Secretario: Dr. Stuart Portner Jefe de Administración de la Oficina Sanitaria Panamericana

Discusiones Técnicas sobre "Estudio del estado actual de la atención médica en las Américas, con miras a su incorporación como servicio básico de programas integrados de salud"

Director de debates: Dr. Alfredo Leonardo Bravo Chile
Relator: Dr. Guillermo Arbona Estados Unidos de América

Consultor Técnico: Dr. John B. Grant Consultor del Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico

Secretario Técnico: Dr. René García Valenzuela Asesor Regional en Atención Médica, Oficina Sanitaria Panamericana

PROGRAMA DE TEMAS

En la primera sesión plenaria se aprobó el programa de temas preparado por el Director y aprobado a su vez por el Comité Ejecutivo en su 46ª Reunión, decidiendo no considerar incluido el tema 3.8, titulado "Comunicación del Secretario General de la Organización de los Estados Americanos transmitiendo el Acta Final de la Octava Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores para servir de órgano de consulta en aplicación del Tratado Interamericano de Asistencia Recíproca". Por otra parte, la Conferencia decidió que se agregara al programa un nuevo tema con el número 1.15, titulado "Solicitud presentada por Jamaica para su admisión como Miembro de la Organización Panamericana de la Salud".

SESIONES DE LA CONFERENCIA

La Conferencia celebró una sesión inaugural, nueve sesiones plenarias, tres sesiones de la Comisión de Credenciales, ocho sesiones de la Comisión General, cuatro de la Comisión I, dos de la Comisión II y cuatro sesiones conjuntas de la Comisión I y de la Comisión II. La clausura tuvo lugar el día 3 de septiembre de 1962.

RESOLUCIONES APROBADAS

La Conferencia, en sus sesiones plenarias, aprobó las siguientes resoluciones:

Resolución I

Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado detenidamente el texto revisado del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana, contenido en el Documento CSP16/2; y

Teniendo en cuenta la Resolución XXXVII adoptada por el Consejo Directivo en su XIII Reunión,¹

RESUELVE:

Aprobar el Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana, que figura en el Documento CSP16/2.

(Aprobada en la primera sesión plenaria, celebrada el 22 de agosto de 1962)

¹ Documento Oficial de la OPS 41, 42.

Resolución II**Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo**

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Informe Anual del Comité Ejecutivo (Documento CSP16/22),¹ presentado por su Presidente, Dr. Victorio Vicente Olgún, Representante de la Argentina; y

Considerando lo dispuesto en el párrafo F del Artículo 4 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud,

RESUELVE:

Aprobar el Informe Anual (Documento CSP16/22) del Comité Ejecutivo y felicitar a su Presidente, Dr. Victorio Vicente Olgún, Representante de la Argentina, junto con los miembros del Comité, por la labor realizada.

(Aprobada en la segunda sesión plenaria, celebrada el 22 de agosto de 1962)

Resolución III**Ingreso de Jamaica en la Organización Panamericana de la Salud**

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta la solicitud oficial de ingreso en la Organización Panamericana de la Salud, presentada en nombre del Gobierno de Jamaica por el Encargado de Negocios de la Embajada de dicho país en Washington, el 10 de agosto de 1962;²

Teniendo en cuenta que el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana ha comunicado la mencionada solicitud a los Gobiernos de la Organización Panamericana de la Salud; y

Considerando que el Gobierno de Jamaica ha declarado que está dispuesto a asumir todas las obligaciones que impone la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud y a cumplir con las disposiciones del Código Sanitario Panamericano, tal como quedó modificado por el Protocolo Anexo de 24 de septiembre de 1952, así como a contribuir por medio de una cuota, al apoyo financiero de la Organización,

RESUELVE:

1. Aprobar la solicitud presentada por Jamaica para su ingreso en la Organización Panamericana de la Salud.

2. Encomendar al Director que transmita esta decisión a los Gobiernos de la Organización.

(Aprobada en la tercera sesión plenaria, celebrada el 23 de agosto de 1962)

¹ Documento Oficial de la OPS 49.

² Véase el Anexo 1, pág. 40.

Resolución IV

Procedimiento para la admisión de Estados en la Organización Panamericana de la Salud

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el párrafo A del Artículo 2, en los párrafos B y E del Artículo 4 y en el párrafo A del Artículo 9 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud,

RESUELVE:

1. Encomendar al Consejo Directivo que estudie y establezca los procedimientos apropiados que rijan la admisión de Estados como miembros de la Organización Panamericana de la Salud.
2. Delegar en el Consejo Directivo la autoridad para tratar de asuntos relativos a la admisión de Estados como miembros de la Organización durante el intervalo comprendido entre las reuniones de la Conferencia, de conformidad con los procedimientos que adopte el Consejo.

(Aprobada en la tercera sesión plenaria, celebrada el 23 de agosto de 1962)

Resolución V

Informe Cuadrienal del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (1958-1961)

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Informe Cuadrienal del Director de la Oficina sobre las actividades de la Organización Panamericana de la Salud durante el período comprendido entre la XV y la XVI Conferencias Sanitarias Panamericanas (*Documento Oficial N° 43*); y

Considerando lo dispuesto en el párrafo F del Artículo 4 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud,

RESUELVE:

Aprobar el Informe Cuadrienal (enero de 1958-diciembre de 1961) del Director a los Gobiernos de la Organización Panamericana de la Salud, felicitándole por la eficiente labor realizada durante los últimos cuatro años y por la forma de presentación del informe, y haciendo extensiva esta felicitación al personal de la Oficina.

(Aprobada en la quinta sesión plenaria, celebrada el 24 de agosto de 1962)

Resolución VI

Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondiente a 1961

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, correspondiente al año 1961 (*Documento Oficial N° 44*); y

Considerando lo dispuesto en el párrafo F del Artículo 4 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud,

RESUELVE:

Aprobar el Informe Anual del Director de la Oficina, correspondiente a 1961 (*Documento Oficial N° 44*), felicitándole por la excelente labor realizada durante el año y haciendo extensiva esta felicitación al personal de la Oficina.

(Aprobada en la quinta sesión plenaria, celebrada el 24 de agosto de 1962)

Resolución VII

Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el párrafo E del Artículo 4, así como el párrafo A del Artículo 21 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, en el que se estipula que la Oficina Sanitaria Panamericana tendrá un Director, elegido en la Conferencia, por el voto de la mayoría de los Gobiernos de la Organización;

Teniendo en cuenta el Artículo 42 del Reglamento Interno de la Conferencia, en el que se dispone que ésta elegirá al Director de la Oficina por un número de votos mayor que la mitad del número de Gobiernos de la Organización; y

Teniendo en cuenta el Artículo 4 del Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud 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. Declarar elegido Director de la Oficina Sanitaria Panamericana al Dr. Abraham Horwitz, por un período de cuatro años que empezará a contar el 1 de febrero de 1963.

2. Comunicar al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud la anterior designación a los efectos del nombramiento del Dr. Abraham Horwitz como Director Regional para las Américas.

(Aprobada en la séptima sesión plenaria, celebrada el 27 de agosto de 1962)

Resolución VIII

Elección de dos Países Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Colombia y El Salvador

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando lo dispuesto en el párrafo D del Artículo 4 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud; y

Considerando que han sido elegidos para formar parte del Comité Ejecutivo los Gobiernos de Costa Rica y los Estados Unidos de América, por haber llegado a su término los mandatos de Colombia y El Salvador,

RESUELVE:

1. Declarar que los Gobiernos de Costa Rica y los Estados Unidos de América han sido elegidos para formar parte del Comité Ejecutivo por un período de tres años.
2. Expresar su agradecimiento a los Gobiernos de Colombia y El Salvador por los servicios prestados a la Organización por sus Representantes en el seno del Comité Ejecutivo.

(Aprobada en la séptima sesión plenaria, celebrada el 27 de agosto de 1962)

Resolución IX

Resumen de los informes cuatrienales sobre las condiciones de salud en las Américas

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que los resúmenes de los informes cuatrienales sobre las condiciones de salud en las Américas, presentados a la XIV,¹ XV² y XVI³ Conferencias Sanitarias Panamericanas, proporcionan importante información sobre los progresos logrados en las Américas y aportan datos comparativos para la planificación y evaluación de programas nacionales o internacionales de salud; y

Teniendo en cuenta que la preparación de programas de salud de largo alcance requiere datos fundamentales de muy diversa índole que deben ser tan completos y comparables como sea posible y abarcar todas las áreas de las Américas,

RESUELVE:

1. Recomendar a los Gobiernos de la Organización que adopten las medidas necesarias para ampliar y reforzar sus programas de recopilación, publicación y uso de estadísticas vitales y de salud que servirán de base para la formulación, ejecución y evaluación de programas nacionales de salud.
2. Estimular la notificación pronta, exacta y completa acerca de la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles, con el objeto de utilizar inmediatamente esos datos en la planificación, ejecución y evaluación de programas de erradicación o control de dichas enfermedades.
3. Encomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que continúe insistiendo en la importancia que reviste la publicación anual de estadísticas de morbilidad y mortalidad por enfermedades de notificación obligatoria, a fin de que pueda procederse a una evaluación continua de los progresos alcanzados en el programa de control o erradicación a nivel local, nacional e internacional.
4. Recomendar a las autoridades nacionales de salud que establezcan o refuercen sus respectivos departamentos de estadística para que funcionen a un nivel apropiado, respondan a las necesidades y desempeñen las funciones recomendadas en el Código Sanitario Panamericano y por la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.⁴

¹ *Publicación Científica de la OPS 24.*

² *Ibid.*, 40.

³ *Ibid.*, 64.

⁴ *Documento Oficial de la OPS 14, 659-663.*

5. Estimular a los Gobiernos de la Organización a que presten su apoyo a programas de enseñanza y adiestramiento en estadísticas para personal profesional, técnico y auxiliar, a fin de lograr rápidos progresos en la obtención de datos básicos y en su utilización eficaz.

6. Encomendar al Director que la Organización siga concediendo alta prioridad al mejoramiento de la calidad y a la extensión de las estadísticas vitales y de salud, con objeto de que en la próxima década se cuente en todas las Américas con sistemas eficientes de recopilación y utilización de datos.

7. Recomendar que la Oficina siga publicando los resúmenes de los informes cuadriennales sobre las condiciones de salud en las Américas, y que se intensifiquen los esfuerzos para mejorar en todos los niveles la calidad de los datos presentados relativos a recursos humanos, servicios de salud y hospitalarios, y otros afines.

(Aprobada en la novena sesión plenaria, celebrada el 2 de septiembre de 1962)

Resolución X

Estado del plan continental de abastecimiento público de agua y de eliminación de aguas servidas

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe del Director sobre el estado del plan continental de abastecimiento público de agua y de eliminación de aguas servidas (Documento CSP16/13);¹

Habiendo tomado nota con satisfacción de la labor realizada por la Oficina Sanitaria Panamericana durante los últimos cuatro años en lo relativo al fomento y desarrollo de programas de abastecimiento público de agua en las Américas, así como de la colaboración prestada a los Gobiernos de la Organización;

Habiendo tomado nota de las aportaciones, en los últimos tres años, de los Gobiernos de Colombia, Estados Unidos de América, Uruguay y Venezuela, al Fondo Especial de la OSP para Abastecimiento Público de Agua;

Teniendo en cuenta la promesa hecha a la Conferencia por la Delegación de los Estados Unidos de América, en el sentido de aportar \$ 300.000 al Fondo Especial de la OSP para Abastecimiento Público de Agua, en 1963, que podría extenderse a \$ 450.000 en 1964, sujeto a la asignación de fondos, o sea, como máximo un aumento de \$ 150.000, aumento que sería igual al conjunto de las aportaciones de los demás Gobiernos de la Organización;

Habiendo tomado nota con satisfacción de las inversiones del Banco Interamericano de Desarrollo en instalaciones de abastecimiento de agua y de eliminación de aguas servidas, y la estrecha colaboración establecida entre la Oficina y el Banco;

Reconociendo y reafirmando la gran importancia que, para la salud pública y el desarrollo económico y social de la población de todos los países, revisten los programas urbanos y rurales de abastecimiento de agua y de eliminación de aguas servidas;

Teniendo en cuenta los progresos que se vienen realizando en materia de sistemas urbanos de abastecimiento de agua, y reconociendo que es preciso, de conformidad con la Carta de Punta del Este, subrayar la necesidad de que se logren progresos similares en la solución de los problemas del abastecimiento rural de agua;

Estimando que los ministerios de salud deben ampliar la supervisión sanitaria de los sistemas urbanos de abastecimiento de agua, y de alcantarillado, a fin de que incluya el examen y aprobación, por los servicios competentes de saneamiento, de todos los planos de nuevas construcciones;

¹ Véase el Anexo 8, págs. 121-125.

Teniendo la convicción de que, en la mayoría de los países, los servicios de ingeniería de los ministerios de salud son los más indicados para llevar a cabo programas rurales de abastecimiento de agua; y

Estimando que las funciones cada vez mayores de los ministerios de salud en el campo general del saneamiento del medio y especialmente en materia de sistemas urbanos y rurales de abastecimiento de agua y eliminación de aguas servidas, sólo pueden cumplirse si se dispone de divisiones de ingeniería sanitaria bien organizadas y debidamente dotadas de personal,

RESUELVE:

1. Encomendar al Director de la Oficina que conceda la máxima prioridad al programa de abastecimiento público de agua y que la Oficina prosiga sus gestiones para estimular la inversión de fondos locales e internacionales en proyectos de abastecimiento de agua.

2. Encomendar al Director que continúe y amplíe la colaboración que se presta a los Gobiernos en la planificación, financiamiento, administración y explotación de sistemas de abastecimiento de agua, así como en la preparación y adiestramiento del personal profesional y auxiliar que se requiere para esas finalidades.

3. Expresar su agradecimiento a los Gobiernos de Colombia, Estados Unidos de América, Uruguay y Venezuela, por sus aportaciones al Fondo Especial de la OSP para Abastecimiento Público de Agua durante los tres últimos años, y por la promesa de una aportación futura por parte del Gobierno de los Estados Unidos de América, y encomendar al Director que invite de nuevo a todos los Gobiernos a que contribuyan a dicho Fondo.

4. Encomendar al Director que presente un programa y presupuesto indicando la forma en que estos fondos serán invertidos y las posibles tendencias del programa en el futuro.

5. Encomendar al Director que transmita al Banco Interamericano de Desarrollo la satisfacción de la Conferencia por la atención que viene dedicando a los préstamos destinados a sistemas de abastecimiento de agua y por la estrecha colaboración que se está desarrollando entre el Banco y la Oficina Sanitaria Panamericana, como se refleja en el acuerdo firmado recientemente para realizar una labor conjunta en materia de asistencia técnica.

6. Señalar a la atención de los Gobiernos la necesidad de que concedan alta prioridad a los programas nacionales, tanto rurales como urbanos, de abastecimiento de agua y de eliminación de aguas servidas, de incorporarlos a los planes nacionales a largo plazo y de proveer fondos adecuados para financiar esos programas, procurando utilizar al máximo los recursos locales.

7. Señalar a la atención de los Gobiernos que es preciso fortalecer las divisiones de ingeniería de los servicios nacionales de salud, reconociendo debidamente la necesidad de mejorar las condiciones de empleo, fomentando el perfeccionamiento profesional y adoptando ulteriormente las medidas que sean apropiadas.

8. Instar a los distintos Gobiernos a que hagan cumplir las disposiciones pertinentes, o las promulguen si no existen, para que todos los planes de instalaciones urbanas de abastecimiento de agua y alcantarillado sean sometidos, antes de la construcción o reforma de los sistemas correspondientes, al previo examen y aprobación de ingenieros sanitarios de los ministerios de salud, nacionales o estatales, a fin de asegurarse de que reúnen los debidos requisitos sanitarios.

9. Señalar que es preciso que todos los interesados (Gobiernos, instituciones bancarias, la Oficina Sanitaria Panamericana y otros organismos internacionales) estudien la manera y encuentren los medios de satisfacer las necesidades relativas al abastecimiento de agua y a la eliminación de aguas servidas, y ejecuten rápidamente los programas encaminados a mejorar esos servicios para las poblaciones rurales.

10. Encarecer a los Gobiernos que confíen a organismos nacionales o estatales de salud la responsabilidad del desarrollo de los proyectos rurales de abastecimiento de agua y alcantarillado.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 1 de septiembre de 1962)

Resolución XI**Acuerdo concertado entre la Organización Panamericana de la Salud
y el Banco Interamericano de Desarrollo, respecto
a las actividades de asistencia técnica**

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Memorandum del Acuerdo concertado entre la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo, respecto a las actividades de asistencia técnica (Documento CSP16/26),¹

RESUELVE:

Tomar nota del Acuerdo concertado entre la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo, respecto a las actividades de asistencia técnica, que figura en el Documento CSP16/26.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 1 de septiembre de 1962)

Resolución XII**Saneamiento del medio**

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando la magnitud y gravedad de los problemas de falta de saneamiento en las Américas, y el hecho de que enfermedades debidas a esa falta figuran todavía entre las primeras cinco causas de defunción en la mayoría de los países de la Región;

Reconociendo el creciente interés que los países han demostrado por la solución de dichos problemas, el cual se ha hecho evidente tanto en las declaraciones del Acta de Bogotá como, más concretamente, en las de la Carta de Punta del Este, en la que, entre otras, se establecen metas para el suministro de agua potable y desagüe a vastos sectores de la población urbana y rural;

Teniendo en cuenta el importante lugar que las actividades de saneamiento han alcanzado en los últimos años en los programas de la Organización, como puede verse en el aumento de los fondos destinados a ellas y en el número actual de proyectos en los países, interzonas y regionales; y

Considerando que frente a estos hechos y a las perspectivas de continuo aumento de las actividades, especialmente en relación con los planes de desarrollo previstos en la Alianza para el Progreso, es necesario reforzar, al nivel de la organización central de la Oficina Sanitaria Panamericana, los medios que faciliten en el mayor grado posible la expansión de los programas de saneamiento,

RESUELVE:

Pedir al Director que estudie la necesidad y conveniencia de establecer en la Oficina, entre los servicios primarios de más alto nivel, uno destinado exclusivamente a los problemas de saneamiento o salud ambiental, teniendo en cuenta las ventajas de orden práctico de esta medida, las dificultades que pudiera ocasionar y sus consecuencias de carácter administrativo y financiero.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 1 de septiembre de 1962)

¹ Documento mimeografiado.

Resolución XIII**Investigación interamericana sobre mortalidad**

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que la Organización Panamericana de la Salud ha iniciado un extenso programa regional de investigación sobre mortalidad,¹ en el cual se investigarán detenidamente alrededor de 40.000 defunciones, a los efectos de obtener toda la información disponible acerca de las causas de defunción respectivas, incluyendo entrevistas con médicos, hallazgos patológicos y de laboratorio;

Considerando que el análisis preliminar, hecho en junio de 1962, indicó que los principales colaboradores en las ciudades están reuniendo los datos que se requieren para cumplir los fines del proyecto de investigación, de modo que pueda contarse con la información básica necesaria para ulteriores estudios epidemiológicos de las enfermedades de la población adulta; y

Considerando que las oportunidades de investigación en el campo del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares que estos estudios indicarán, han de requerir especialmente servicios patológicos que, en la actualidad, son limitados en algunas ciudades,

RESUELVE:

1. Recomendar que, a medida que la Organización avance en su investigación sobre mortalidad, se amplíe ésta de manera que permita conocer las pautas que predominan en la mortalidad de la Región, y se emprenda una investigación similar sobre mortalidad en el grupo de edad de 1 a 14 años con objeto de estudiar las causas básicas y múltiples de la mortalidad.

2. Encomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que la Organización prosiga con la planificación de la investigación epidemiológica del cáncer y las enfermedades cardiovasculares, a fin de que puedan iniciarse estudios que tengan en cuenta las amplias diferencias en costumbres y condiciones de vida.

3. Recomendar a los Gobiernos de la Organización que fomenten el establecimiento de programas de adiestramiento para postgraduados en escuelas de medicina, con miras a la preparación de patólogos destinados a servicios hospitalarios y medicolegales.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 1 de septiembre de 1962)

Resolución XIV**Evaluación clínica y farmacológica de agentes exógenos**

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que ha quedado médicamente demostrada la existencia de malformaciones congénitas y otros trastornos importantes producidos directa o indirectamente por agentes exógenos en los individuos que los usan o en sus descendientes;

Teniendo en cuenta el valor positivo de la evaluación estadística y clínica como criterio para determinar la acción de medicamentos, productos químicos y otros factores que causan defectos de esa naturaleza y efectos secundarios;

Reconociendo que el valor de los datos relativos a cualquier problema sólo adquiere significación cuando los datos reunidos se refieren a grupos suficientemente grandes de población; y

¹ Véase el Anexo 10, págs. 132-139.

Considerando que para obtener resultados más eficaces para la protección de la salud es necesario proceder sin demora al análisis de esos datos,

RESUELVE:

1. Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que estudie la manera de analizar los problemas científicos relativos a la evaluación clínica y farmacológica de los mencionados agentes exógenos, y de organizar la recopilación e intercambio de información sobre sus efectos.
2. Recomendar a los Gobiernos de la Organización que sus respectivos servicios de salud adopten medidas para asegurar que en los certificados de muerte fetal y de nacimiento vivo se anoten los defectos congénitos observados al nacer, y que los que se descubran con posterioridad sean notificados a las correspondientes autoridades de salud.
3. Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que la Organización instituya procedimientos uniformes para el registro y pronta recopilación y análisis, por la Oficina, de los datos relativos a los efectos secundarios y defectos congénitos producidos por los agentes antes citados, a fin de reunir la experiencia obtenida en los diversos países donde rijan tales sistemas de recopilación.
4. Recomendar que se desarrollen métodos efectivos para el análisis de dichos datos, a fin de que los servicios de salud establezcan programas eficaces de prevención.
5. Recomendar que se mantenga la cooperación y coordinación con todos los organismos que deseen participar en la solución de estos problemas.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 1 de septiembre de 1962)

Resolución XV

Programa de nutrición en las Américas

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe sobre el programa de nutrición en las Américas (Documento CSP16/6),¹ presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana;

Considerando que últimamente se han realizado notables progresos en este campo, de conformidad con las recomendaciones formuladas por la XIII Reunión del Consejo Directivo en su Resolución XI;²

Teniendo en cuenta el considerable incremento en el número de programas coordinados de nutrición aplicada que vienen desarrollándose en las Américas, encaminados a elevar el nivel de vida de las poblaciones rurales;

Considerando que el adiestramiento de personal especializado en nutrición debe seguir recibiendo alta prioridad entre los programas de preparación de personal;

Considerando la importancia que tiene el conocimiento de los valores de consumo de alimentos para la preparación de programas de alimentación en los planes de desarrollo;

Teniendo en cuenta que el programa de investigaciones sobre nutrición, propuesto por el Director de la Oficina en el Documento CSP16/6, abarca el estudio de los problemas más urgentes del Continente en esta materia;

Teniendo en cuenta la importancia que encierra el desarrollo de nuevas fuentes de proteínas, unido a una política de fomento y protección de los precios de las fuentes tradicionales, para prevenir la malnutrición

¹ Véase el Anexo 7, págs. 113-120.

² Documento Oficial de la OPS 41, 24-25.

proteínica en los niños, de acuerdo con uno de los objetivos de la Resolución A.2 de la Alianza para el Progreso;¹

Considerando que desde el punto de vista técnico es factible el control (y posiblemente la erradicación) del bocio endémico en extensas zonas del Continente; y

Teniendo en cuenta la necesidad de lograr una adecuada coordinación de las actividades que llevan a cabo diversos organismos internacionales e instituciones de ayuda bilateral que colaboran con los Gobiernos en el mejoramiento de la nutrición y del nivel de vida de las poblaciones,

RESUELVE:

1. Expresar su satisfacción por los avances logrados en el programa de nutrición en las Américas, de conformidad con la Resolución XI de la XIII Reunión del Consejo Directivo.

2. Recomendar que la Oficina Sanitaria Panamericana, de común acuerdo con los Gobiernos y organismos internacionales interesados, proceda cuanto antes a una evaluación de los programas coordinados de nutrición aplicada que se llevan a cabo en muchos países del Continente.

3. Recomendar a los Gobiernos que, con la colaboración de la Oficina, tomen las medidas necesarias para fortalecer los programas de nutrición en los servicios de salud a nivel local, incorporándolos a las actividades de trabajo ordinarias y procurando coordinarlos con los que desarrollan los servicios de extensión agrícola y de educación.

4. Encomendar al Director de la Oficina que, dentro de las posibilidades presupuestarias, procure aumentar los recursos destinados al adiestramiento de personal en materia de nutrición, tanto para la concesión de becas como para prestar apoyo financiero a los centros de capacitación que se están organizando en colaboración con la FAO y el UNICEF, y a la incorporación de la ciencia de la nutrición en los programas educativos de las escuelas de medicina, de salud pública, de enfermería, etc.

5. Recomendar a los Gobiernos la realización de encuestas de consumo de alimentos como base para la preparación de programas nacionales de alimentación dentro de los planes generales de desarrollo.

6. Dar su pleno apoyo al programa de investigaciones sobre nutrición, propuesto por el Director en el Documento CSP16/6.

7. Recomendar a los Gobiernos que, ante la gravedad del problema nutricional en los niños, especialmente por la deficiencia proteínica, intensifiquen la política de fomento de las fuentes de proteínas tradicionales y de protección de sus precios, complementada con el desarrollo de otras fuentes de proteínas, de bajo costo, que actualmente no se dedican al consumo humano.

8. Reiterar la urgente necesidad de que se emprenda, en los países que todavía no lo hayan hecho, un programa de yodación de la sal como medio de control (y aun de erradicación en ciertas áreas) del bocio endémico, recomendando al Director de la Oficina que convoque una reunión para considerar las dificultades encontradas, especialmente de tipo jurídico y administrativo, y definir una política que permita la disminución significativa de esta epidemia.

9. Encomendar al Director que, si se estima oportuno, convoque a una reunión de representantes de los organismos internacionales interesados y de Gobiernos que prestan asistencia por medio de acuerdos bilaterales, a fin de lograr una coordinación más eficaz en las actividades de cooperación internacional encaminadas a mejorar la alimentación y la nutrición en las Américas.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 1 de septiembre de 1962)

¹ Documento Oficial de la OEA, Ser. H/XII.1 (esp.), 1961, págs. 30-32.

Resolución XVI**Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1961**

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes a 1961 (*Documento Oficial No. 39*); y

Teniendo en cuenta la decisión adoptada por el Comité Ejecutivo en su 46ª Reunión, en relación con los mencionados informes (Resolución I),

RESUELVE:

Aprobar el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes al ejercicio económico de 1961, que figuran en el *Documento Oficial No. 39*.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 1 de septiembre de 1962)

Resolución XVII**Informe sobre la recaudación de las cuotas**

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe del Director sobre la recaudación de las cuotas (*Documento CSP16/17 y Addendum I*)¹; y

Considerando que la Organización Panamericana de la Salud sigue teniendo problemas financieros debido a la elevada cantidad a que ascienden las cuotas pendientes de pago,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe del Director sobre el estado de la recaudación de las cuotas (*Documento CSP16/17 y Addendum I*).

2. Encarecer a los Gobiernos que tengan cuotas pendientes de pago, que las hagan efectivas a la mayor brevedad posible, con el fin de asegurar el desarrollo normal de las actividades de la Organización.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 1 de septiembre de 1962)

Resolución XVIII**Fondo Rotatorio de Emergencia**

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre el empleo del Fondo Rotatorio de Emergencia (*Documento CSP16/18*)²; y

¹ Documento mimeografiado.

² *Ibid.*

Teniendo en cuenta la necesidad de que el Fondo se mantenga al nivel establecido, a fin de que pueda cumplir la importante misión de colaboración con los Gobiernos para la que fue creado,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe del Director sobre el empleo del Fondo Rotatorio de Emergencia (Documento CSP16/18).
2. Encarecer a los Gobiernos que, en los casos en que soliciten la ayuda de este Fondo, reembolsen al mismo, en el más breve plazo posible, las cantidades adelantadas.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 1 de septiembre de 1962)

Resolución XIX

Enmiendas al Estatuto y Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando lo establecido en el párrafo B del Artículo 21 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud;

Teniendo en cuenta las Resoluciones VI y VII de la 46ª Reunión del Comité Ejecutivo; y

Teniendo en cuenta lo dispuesto en los Artículos 3.1 y 12.2 del Estatuto del Personal,

RESUELVE:

1. Tomar nota de las enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, introducidas por el Director y confirmadas por el Comité Ejecutivo en su 46ª Reunión, que figuran en el Anexo del Documento CE46/3.¹

2. Tomar nota de la decisión del Director en el sentido de que el actual Subdirector de la Oficina, Dr. John C. Cutler, sea en lo sucesivo Director Adjunto, y el Secretario General, Dr. Víctor A. Sutter, Subdirector, y fijando el sueldo del Director Adjunto en \$ 17.900 por año y el del Subdirector en \$ 16.900 por año.

3. Modificar el Artículo 3.1 del Estatuto del Personal en los siguientes términos: "Los sueldos del Director Adjunto y del Subdirector serán determinados por el Director con la aprobación del Comité Ejecutivo"; y modificar la frase segunda del Artículo 230.1 del Reglamento del Personal, en la siguiente forma: "El Director, con la aprobación del Comité Ejecutivo, fijará los sueldos del Director Adjunto y del Subdirector".

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 1 de septiembre de 1962)

Resolución XX

Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado la Resolución XVII, sobre el sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, adoptada por el Comité Ejecutivo en su 46ª Reunión;²

¹ Documento mimeografiado.

² Documento Oficial de la OPS 49.

Teniendo en cuenta la Resolución WHA15.5, adoptada por la 15ª Asamblea Mundial de la Salud,¹ en la que se fija el sueldo de los Directores Regionales de la Organización Mundial de la Salud; y

Teniendo en cuenta que las responsabilidades del Director de la Oficina han aumentado considerablemente como consecuencia del desarrollo de la Organización y la ampliación de sus actividades durante los últimos diez años,

RESUELVE:

Fijar la remuneración del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, con efectividad a partir del 1 de enero de 1962, en la siguiente forma: sueldo anual, \$ 18.900; asignación anual para gastos de representación, \$ 6.000, y además los subsidios que normalmente se conceden a los funcionarios de la Oficina, de conformidad con el Reglamento del Personal.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 1 de septiembre de 1962)

Resolución XXI

Informe sobre los edificios e instalaciones para la Sede

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado los informes de la 46ª Reunión del Comité Ejecutivo, del Subcomité Permanente de Edificios y Obras, y del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana,² sobre las medidas adoptadas hasta la fecha en relación con el proyecto de construcción del nuevo edificio de la Sede de la Oficina Sanitaria Panamericana;

Teniendo en cuenta que están terminados los planos preliminares de la construcción, y que estos planos han sido aprobados por la Comisión de Planificación de la Capital Nacional y la Comisión de Bellas Artes, en Washington, D. C.;

Teniendo en cuenta la generosa contribución ya realizada por la Fundación W. K. Kellogg; y

En vista de que se necesita financiamiento adicional para sufragar los gastos revisados de la construcción del nuevo edificio de la Sede,

RESUELVE:

1. Autorizar al Director a que solicite de la Fundación W. K. Kellogg, o de otra fundación, el financiamiento adicional necesario sobre la misma base que en los arreglos anteriores.

2. Autorizar al Director para que dé instrucciones a los arquitectos a fin de que procedan inmediatamente a la preparación de los planos definitivos y especificaciones del nuevo edificio de la Sede.

3. Autorizar al Director para llamar a propuestas y asignar contratos para la construcción del edificio tan pronto como los planos definitivos y las especificaciones estén listos, a condición de que se haya asegurado el financiamiento.

4. Expresar su reconocimiento a los miembros del Subcomité Permanente de Edificios y Obras, al Director y al personal de la OSP por sus actividades relacionadas con la construcción del nuevo edificio de la Sede, invitándoles a que prosigan sus esfuerzos para acelerar la construcción a fin de que el edificio quede terminado cuanto antes.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 1 de septiembre de 1962)

¹ *Act. of. Org. mund. Salud* 118, 3.

² Véase el Anexo 13, págs. 145-155.

Resolución XXII**Programa y Presupuesto de la Organización
Panamericana de la Salud para 1963**

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

RESUELVE:

1. Asignar para el ejercicio financiero de 1963 la cantidad de \$ 5.990.000 en la forma siguiente:

Fines de la asignación

Título I: Organización Panamericana de la Salud—Reuniones de la Organización	\$ 229.850
Título II: Organización Panamericana de la Salud—Sede	1.713.198
Título III: Organización Panamericana de la Salud—Programas de campo y otros	3.559.452
Título IV: Organización Panamericana de la Salud—Fondo Especial para el Fomento de la Salud	187.500
Título V: Organización Panamericana de la Salud—Cantidad para incrementar el Fondo de Trabajo	300.000
Total—Todos los Títulos	<u>\$ 5.990.000</u>

2. Que las asignaciones se financien mediante:

a) Cuotas correspondientes:

i) A los Gobiernos Miembros, que se fijarán según la escala adoptada por el Consejo de la Organización de los Estados Americanos, de conformidad con el Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano	\$ 5.890.000
ii) A Jamaica (cuota provisional para este Gobierno Miembro, basada en las cuotas fijadas a otros Gobiernos Miembros de población e ingresos <i>per capita</i> similares).	18.259
iii) A Francia (Resoluciones XV y XL de la V Reunión del Consejo Directivo) ¹	9.891
iv) Al Reino de los Países Bajos (Resoluciones XV y XL de la V Reunión del Consejo Directivo)	6.435
v) Al Reino Unido (Resoluciones XV y XL de la V Reunión del Consejo Directivo).	25.243

b) Ingresos diversos	40.172
Total	<u>\$ 5.990.000</u>

3. Que las cantidades que no excedan de las asignaciones incluidas en el párrafo 1 se apliquen al pago de las obligaciones contraídas, de conformidad con el Reglamento Financiero de la Organización, durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1963, inclusive.

4. Que el Director quede 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 % podrán efectuarse con la aprobación del Comité Ejecutivo. Todas las transferencias de créditos del presupuesto serán notificadas al Consejo Directivo.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 1 de septiembre de 1962)

¹ Publicación de la OSP 269, 23-24, 44-45.

Resolución XXIII**Dietas para los miembros del Comité Ejecutivo
de la Organización Panamericana de la Salud**

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta la Resolución WHA14.5 de la 14ª Asamblea Mundial de la Salud,¹ en la cual se estipula que las dietas de los miembros del Consejo Ejecutivo de la OMS sean de \$ 30 cuando la reunión se celebre en Nueva York;

Considerando que en los últimos años, el costo de vida ha aumentado en Washington tanto como en Nueva York; y

Estimando que las dietas destinadas a los miembros del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud deben fijarse a un nivel comparable al establecido para los miembros del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud,

RESUELVE:

Aprobar una dieta de \$ 30 (treinta dólares) para los miembros del Comité Ejecutivo, de acuerdo con el párrafo B del Artículo 17 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 1 de septiembre de 1962)

Resolución XXIV**Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas,
Organización Mundial de la Salud, para 1964**

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el *Documento Oficial N° 40*, presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, que contiene el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, correspondiente a 1964; y

Teniendo en cuenta que dicho proyecto se presenta a la Conferencia en su carácter de Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, para su examen y transmisión al Director General de la citada Organización a fin de que lo tome en consideración al preparar el proyecto de presupuesto de la OMS para 1964,

RESUELVE:

Aprobar la transmisión del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, correspondiente a 1964, contenido en el *Documento Oficial No. 40*, y solicitar del Director Regional que lo transmita al Director General de dicha Organización, a fin de que lo pueda tomar en cuenta en la preparación del presupuesto de la OMS para 1964.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 1 de septiembre de 1962)

¹ *Act. of. Org. mund. Salud* 110, 2-3.

Resolución XXV**Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización
Panamericana de la Salud para 1964**

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el *Documento Oficial No. 40*, presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, que contiene el anteproyecto que servirá de base preliminar para la preparación del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud, correspondiente a 1964, que se someterá a la consideración de la 48ª Reunión del Comité Ejecutivo y de la XIV Reunión del Consejo Directivo;

Teniendo en cuenta que el anteproyecto de Programa y Presupuesto contiene proyectos de salud pública muy necesarios y bien planeados; y

Teniendo en cuenta las recomendaciones y observaciones formuladas por varias Delegaciones durante el examen de dicho anteproyecto,

RESUELVE:

1. Tomar nota del anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1964, contenido en el *Documento Oficial No. 40*.

2. Encomendar al Director que, al preparar su Proyecto de Programa y Presupuesto para 1964 y al efectuar consultas con los Gobiernos acerca de él, preste la debida consideración a las recomendaciones y observaciones formuladas por varias Delegaciones.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 1 de septiembre de 1962)

Resolución XXVI**Política y programa de investigaciones de la Organización
Panamericana de la Salud**

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe del Director sobre la política y el programa de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud (*Documento CSP16/35*);¹

Teniendo en cuenta la Resolución XXXVIII aprobada en la XIII Reunión del Consejo Directivo;²

Teniendo en cuenta los actuales problemas de salud señalados en la Carta de Punta del Este, cuya solución se aceleraría al llevarse a cabo la política y el programa de investigaciones recomendados;

Advirtiendo que se requiere un importante programa de adiestramiento en investigación;

Observando que se ha recomendado a los Gobiernos que, por medio de consejos nacionales de investigación u otros organismos idóneos, evalúen los recursos nacionales en materia de investigaciones bio-médicas y de salud pública; y

Considerando la importancia de las investigaciones en el programa de la Organización,

RESUELVE:

1. Expresar su satisfacción por la política y programa de investigaciones tal como han sido presentados y, citando las palabras del Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas, "felicitar al Director, a la

¹ Véase el Anexo 9, págs. 126-132.

² *Documento Oficial de la OPS 41, 43.*

Secretaría, al personal y a los numerosos expertos que han prestado su colaboración, por el muy alto nivel de competencia científica alcanzado".

2. Subrayar la importancia del adiestramiento en investigación.

3. Encomendar al Director: a) que realice todas las gestiones posibles para incrementar la labor de investigación de la Organización, inclusive proyectos específicos y su financiamiento, en beneficio mutuo de los países de la Región; y b) que presente informes anuales al Consejo Directivo y un informe sobre los progresos logrados al respecto a la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 1 de septiembre de 1962)

Resolución XXVII

Estado de la erradicación de la malaria en las Américas

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el X Informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (Documento CSP16/20);¹

Teniendo en cuenta los progresos alcanzados gracias a los esfuerzos coordinados de los Gobiernos y de las organizaciones internacionales que cooperan en la campaña;

Teniendo en cuenta los problemas de orden técnico que subsisten en algunas áreas y las investigaciones que se realizan para superarlos; y

Teniendo en cuenta las dificultades económicas existentes en algunas campañas, lo que provoca costosos retrasos en el desarrollo de las mismas,

RESUELVE:

1. Expresar su profundo reconocimiento por la ayuda prestada por el UNICEF y la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) del Gobierno de los Estados Unidos de América para la ejecución del programa continental de erradicación de la malaria y reiterar su deseo de que esta cooperación continúe, y si es posible se intensifique, hasta que se logre la erradicación de la malaria en las Américas.

2. Testimoniar su satisfacción por el programa de investigaciones que realizan algunos Gobiernos, con la cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana, con miras a solucionar problemas técnicos que impiden la interrupción de la transmisión de la malaria en ciertas áreas.

3. Reiterar a los Gobiernos la urgente necesidad de erradicar la malaria proporcionando a las campañas los recursos económicos indispensables para alcanzar tal objetivo.

4. Expresar su satisfacción por la cooperación que la Oficina Sanitaria Panamericana viene prestando a los países en el adiestramiento de personal.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 1 de septiembre de 1962)

Resolución XXVIII

Cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la Organización Panamericana de la Salud para la Erradicación de la Malaria

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Documento CSP16/25 sobre el cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la Organización Panamericana de la Salud para la Erradicación de la Malaria;²

¹ Véase el Anexo 2, págs. 43-88.

² Véase el Anexo 3, págs. 89-90.

Teniendo en cuenta que la erradicación de la malaria constituye un factor positivo indispensable para el desarrollo económico y social de extensas áreas de la América Latina, principalmente en el sector de la producción agrícola;

Teniendo en cuenta los objetivos que han sido fijados para la próxima década en el Título Primero de la Carta de Punta del Este, y las medidas de acción inmediata indicadas en la Resolución A.2 de la misma Carta;¹

Teniendo en cuenta la necesidad de acometer un mayor esfuerzo económico para erradicar la malaria de ciertas áreas en que la sola aplicación intradomiciliaria de insecticidas de acción residual no es suficiente para interrumpir la transmisión; y

Teniendo en cuenta que la América Central y Panamá forman una región geográfica bien definida y que la persistencia de la transmisión de la malaria en cualquiera de sus países pone en peligro inmediato las áreas de malaria erradicada de otros,

RESUELVE:

1. Tomar nota de las cantidades que se consideran necesarias para el Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria en 1963.

2. Reiterar a los Gobiernos de la Organización la necesidad de que aporten contribuciones al citado Fondo Especial.

3. Recomendar a los Países de la Organización que incluyan, con la prioridad que merece, la campaña de erradicación de la malaria en los programas de desarrollo económico y social de la Alianza para el Progreso.

4. Recomendar que la asistencia internacional prestada a las campañas de erradicación de la malaria en el istmo centroamericano tenga suficiente flexibilidad para permitir la transferencia de recursos económicos y materiales de un país a otro de acuerdo con las necesidades técnicas del momento.

5. Expresar su reconocimiento al Gobierno de los Estados Unidos de América por su generosa contribución al Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria en 1963, así como por su oferta de continuar efectuando aportaciones a dicho Fondo en los años venideros.

6. Expresar su reconocimiento a la Oficina por la forma satisfactoria en que este asunto ha sido presentado.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 1 de septiembre de 1962)

Resolución XXIX

Planes nacionales de salud

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe del Director relativo a las actividades de planificación llevadas a cabo por la Organización Panamericana de la Salud (Documento CSP16/24);² y

Teniendo en cuenta la importancia y urgencia de estas actividades y el creciente interés que han mostrado los Gobiernos en la preparación de planes nacionales de salud,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe del Director sobre los planes nacionales de salud (Documento CSP16/24);

2. Apoyar las medidas adoptadas por el Director con respecto a los servicios de asesoramiento que

¹ Documento Oficial de la OEA, Ser. H/XII.1 (esp.) 1961, págs. 10-11, 30-32.

² Véase el Anexo 12, págs. 143-144.

han de prestarse a los Gobiernos, el establecimiento de una metodología de planificación y el adiestramiento de planificadores de salud.

3. Reiterar a los Gobiernos la necesidad de formular planes nacionales de salud, y a tal fin establecer, a nivel ministerial, unidades de planificación debidamente coordinadas y representadas ante los organismos nacionales de planificación económica y social, de tal manera que se asegure la integración de los planes y programas de salud en el desarrollo social y económico de los países.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 1 de septiembre de 1962)

Resolución XXX

Estado de la erradicación de la viruela en las Américas

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe del Director sobre el estado actual de la erradicación de la viruela en las Américas (Documento CSP16/11);¹

Teniendo en cuenta la preocupación expresada por los Delegados de países actualmente libres de esa enfermedad, ante los peligros que representan los focos de viruela que subsisten en las Américas;

Habiendo estudiado el programa de la Organización para completar la erradicación de la viruela en las Américas; y

Teniendo en cuenta la carga económica y social que representa la viruela, y habiéndose resuelto en la Carta de Punta del Este "dar término a los proyectos en ejecución, en especial los relacionados con el control o erradicación de las enfermedades transmisibles... , reconociendo la debida prioridad a los programas de emergencia de determinados países",²

RESUELVE:

1. Expresar su satisfacción por el éxito que han logrado diversos Gobiernos de la Organización en la erradicación de la viruela y por el establecimiento de campañas nacionales por otros Gobiernos.

2. Encarecer una vez más a los Gobiernos de los países donde existen todavía focos de viruela, que amplíen y aceleren sus respectivos programas nacionales de erradicación de esta enfermedad y que concedan a dichos programas alta prioridad en sus planes nacionales de salud, procurando conseguir de fuentes nacionales o internacionales los fondos y recursos adicionales que sean necesarios para erradicar la viruela de las Américas en el curso de los próximos cinco años, de conformidad con la Resolución A.2 de la Carta de Punta del Este.

3. Encomendar al Director que adopte todas las medidas necesarias para dar apoyo y asesorar a los Gobiernos, a fin de que puedan alcanzar el objetivo de la erradicación de la enfermedad.

4. Señalar a la atención de los Gobiernos la importancia de la aplicación correcta de las medidas especiales relativas a la viruela, establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional, con especial referencia al Artículo 3.³

5. Encarecer a los Gobiernos que ya han erradicado la viruela, que establezcan, en sus respectivos servicios de salud, sistemas que aseguren el mantenimiento de adecuados niveles nacionales de inmunidad y permitan una constante vigilancia contra la recurrencia de esa enfermedad.

(Aprobada en la novena sesión plenaria, celebrada el 2 de septiembre de 1962)

¹ Véase el Anexo 4, págs. 90-99.

² Documento Oficial de la OEA, Ser. H/XII.1 (esp.) 1961, pág. 31.

³ Reglamento Sanitario Internacional, Edición anotada, Washington, D. C.: Oficina Sanitaria Panamericana, 1959, 153 págs.

Resolución XXXI**Estado de la erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas**

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe del Director sobre la campaña de erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas (Documento CSP16/12);¹

Teniendo en cuenta que el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en su I Reunión celebrada en Buenos Aires, en 1947, acordó la iniciación de la campaña continental de erradicación del *Aedes aegypti*,² y que, a pesar de los 15 años transcurridos, son todavía muchas las áreas infestadas por este mosquito que constituyen fuentes de reinfestación reales y posibles para las zonas y países que ya han erradicado dicho vector;

Teniendo en cuenta lo acordado por el Consejo Directivo en la Resolución XXXIV de su XIII Reunión;³

Habiendo tomado nota de los informes sobre la resistencia cada vez mayor a los insecticidas y de la introducción esporádica de casos de fiebre amarilla selvática, tardíamente reconocidos, en zonas urbanas infestadas de *Aedes aegypti*; y

Teniendo en cuenta los programas que están llevando a cabo varios Gobiernos y el propósito expresado por otros de emprender la erradicación del *Aedes aegypti*,

RESUELVE:

1. Encarecer a los Gobiernos de los países y áreas en que el vector ha sido erradicado, que mantengan activos programas de vigilancia a fin de impedir la reinfestación.

2. Expresar su satisfacción por los progresos alcanzados en las actuales campañas de erradicación de varios países, que permiten prever la erradicación del *Aedes aegypti*, en sus respectivos territorios, en un futuro próximo.

3. Encarecer a los Gobiernos de países y áreas todavía infestados por el *Aedes aegypti* que concedan la máxima prioridad a la provisión de los fondos, del personal y de los materiales necesarios para completar sus campañas de erradicación.

4. Encomendar al Director que adopte todas las medidas oportunas para intensificar y acelerar la campaña de erradicación del *Aedes aegypti*, a fin de alcanzar la meta de la erradicación lo más pronto posible.

(Aprobada en la novena sesión plenaria, celebrada el 2 de septiembre de 1962)

Resolución XXXII**Estado del control de la tuberculosis en las Américas**

LA XVI CONFERENCIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta que el Comité Ejecutivo, en su 36ª Reunión, encomendó al Director que informara al Consejo Directivo sobre las necesidades financieras para la formulación de un plan continental de lucha

¹ Véase el Anexo 5, págs. 100-106.

² *Publicación de la OSP* 246, 3.

³ *Documento Oficial de la OPS* 41, 39.

contra la tuberculosis,¹ y que, posteriormente, la Carta de Punta del Este, en el inciso b. (3) del párrafo 2 de la Resolución A.2,² recomendó que se intensificara el control de esta enfermedad;

Considerando que tanto el Comité de Expertos de la OMS en Tuberculosis como el Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria han hecho una serie de recomendaciones técnicas que podrán ser aplicadas a la solución gradual de este problema;

Considerando que, a pesar de los esfuerzos realizados y de los adelantos obtenidos en el campo médico contra la tuberculosis, los Gobiernos han informado que, debido a esta enfermedad, se les plantea una grave situación;

Teniendo en cuenta que es necesario afrontar el problema de la tuberculosis con esfuerzos mucho mayores en lo que respecta a financiamiento y a aprovechamiento de los recursos disponibles;

Considerando que, para este mejor aprovechamiento, es urgente desarrollar y poner en ejecución planes y programas adecuados de salud pública integrados, dentro de los cuales deben incorporarse los correspondientes a la lucha contra la tuberculosis; y

Considerando que, para formular planes a largo plazo encaminados al control de la enfermedad en las Américas, es urgente impulsar la investigación epidemiológica del problema por todos los medios posibles, especialmente mediante el desarrollo de metodologías adecuadas en proyectos limitados de demostración,

RESUELVE:

1. Acoger con beneplácito el informe presentado por el Director (Documento CSP16/14),³ que demuestra la preocupación de la Oficina por el problema de la tuberculosis en las Américas.

2. Encomendar a los Gobiernos que hagan todos los esfuerzos posibles para dar el mayor impulso a los programas nacionales contra la tuberculosis y que los incorporen a los servicios generales de salud pública.

3. Recomendar a los Gobiernos que recaben de los organismos que proporcionan o intervienen en el financiamiento de la Alianza para el Progreso, la inversión de fondos especiales para abordar el complejo problema de la tuberculosis.

4. Pedir al Director que ayude a los Gobiernos a preparar y desarrollar planes a corto plazo sobre la base de proyectos locales de demostración, que puedan ser respaldados con fondos del UNICEF, y a largo plazo, con fondos nacionales o provenientes de otras fuentes de financiamiento, tomando en cuenta los fundamentos básicos establecidos por el Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria.

5. Encomendar al Director que haga cuantos esfuerzos sean posibles para ayudar a los países en la formación de personal especializado para estos programas.

6. Encomendar al Director que en el programa de investigaciones se dé prioridad a estudios tendientes a la adquisición de un conocimiento más profundo tanto de la magnitud del problema como de sus aspectos económicos y técnicos.

7. Autorizar al Director a que, para la realización de las recomendaciones anteriores, gestione la obtención, a la mayor brevedad posible, de los recursos necesarios.

(Aprobada en la novena sesión plenaria, celebrada el 2 de septiembre de 1962)

¹ Documento Oficial de la OPS 27, 439.

² Documento Oficial de la OEA, Ser. H/XII.1 (esp.) 1961, pág. 31.

³ Véase el Anexo 6, págs. 107-113.

Resolución XXXIII**Actividades de salud desarrolladas de conformidad con la Carta de Punta del Este y proyecciones futuras**

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe del Director sobre las actividades que lleva a cabo la Oficina Sanitaria Panamericana con arreglo a la Carta de Punta del Este (Documento CSP16/7);¹ y

Considerando que estas actividades son de importancia para la salud y el bienestar de los pueblos de las Américas,

RESUELVE:

1. Aprobar el informe del Director sobre las actividades que lleva a cabo la Oficina Sanitaria Panamericana con arreglo a la Carta de Punta del Este (Documento CSP16/7).

2. Encarecer a los Gobiernos que impulsen programas bien planeados y coordinados, concebidos para alcanzar los fines establecidos en la Carta de Punta del Este en materia de salud.

3. Encomendar al Director que continúe facilitando y ampliando los servicios de asesoramiento a los Gobiernos para "la preparación y ejecución de estos planes (de salud)", como establece la Carta de Punta del Este.

4. Encomendar al Director que desarrolle el programa de la Oficina Sanitaria Panamericana en forma que le permita a ésta cumplir la misión que le incumbe de conformidad con la Carta de Punta del Este.

5. Encomendar al Director que haga cuanto le sea posible para conseguir fondos extrapresupuestarios que contribuyan a sufragar el adiestramiento, en planificación, de personal nacional e internacional, así como los programas y proyectos encaminados a realizar los objetivos de la Carta de Punta del Este en materia de salud.

6. Encomendar al Director que adopte las medidas necesarias para asegurar la participación de la Oficina en las encuestas y operaciones de planificación y programación del desarrollo social y económico emprendidas por la Organización de los Estados Americanos, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina u otras organizaciones, multilaterales o bilaterales, de conformidad con la Carta de Punta del Este.

(Aprobada en la novena sesión plenaria, celebrada el 2 de septiembre de 1962)

Resolución XXXIV**Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud,
de interés para el Comité Regional**

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el Documento CSP16/23,² en el que el Director somete a la atención del Comité Regional para las Américas varias resoluciones de la 15ª Asamblea Mundial de la Salud;³ y

Teniendo en cuenta que la Organización Panamericana de la Salud lleva a cabo programas en los mismos campos a que hacen referencia las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud,

¹ Véase el Anexo 11, págs. 139-143.

² Documento mimeografiado.

³ *Act. of. Org. mund. Salud* 118.

RESUELVE:

Tomar nota de las siguientes resoluciones contenidas en el Documento CSP16/23: WHA15.19, Informe sobre la marcha del programa de erradicación del paludismo; WHA15.20, Situación del programa de erradicación del paludismo: posibilidad de acelerar la ejecución del programa mediante contribuciones voluntarias; WHA15.22, Continuación de la ayuda a los nuevos Estados independientes; WHA15.25, Admisión de nuevos Miembros Asociados: Jamaica; WHA15.34, Cuenta Especial para la Erradicación del Paludismo; WHA15.35, Financiamiento del programa de erradicación del paludismo: Criterios para la concesión de bonificaciones aplicables al pago de las contribuciones; WHA15.47, Sellos de correos pro erradicación del paludismo; WHA15.53, Programa de erradicación de la viruela; WHA15.54, Marcha de las actividades que reciben asistencia conjunta de la OMS y del UNICEF; WHA15.56, Decisiones de las Naciones Unidas, los organismos especializados y el Organismo Internacional de Energía Atómica en asuntos de interés para las actividades de la OMS: programa mundial de alimentos; y WHA15.57, Decisiones de las Naciones Unidas, los organismos especializados y el Organismo Internacional de Energía Atómica en asuntos de interés para las actividades de la OMS: Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

(Aprobada en la novena sesión plenaria, celebrada el 2 de septiembre de 1962)

Resolución XXXV

**Tema para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante
la XIV Reunión del Consejo Directivo, XV Reunión del Comité
Regional de la OMS para las Américas**

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando lo dispuesto en los Artículos 1, 2 y 7 del Reglamento de las Discusiones Técnicas;¹ y
Teniendo en cuenta el informe del grupo de trabajo integrado por las Delegaciones de Jamaica, México y Venezuela,

RESUELVE:

Seleccionar el tema "Ideas para la formulación de un plan de control de las infecciones entéricas, incluyendo medidas de saneamiento ambiental, epidemiología, educación para la salud, y de diagnóstico y tratamiento oportuno" para las Discusiones Técnicas que se celebrarán durante la XIV Reunión del Consejo Directivo, XV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

(Aprobada en la novena sesión plenaria, celebrada el 2 de septiembre de 1962)

Resolución XXXVI**Discusiones Técnicas**

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe presentado por el Relator de las Discusiones Técnicas sobre el tema "Estudio del estado actual de la atención médica en las Américas, con miras a su incorporación como servicio básico de programas integrados de salud", celebradas durante la presente Conferencia; y

¹ Documento Oficial de la OPS 47, 81-83.

Considerando la importancia de obtener, para la salud de las Américas, un régimen de integración de sus servicios,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe de las Discusiones Técnicas (Documento CSP16/DT/5, Rev. 2),¹ y expresar su satisfacción por el desarrollo de las mismas.
2. Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que dé la mayor difusión posible al informe mencionado.

(Aprobada en la novena sesión plenaria, celebrada el 2 de septiembre de 1962)

Resolución XXXVII

**Aspectos del abastecimiento de agua y del saneamiento del medio
en los programas de viviendas urbanas y rurales**

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Reconociendo la necesidad de disponer de sistemas de abastecimiento de agua potable y de instalaciones para la eliminación de aguas servidas tanto en los medios urbanos como rurales, a fin de proteger la salud individual y colectiva;

Teniendo en cuenta que la Resolución X de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana² reconoce y define la función que corresponde a las autoridades nacionales de salud en la prestación de dichos servicios y protección de las poblaciones;

Teniendo en cuenta que los aspectos sanitarios fundamentales del abastecimiento de agua y de eliminación de aguas servidas deben ser considerados dentro de los múltiples y complejos factores de la salud en la planificación y mantenimiento de programas y proyectos de vivienda y de desarrollo de la colectividad; y

Considerando que, en algunos casos, los proyectos de vivienda y desarrollo de la colectividad ya ejecutados o iniciados no dedican la debida consideración ni siquiera a las instalaciones básicas de abastecimiento de agua y eliminación de aguas servidas,

RESUELVE:

1. Encarecer a los Gobiernos que faciliten la participación de las autoridades competentes de salud en la planificación y examen de todos los programas y proyectos de viviendas urbanas, ya sean de restauración o de nueva construcción.
2. Alentar a los Gobiernos a que presten la necesaria atención a los aspectos sanitarios de la vivienda rural y de la organización y desarrollo de la colectividad, particularmente en relación con los programas de abastecimiento de agua y de saneamiento del medio.

¹ Publicado en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. LIII, N° 6 (diciembre de 1962), págs. 562-565 y en la *Publicación Científica de la OPS* 70, 100-104.

² Véase págs. 14-15.

3. Encarecer a las autoridades nacionales de salud (ministerios de salud) que asuman las debidas responsabilidades en relación con los aspectos sanitarios de los mencionados programas rurales.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 1 de septiembre de 1962)

Resolución XXXVIII

Lugar de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana

LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Informada de que, con fecha 25 de agosto de 1962, el Gobierno del Uruguay dirigió una comunicación al Presidente de esta Conferencia, ofreciendo dicho país como sede de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, y que, con fecha 27 de agosto de 1962, el Gobierno de Cuba cursó una invitación similar en relación con la designación de la próxima sede; y

Considerando la excepcional circunstancia de que para el próximo cuadrenio está prevista la terminación de las obras del nuevo edificio de la Sede de la Organización Panamericana de la Salud, por lo que el año 1966 ofrecería a la Conferencia la primera oportunidad de tomar posesión del centro capital de las futuras actividades sanitarias internacionales de este Hemisferio,

RESUELVE:

1. Agradecer a los Gobiernos del Uruguay y Cuba los ofrecimientos formulados en relación con la designación de la sede de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana.

2. Dar traslado al Consejo Directivo de las invitaciones recibidas y encomendarle que, en su reunión del año 1964, señale la sede de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, teniendo en cuenta dichas invitaciones, las que pueden recibirse hasta la fecha de la reunión y todas las demás circunstancias pertinentes en relación con la inauguración del nuevo edificio de la Organización Panamericana de la Salud, autorizándole a que adopte las medidas que considere oportunas para llevar a cabo dicha designación.

(Aprobada en la novena sesión plenaria, celebrada el 2 de septiembre de 1962)

Votos de gracias

I. LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Expresa su agradecimiento al Honorable Elmer L. Andersen, Gobernador del Estado de Minnesota; al Honorable Arthur Naftalin, Alcalde de la ciudad de Minneapolis; a la Junta de Gobierno y al personal de la Clínica Mayo y de la Fundación Mayo; al Comité del Estado de Minnesota establecido para la Conferencia y a las distinguidas damas que integran su Sección de Hospitalidad, por la generosa acogida dispensada a las Delegaciones y a la Secretaría, así como por sus numerosas muestras de amabilidad.

Igualmente agradece a la prensa, la radio y la televisión, la amplia difusión que dieron a las actividades de la Conferencia.

II. LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Expresa su agradecimiento al personal de Secretaría por la eficiencia de la labor cumplida.

EN FE DE LO CUAL, el Presidente y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Secretario *ex officio* de la Conferencia, firman el presente Informe Final en los idiomas español e inglés, cuyos textos tendrán igual valor auténtico.

HECHO en Minneapolis, Minnesota, Estados Unidos de América, el día tres de septiembre de mil novecientos sesenta y dos. El Secretario depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana y enviará copias de los mismos a los Gobiernos de la Organización.

MAX TERÁN VALLS
Vicepresidente en funciones
de Presidente de la Conferencia

ABRAHAM HORWITZ
Secretario *ex officio* de la
Conferencia

ANEXOS

Anexo 1

SOLICITUD PRESENTADA POR JAMAICA PARA SU ADMISION COMO MIEMBRO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD¹

La Presidencia tiene el honor de someter a la consideración de los señores Delegados la solicitud presentada por Jamaica para ser admitida como Miembro de la Organización Panamericana de la Salud, junto con la correspondencia cambiada con el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y el informe técnico preparado por la Secretaría en relación a este asunto.

De acuerdo con la decisión tomada en el día de hoy por la Comisión General, este asunto constituirá el primer punto del orden del día de la tercera sesión plenaria, que tendrá lugar mañana jueves, 23 de agosto.

Apéndice I

COMUNICACION DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Minneapolis, 22 de agosto de 1962

Excelentísimo señor
Dr. José Alvarez Amézquita
Presidente de la XVI Conferencia
Sanitaria Panamericana
Minneapolis, Minnesota.

Excelentísimo señor:

Cumpro el encargo que se me encomendó en la comunicación de la Embajada de Jamaica en los Estados Unidos de América, de fecha 10 de agosto corriente, al transmitirle el texto original de la misma para su consideración.

En la mencionada comunicación el Gobierno de Jamaica formula una solicitud de ingreso en la Organización Paname-

ricana de la Salud, de conformidad con el párrafo A del Artículo 2 de la Constitución de la Organización.

El texto de la referida comunicación fue transmitido por cable el 12 de agosto a todos los Gobiernos de la Organización y confirmado posteriormente por carta del 13 de agosto siguiente, que se remitió igualmente a la Organización de los Estados Americanos y al Director General de la Organización Mundial de la Salud.

Al dar cumplimiento a tan honroso encargo, me permito rogarle que tenga a bien indicarme el trámite a dar en la Conferencia a la comunicación del Gobierno de Jamaica.

Aprovecho la oportunidad para reiterarle el testimonio de mi mayor consideración y estima,

(firmado)
Abraham Horwitz
Director de la
Oficina Sanitaria
Panamericana

¹ Documento CSP16/37.

Apéndice II

COMUNICACION DEL ENCARGADO DE NEGOCIOS DE LA EMBAJADA DE JAMAICA EN WASHINGTON

Embajada de Jamaica
2129 Leroy Place, N. W.
Washington, D. C.
10 de agosto de 1962

Dr. Abraham Horwitz
Director de la Oficina
Sanitaria Panamericana
1501 New Hampshire Avenue, N. W.
Washington, D. C.

Estimado Dr. Horwitz:

En nombre del Gobierno de Jamaica, tengo el honor de solicitar el ingreso de Jamaica en la Organización Panamericana de la Salud, de conformidad con el párrafo A del Artículo 2 de la Constitución de la Organización.

El 6 de agosto de 1962 Jamaica pasó a ser Estado independiente responsable de sus asuntos internacionales.

El Gobierno de Jamaica está dispuesto a asumir todas las obligaciones que impone la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud y a cumplir con las disposiciones del Código Sanitario Panamericano, enmendado por el Pro-

toloco Anexo de 1952. Además, Jamaica está dispuesta a contribuir, por medio de una cuota, al apoyo financiero de la Organización.

Antes de conseguir su independencia, Jamaica era Miembro Asociado de la Organización Mundial de la Salud, a la que está afiliada la Organización Panamericana de la Salud. Por otra parte, durante muchos años, a través del Gobierno del Reino Unido y, posteriormente, a través del Gobierno de la antigua Federación de las Indias Occidentales, Jamaica ha estado asociada con la Organización Panamericana de la Salud y ha enviado delegados a anteriores conferencias.

El Gobierno de Jamaica desea ahora ser miembro por derecho propio.

Le agradeceré se sirva transmitir esta comunicación a los Gobiernos de la Organización Panamericana de la Salud y al Presidente de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, para su consideración.

Saluda a usted muy atentamente,

(firmado)
V. H. McFarlane
Encargado de Negocios

Apéndice III

COMUNICACION DEL PRESIDENTE DE LA XVI CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

Minneapolis, 22 de agosto de 1962

Dr. Abraham Horwitz
Director de la Oficina
Sanitaria Panamericana
Minneapolis, Minnesota.

Estimado Dr. Horwitz:

Acuso recibo de su atenta carta de fecha de hoy, en la que me da cuenta de la comunicación recibida del Gobierno de Jamaica en solicitud de ingreso a la Organización Panamericana de la Salud y del original de la misma que la acompaña.

Estima esta Presidencia que se debe transmitir a los señores Representantes la comunicación del Gobierno de Jamaica como documento de la Conferencia, no obstante haberles sido comunicada directamente a los Gobiernos.

Por otra parte, la Secretaría se servirá preparar una nota en relación a los aspectos jurídicos y reglamentarios que plantea la solicitud de ingreso en la Organización del Gobierno de Jamaica. Esta nota, que deberá prepararse a la mayor brevedad, tendrá Ud. la bondad de transmitir una vez aprobada por esta Presidencia a todos los Miembros de la Comisión General. Esta última considerará el caso y la Presidencia adoptará las medidas oportunas para resolverlo.

Aprovecho la oportunidad para reiterarle el testimonio de mi consideración más distinguida,

(firmado)
José Alvarez Amézquita,
Presidente de la XVI Conferencia
Sanitaria Panamericana

Apéndice IV

INFORME TECNICO PREPARADO POR LA SECRETARIA

El Director tiene el honor de informar a la Conferencia que ha recibido una comunicación, de fecha 10 de agosto de 1962, del Encargado de Negocios de la Embajada de Jamaica en Washington, Sr. V. H. McFarlane, en la que presenta, en nombre del Gobierno de Jamaica, una solicitud de ingreso en la Organización Panamericana de la Salud. El texto de esta comunicación fue transmitido a los Gobiernos de la Organización por cable el 12 de agosto y confirmado por carta circular el 13 del mismo mes, y también ha sido transmitido al Presidente de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana.

A falta de disposiciones concretas en los Documentos Básicos de la Organización que establezcan un procedimiento para que dicha solicitud sea examinada por la Conferencia, quizá ésta desee determinar en qué manera procedería considerarla.

Sin perjuicio de las disposiciones que puedan incorporarse posteriormente en los Documentos Básicos de la Organización, respecto a la admisión de nuevos Miembros, se estima que en este caso concreto, la Conferencia podría seguir ciertos principios al considerar la solicitud presentada por el Gobierno de Jamaica. El sencillo procedimiento que se indica a continuación permitiría a esta Conferencia, si así lo decidiera, incorporar Jamaica a la Organización, con lo cual dicho país podría participar inmediatamente en las actividades interamericanas de salud patrocinadas por la Organización, así como beneficiarse de ellas y contribuir a su desarrollo.

El Gobierno de Jamaica ya ha comunicado por escrito al Director su solicitud oficial para ingresar en la Organización Panamericana de la Salud.

Al hacerlo, el Gobierno de Jamaica ha indicado que está dispuesto a asumir todas las obligaciones que impone la Cons-

titución de la Organización Panamericana de la Salud y a cumplir con las disposiciones del Código Sanitario Panamericano, tal como quedó enmendado.

El Gobierno ha declarado, además, que está dispuesto a contribuir, por medio de una cuota, al apoyo financiero de la Organización.

Esta solicitud ha sido transmitida a cada uno de los Gobiernos de la Organización Panamericana de la Salud.

Por lo tanto, teniendo en cuenta estas etapas preliminares, se sugiere que el siguiente procedimiento podría ser adecuado en este caso:

- 1) La solicitud de ingreso de Jamaica debería ser incluida en el programa de temas de la Conferencia como tema adicional, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 9 del Reglamento Interno.

- 2) La Conferencia debería examinar la solicitud en sesión plenaria y votar al respecto. De acuerdo con las disposiciones sobre las votaciones, contenidas en la Constitución y el Reglamento Interno, la solicitud sería considerada como aprobada cuando hubiera recibido el voto afirmativo de una mayoría de los Gobiernos presentes y votantes.

- 3) Después de ser admitido como Miembro, el Gobierno de Jamaica sería oficialmente notificado por el Director e invitado a estar representado por su Delegado en la Conferencia.

- 4) El Director también notificaría la decisión de la Conferencia a los Gobiernos de la Organización Panamericana de la Salud.

Por consiguiente, la solicitud del Gobierno de Jamaica, junto con estas sugerencias, se presenta a la Conferencia para su consideración.

Anexo 2

X INFORME SOBRE EL ESTADO DE LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS¹

Introducción

El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana tiene el honor de presentar a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana el X Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas.

Como ha sido la práctica en años anteriores, en el documento se presenta primero un resumen del estado del programa en general y un análisis de los progresos realizados en cada país. Seguidamente se exponen varios de los problemas técnicos de importancia, sus repercusiones en el progreso futuro y las medidas en vías de estudio o adopción para resolverlos. Por último, se presenta un resumen de los esfuerzos cooperativos de los organismos internacionales en el programa de erradicación de la malaria, con detalles acerca de la participación de la OPS/OMS. Debido a la especial importancia de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, se compara, siempre que es posible, la situación en los diferentes países. Se han incluido cifras correspondientes al período cuadrienal que merecen ser examinadas por la Conferencia.

Los datos de los años anteriores a 1961 han sido tomados de precedentes informes del Director. Para 1961 se han utilizado las respuestas a un detallado cuestionario acerca de la labor de erradicación de la malaria en cada país, así como los informes estadísticos que en relación con la mayoría de los pro-

gramas se presentan todos los meses a la Oficina Sanitaria Panamericana. Esos informes se refieren a los temas específicos de las operaciones de rociamiento, las actividades de evaluación epidemiológica y el movimiento de personal. En caso necesario, los países presentan también informes técnicos especiales sobre estudios entomológicos.

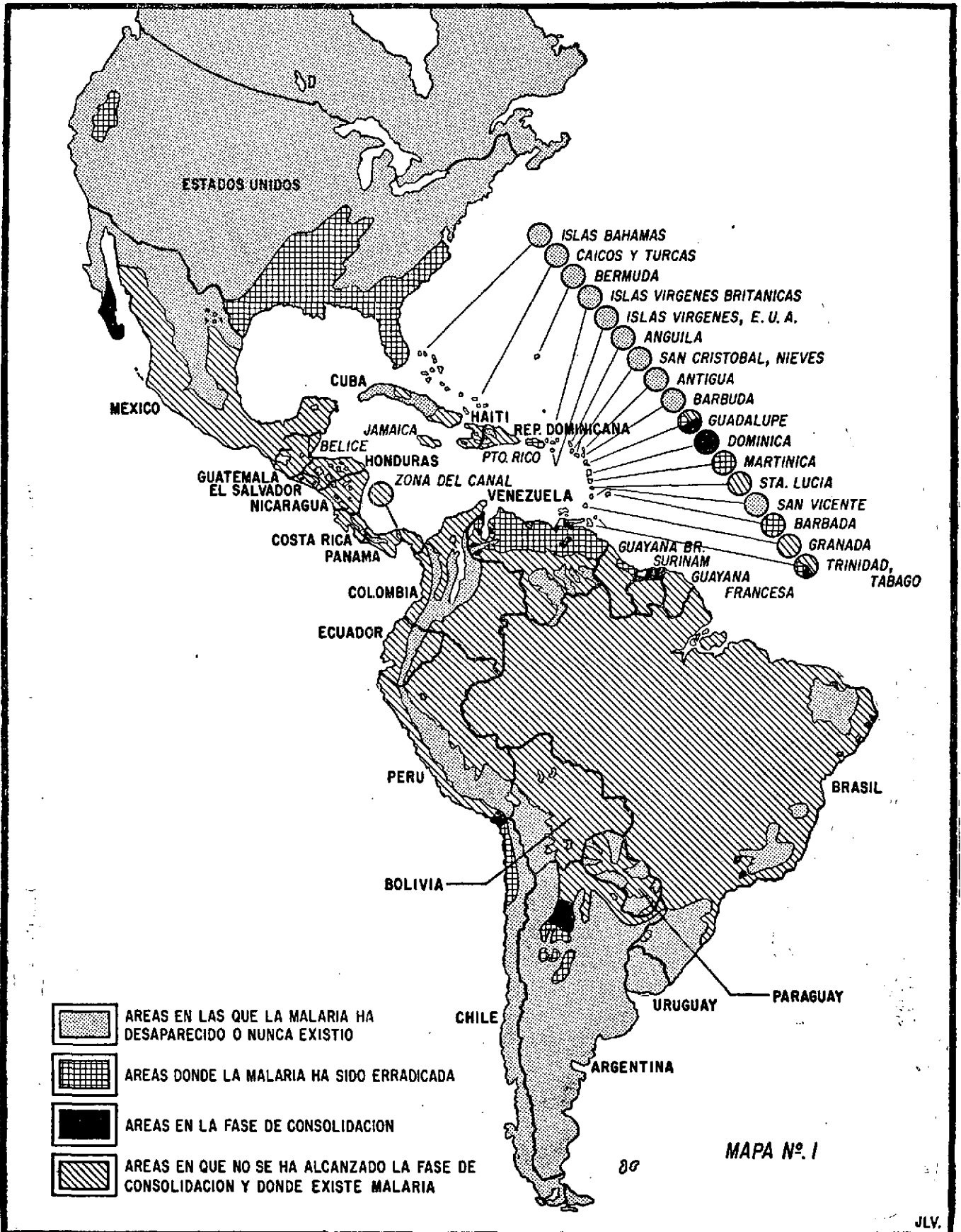
I. ESTADO DEL PROGRAMA DE ERRADICACIÓN DE LA MALARIA

Panorama general

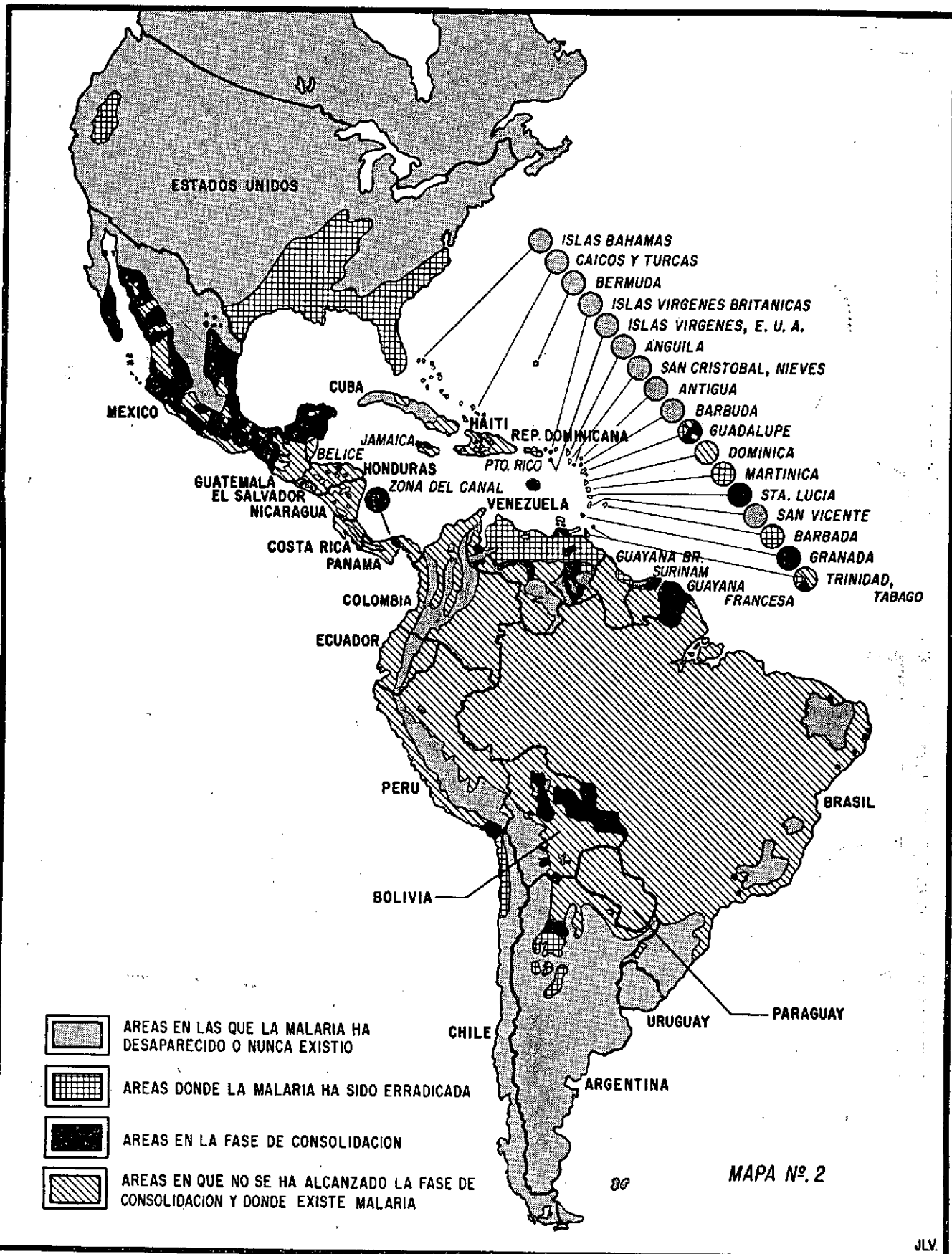
En la mayoría de los casos durante 1961 se mantuvo un progreso firme hacia la erradicación de la malaria en las Américas. De particular importancia fueron los aumentos registrados, con respecto a 1960, de áreas y poblaciones que pasaron a la fase de consolidación. En México, Perú, Venezuela, Guadalupe y Jamaica, nuevas regiones entraron en esa fase, mientras que en Bolivia entró por primera vez en ella una zona del país. Argentina y Venezuela registraron aumentos en las áreas de las que se sostiene que se ha erradicado la malaria.

En cuanto a la iniciación de la fase de ataque, la reorganización del servicio antimalárico y el apoyo presupuestario adecuado y oportuno, en el Brasil, permitieron una gran ampliación de las actividades en comparación con las de 1960. Las actividades de la fase preparatoria se extendieron a todas las re-

¹ Documento CSP16/20.



ESTADO DEL PROGRAMA DE ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS, 31 DICIEMBRE 1958.



ESTADO DEL PROGRAMA DE ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS, 31 DICIEMBRE 1961.

giones del país a medida que se iniciaban las operaciones de reconocimiento y la evaluación epidemiológica, aun antes del rociamiento. Se espera que en 1964 quedarán incorporadas a la fase de ataque las restantes zonas maláricas del Brasil.

En 1961 se puso término a las actividades de la fase preparatoria en Cuba y Haití, países que se preparaban para entrar en la fase de ataque en 1962. En el Paraguay, a consecuencia de los continuos indicios de transmisión de la malaria en zonas de las que antes se había pensado que estaban libres de la enfermedad, fue necesario suspender la fase de ataque en 1961, a fin de poder dedicar todos los esfuerzos a las actividades de la fase preparatoria. En la República Dominicana, la escasez de fondos impidió incluir a todas las áreas en la fase de ataque; pero se espera lograrlo en 1962.

Con cada año de experiencia se hace más patente la pauta de los programas de erradicación de la malaria. Dada la naturaleza de la enfermedad, la campaña para erradicarla requiere una organización de personal muy adiestrado, provista de técnicas administrativas de gran flexibilidad y que goce de prioridad en cuanto a la asignación de fondos a pesar de las demandas de otros organismos gubernamentales. Cuando en salud pública hay una dirección eficaz que ha obtenido esos elementos esenciales para el servicio antimalárico, es posible adiestrar bien al personal, completar los ciclos de rociamiento ateniéndose al plan establecido, con el mínimo de dificultades logísticas, y llevar a cabo las operaciones de evaluación epidemiológica de modo que se pueda medir la desaparición de la malaria de extensas zonas, definir estudios y los límites y la magnitud de las zonas donde subsisten problemas "pertinaces", así como sugerir soluciones. Por desgracia, hay todavía deficiencias orgánicas o administrativas en algunos programas; en tales circunstancias, los servicios antimaláricos tropiezan con grandes dificultades para completar el plan de operaciones fijado, y la transmisión persistente de la enfermedad que permite tales deficiencias, impide ver con claridad problemas de carácter puramente técnico.

A medida que se identifican áreas de problemas difíciles, los estudios malariológicos clásicos pasan a ocupar el lugar que les corresponde en la erradicación de la malaria, complementados con técnicas más modernas para la medición cuantitativa de los factores que intervienen en la persistencia de la transmisión. La Organización colabora en varios

de esos estudios y se prevé que su actividad en este campo irá en aumento.

En 1961 se realizaron, en varias regiones, estudios piloto de medios auxiliares para interrumpir la transmisión. En México, Guatemala, Nicaragua y otros países se emplearon larvicidas, mientras que en una zona limitada de la llanura litoral de El Salvador se efectuó una distribución colectiva de drogas antimaláricas. De estos estudios y de otros actualmente en curso se obtiene importante información sobre técnicas, costos y eficacia; esta información podrá utilizarse en forma más amplia en otras zonas que plantean problemas en los demás países. La solución definitiva en cada caso depende necesariamente de las condiciones locales, y será tarea continua de la Organización la de cooperar en la adaptación de técnicas de eficacia comprobada para eliminar definitivamente la enfermedad.

Magnitud del problema

A fines de 1961, se estimaba que la población que vivía en la zona originalmente malárica (que medía 16.028.976 Km²), era de 147.292.000 habitantes. Se han hecho revisiones de cierta magnitud en los datos relativos a la extensión territorial de la zona malárica en el caso del Brasil, México y Paraguay; se registraron modificaciones de poca importancia en Bolivia, Cuba, Estados Unidos de América, Guatemala, Guayana Francesa y Surinam. En cuanto a las cifras de la distribución del área y población según las fases, Argentina y Venezuela acusaron importantes aumentos en el área que se encontraba en la fase de mantenimiento, es decir, la que habían declarado erradicada de la malaria. En Venezuela, la mayor parte del área ha sido ya inscrita en el registro correspondiente de la Organización. En los cuadros 1 y 2 figuran pormenores de la distribución por área y población, mientras que en el cuadro 3 se compara la distribución porcentual por área y población según la situación del programa en 1958 y 1961.¹

Son particularmente interesantes las cifras referentes a las áreas que se encuentran en la fase de consolidación, cuya población aumentó a 17.879.000 en 1961, lo que representa un incremento del 77 %

¹ Todos los cuadros mencionados en el texto aparecen al final de este anexo.

sobre las cifras de 1960. En comparación con los datos relativos a 1958, se ha registrado un aumento ocho veces mayor en la población correspondiente a esta fase del programa, lo que refleja el progreso continuo logrado en muchas zonas durante los últimos años.

Finalmente, en el mapa 3 se presentan datos sobre el "Registro de áreas de malaria erradicada"; Venezuela es el primer país incluido en él. En el curso de 1962, varios programas terminarán la fase de consolidación; se espera que en informes futuros se podrán hacer constar nuevas inscripciones en el Registro a medida que se avance hacia el objetivo perseguido con estas actividades que abarcan todo el Hemisferio.

Operaciones de campo

En los cuadros 4 a 8 figuran estadísticas sobre el personal empleado en los programas de erradicación de la malaria. En el cuadro 4 se presenta un resumen del personal correspondiente a las categorías generales de operaciones de rociamiento, operaciones epidemiológicas, administración, transporte, etc., durante el período 1958-1961. Es evidente que se va dando mayor importancia a las operaciones de evaluación epidemiológica a medida que progresa la fase de ataque y que un mayor número de programas se acercan a la fase de consolidación o la inician. Aunque el personal empleado en las operaciones de rociamiento disminuyó en 1961 en comparación con la cifra máxima alcanzada en 1960, el empleado en las operaciones epidemiológicas refleja un constante aumento durante el período cuatrienal, ascendiendo en 1961 a más del doble en relación al de 1958. Se observan aumentos particularmente notables en los grupos de evaluadores y microscopistas.

Los cuadros 5 a 8 contienen cifras comparadas para cada categoría y cada país referentes a los años 1958 y 1961. En el cuadro 5, en relación con las operaciones de rociamiento, por ejemplo, se advierte una reducción de personal en Colombia, México y Venezuela al suspenderse el rociamiento en áreas extensas. En cambio, los programas del Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua reflejan aumentos en 1961 en comparación con las cifras de 1958. En esos programas, la fase de ataque se inició con la aplicación de ciclos anuales de dieldrín; la subsiguiente aparición de resistencia y

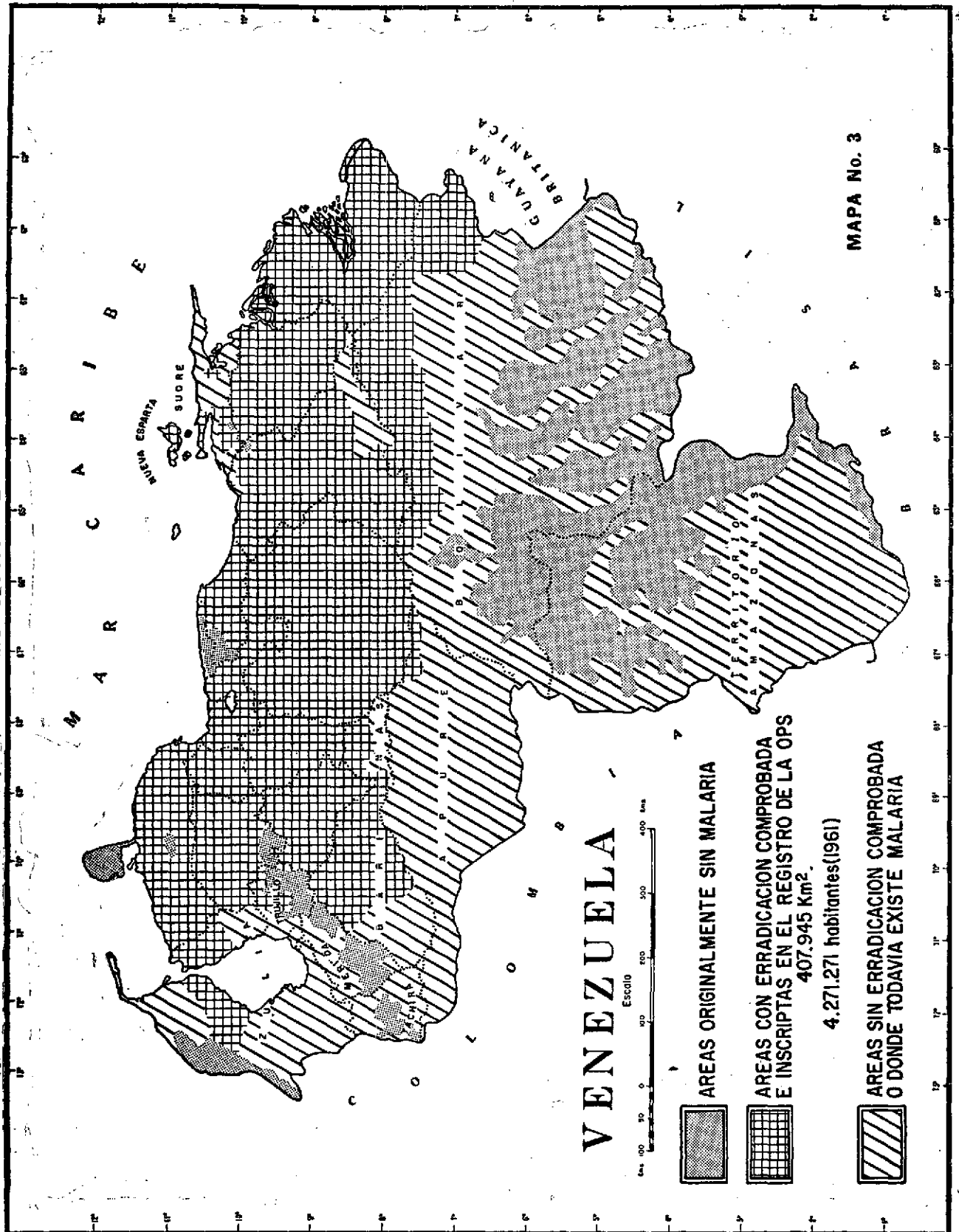
el empleo de DDT en ciclos semianuales obligaron a aumentar el personal encargado de las operaciones de rociamiento.

En el cuadro 6, en cuanto concierne a las operaciones de evaluación epidemiológica, se registran aumentos de personal en casi todos los programas. La evaluación epidemiológica no se ha ampliado a veces con la rapidez que era de desear, ya que los limitados recursos económicos se destinaron principalmente a operaciones de rociamiento durante los primeros años de la fase de ataque. Sin embargo, la comparación de las cifras de 1958 y 1961 revela que se concede cada vez más importancia a las actividades de vigilancia, a medida que los programas adquieren mayor estabilidad financiera y se completa la fase de ataque.

En el cuadro 7 se presentan cifras comparadas acerca del personal administrativo y en el cuadro 8 con respecto al personal empleado en las actividades de transporte. En general, el personal de esas categorías comprende el 19 % y el 9 %, respectivamente, de todos los funcionarios que participan en los programas de erradicación de la malaria.

En el cuadro 9 se indican los tipos y cantidad de los medios de transporte empleados en los programas de erradicación de la malaria. El aumento sobre el número empleado en el Brasil en 1960 refleja el incremento de las operaciones de campo en ese país a medida que se amplían las operaciones de la fase preparatoria y de ataque del programa. En Colombia y Ecuador, el empleo creciente de animales de silla y de carga, en relación con años anteriores, se debe a modificaciones en los tipos de brigadas de campo empleadas. En general, los medios de transporte para llevar a cabo determinado programa no cambian radicalmente de un año a otro de la fase de ataque, aunque en la fase de consolidación se recurre cada vez más a vehículos ligeros como "jeeps", motocicletas y bicicletas a medida que disminuyen las necesidades de transporte de las brigadas de rociamiento.

En los cuadros 10 y 11 se da cuenta de los progresos realizados en las operaciones de rociamiento. Se registra un reducido volumen de operaciones en el caso de Bolivia, México y Jamaica al pasar a la fase de consolidación muchas áreas de esos países. En la República Dominicana no se logró una cobertura total debido a dificultades financieras, mientras que en el Paraguay se suspendió la fase de ataque en marzo de 1961. El consumo de insecticidas



por vivienda acusó pequeñas variaciones en varios programas y lo mismo sucedió respecto a la eficiencia del personal encargado del rociamiento, medida por el número de casas rociadas por hombre y por día. Como se indica en el cuadro 11, el porcentaje de casas sin rociar no revela una marcada diferencia en relación con años anteriores en varios programas, y Costa Rica continuó notificando una cobertura total. Sin embargo, a medida que se entraba en la fase de consolidación en la costa de Surinam y que se atendía al problema en el interior, ha aumentado el porcentaje de casas no rociadas. A este respecto, se realiza una labor especial de educación sanitaria en Surinam y se espera mejorar así la situación.

A partir del presente informe, al describir las actividades de localización de casos en las Américas se indican por separado las correspondientes a las fases de ataque y de consolidación a fin de presentar un análisis más detallado de las actividades llevadas a cabo durante la última fase de la campaña y proporcionar datos sobre la clasificación de los casos hallados.

En el cuadro 12 figuran datos sobre la localización de casos durante la fase de ataque. El porcentaje de positividad encontrado continuó disminuyendo en todos los programas, con excepción de tres. En México, el aumento del número y del porcentaje de casos positivos refleja un muestreo intensivo de zonas que plantean problemas pertinaces y que están todavía en la fase de ataque. En el Paraguay, la extensión de la labor de búsqueda de casos a zonas que se consideraban libres de la enfermedad, ha revelado su transmisión dentro de esas zonas, mientras que en el aumento de positividad influyó la suspensión de las operaciones de rociamiento en marzo de 1961. El ligero incremento que se observa en Surinam se explica por haberse efectuado un muestreo más intensivo en el interior, que es todavía una zona malárica. Este cuadro no refleja la verdadera situación de la malaria en cada país porque en algunos de ellos hay grandes zonas con pocos casos, y en otros se observa una persistencia en la transmisión.

En el cuadro 13 se resumen las actividades correspondientes a la fase de consolidación de los programas que se encuentran en esa fase. En vista de que una parte esencial de las actividades epidemiológicas durante dicha fase se refiere a investigaciones de casos para determinar el origen de la infección, se presentan datos sobre este aspecto del

trabajo. En México, a causa del gran número de infecciones autóctonas registradas durante el primer año de la fase de consolidación en muchas zonas, fue necesario volver a estudiar algunas de éstas en 1962; es posible que tengan que reanudarse las operaciones de rociamiento en las zonas vecinas a las regiones donde persiste la transmisión y se encuentran en la fase de ataque.

Se examinan también las ventajas de la búsqueda pasiva en comparación con la búsqueda activa de casos; el número total de láminas y la positividad que se obtenga con cada uno de esos métodos, son sólo dos de los muchos factores que intervienen en este aspecto. Sin embargo, debido al interés por esos índices de comparación, en el cuadro 14 se presentan datos correspondientes a las fases de ataque y consolidación combinadas. En general, si bien la búsqueda pasiva produce menos láminas por puesto de notificación y por mes que un evaluador activo, el porcentaje de láminas positivas es mayor. Aún falta verificar la eficacia del método en grandes áreas de la fase de consolidación, donde la desaparición general de la malaria puede reducir el número de personas que solicitan tratamiento. No obstante, los datos relativos a Granada y Santa Lucía, por ejemplo, territorios que han estado en la fase de consolidación durante más de dos años, sugieren que el método de búsqueda pasiva puede ser un auxiliar de mucha utilidad durante la fase de consolidación.

En el cuadro 15 se resume el número de láminas examinadas en todo el Hemisferio correspondientes a los años 1958 a 1961 inclusive, y se indican el número y porcentaje de positivas. Aunque carecen de importancia epidemiológica, los datos reflejan la magnitud y creciente importancia de la labor de búsqueda de casos en los programas de erradicación de la malaria en esta región.

El cuadro 16 muestra los gastos realizados por cada país en su programa de erradicación de la malaria. En su mayor parte, el costo estimado del programa para 1962 es superior al de cualquier año anterior, a pesar de las reducciones en las operaciones de rociamiento en varios países. Todas estas economías, y otras más, tuvieron que destinarse a una evaluación epidemiológica muy ampliada (véase el cuadro 6) que hasta ahora se encontraba en situación lamentable desde el punto de vista financiero. A pesar de los aumentos que indica este cuadro, hay que señalar que muchos programas no están todavía adecuadamente financiados, especialmente los

relativos a zonas con el mayor grado de transmisión persistente, que requieren medidas adicionales de ataque, tales como el tratamiento colectivo mediante drogas o la aplicación de larvicidas.

En algunos países donde las operaciones de rociamiento y evaluación epidemiológica estuvieron adecuadamente financiadas durante la fase de ataque, fue posible liberar fondos para otros fines al iniciarse la fase de consolidación.

II. PROBLEMAS TECNICOS ESPECIALES

Resistencia de los anofeles a los insecticidas

La mayoría de los países redujeron la cantidad de pruebas de resistencia a los insecticidas en 1961 en comparación con 1960, tendencia que parece totalmente razonable en vista de la relativa estabilidad

que ha mostrado el fenómeno y el creciente acervo de conocimientos sobre la aparición de cepas resistentes. Brasil, Guatemala y México aumentaron el número de sus informes, de modo que el número de pruebas notificadas con detalle a la OSP varió en realidad muy poco, ascendiendo a 442 las especies locales sometidas a prueba. En los países que notificaron muchas pruebas, un número considerable de ellas eran repeticiones. Comúnmente se observó muy poca variación en la susceptibilidad o el grado de resistencia. En algunos casos se descubrió una nueva localidad con mayor resistencia que la que se había encontrado antes, pero ésta no fue la regla en áreas donde antes se había practicado un número razonable de pruebas.

Se registraron cinco nuevos hallazgos de resistencia, cuatro al DDT y uno al dieldrín, en los países que se indican a continuación:

País	Especie	Insecticida	Porcentaje de resistencia	Investigador
Brasil	<i>A. strodei</i>	DDT	35	Correa y Pereira
Colombia.....	<i>A. albītarsis</i>	DDT	80	Ferrer y P. E. Suárez
República Dominicana	<i>A. albimanus</i>	DDT	3*	G. Ramalho
Venezuela	<i>A. nuñez-tovari</i>	DDT	20	Nocerino y Méndez
"	<i>A. pseudopunctipennis</i>	Dieldrín	75	Blázquez y Pintos

* La línea de regresión es la de la resistencia, no la tolerancia al vigor.

En un solo caso se trataba de una especie nueva, *A. nuñez-tovari*. En ningún caso era generalizada la nueva resistencia. Queda por ver si la resistencia del *A. albītarsis* al DDT impide efectivamente la realización de la erradicación en algunas regiones de Colombia. Es dudoso que los otros casos sean de tal grado, o en vectores que influyan de manera importante en el programa. La resistencia al DDT señalada en la República Dominicana es extremadamente temprana, pero la naturaleza de las pruebas indica que es un caso auténtico de resistencia incipiente. No se espera que aumente apreciablemente en el curso de la campaña, a menos que se apliquen en gran escala procedimientos propios de la agricultura, como el rociado de algodonales utilizando aviones. A falta de presión en cuanto a la selección genética, se ha observado en varios lugares que el porcentaje de individuos resistentes al DDT en una población tiende a disminuir con el tiempo.

En México, el *A. pseudopunctipennis* mostró algunos supervivientes al DDT al 4 % en algunas exposiciones de una hora. En 13 localidades, del 1 al 16 % de esas especies sobrevivieron al DDT al 4 % durante una hora. Al principio se pensó que algunas de éstas representaban una resistencia temprana, pero en el caso extremo, con el 16 % de supervivientes en la prueba de una hora, una serie completa de pruebas de dos horas confirmó completamente que se trataba de tolerancia al vigor. Todos los especímenes murieron al ser expuestos al DDT al 4 % durante dos horas, y se observó una pronunciada línea de regresión. No se considera que éste sea un importante cambio operacional; es un cambio que normalmente vuelve al grado de susceptibilidad anterior con los cambios de estación u otros factores.

En las Américas, el número total de especies de anofeles que se ha comprobado que son resistentes

una o más veces, se eleva actualmente a 10. Son las siguientes:

<i>A. albimanus</i>	<i>A. neomaculipalpus</i>	<i>A. quadrimaculatus</i>
<i>A. albitalarsis</i>	<i>A. niñez-tovari</i>	<i>A. strodei</i>
<i>A. aquasalis</i>	<i>A. pseudopunctipennis</i>	<i>A. triannulatus</i>
	<i>A. punctimacula</i>	

El primer descubrimiento de resistencia a los insecticidas en cada país se indica en el cuadro 17, que también muestra la especie, el insecticida y el porcentaje máximo de mosquitos resistentes.

Métodos de ataque suplementarios

En aquellas áreas donde el rociamiento residual con DDT no logra detener la transmisión, deben usarse métodos de ataque complementarios. La resistencia al DDT sigue creando un serio problema en El Salvador, Guatemala y Nicaragua. Es de área más limitada y de menor grado en Honduras. En el curso de 1960, el grado de resistencia al DDT, medido en El Salvador tanto por medio de pruebas de susceptibilidad como de bioensayo, fue de tal naturaleza que indicó que se puede destruir a un número considerable de anofeles durante gran parte del ciclo de seis meses, aun en casos de resistencia completamente desarrollada. En 1961, ambas pruebas revelaron una tolerancia decididamente mayor al DDT en la cepa de resistencia máxima.

Este cambio ha obligado a realizar investigaciones adicionales acerca del uso del insecticida más caro, el malatión, y del empleo de larvicidas y tratamiento colectivo mediante drogas. El malatión aplicado como rociamiento residual fue ensayado en El Salvador en 1959, y se comprobó que tenía buen poder destructor contra los mosquitos resistentes, pero que en efecto duraba poco en paredes de barro alcalino o sorbente. En aquella ocasión no se midieron sus efectos sobre la incidencia de la malaria. A juzgar por las pruebas de bioensayo, es de suponer que su duración oscile entre menos de dos meses y más de seis, según el tipo de material sobre el cual se rocíe. Más importante es la duración de su actividad para atenuar o interrumpir la transmisión de la malaria; esta cuestión se estudia tanto en Nicaragua como en El Salvador, donde la resistencia al DDT alcanza su máximo.

La primera aplicación de malatión a una zona entera de El Salvador fue la que se efectuó en un área de elevada transmisión, pero el insecticida no

se aplicó hasta noviembre de 1961, coincidiendo más o menos con el cese de las lluvias. La dosis fue sólo de 1 g por m². Desde esa fecha se realizaron regularmente pruebas de bioensayo. Como era de esperar, el blanqueo recién aplicado fue muy perjudicial para el malatión, sin duda a causa de su alcalinidad. Las paredes de barro, que eran muy comunes, generalmente lo inactivaron en unas pocas semanas; las conclusiones se basan en una hora de exposición al depósito de insecticida. El efecto sobre la incidencia de la malaria no pudo evaluarse; lo único que puede decirse es que en menos de seis meses reapareció cierta transmisión en áreas rociadas.

El segundo rociamiento con malatión se aplicó en mayo de 1962, también a razón de 1 g por m². Se aplicó poco antes de que empezaran las fuertes lluvias. Se hizo una investigación completa de cada caso notificado desde enero de 1961, tanto en las áreas de prueba como en las de control. Los efectos de 1 g por m² en las condiciones más adversas podrán observarse en los meses de junio a agosto de 1962 inclusive. Se proyecta un nuevo rociamiento con 2 g por m² si en menos de tres meses reaparece la transmisión en la zona en que se aplicó la dosis de 1 g.

En agosto de 1961 se inició un estudio en mayor escala en una plantación de azúcar en Nicaragua. Se aplicaron 2 g por m². Los resultados iniciales constituyeron tan sólo un estímulo para otros estudios posteriores. Se proyecta extender el ensayo a tres plantaciones usando malatión a 2 g por m² cada 4 meses durante el año. Durante más de un año se realizarán observaciones epidemiológicas para estudiar los efectos de esta medida. En ese período se suspenderán los programas especiales de tratamiento con drogas recientemente empleadas.

1. Larvicidas

Entre los métodos complementarios o que pueden sustituir a otros métodos de ataque de la transmisión de la malaria, deben tomarse en consideración los larvicidas. Su relativa economía depende en general de que se empleen para grandes concentraciones de población y en criaderos limitados. En la ciudad de Managua, los principales criaderos están a lo largo de las orillas del lago. Parece que esa zona es uno de los lugares en que los larvicidas pueden proporcionar una protección más económica

sobre la base del costo *per capita*. En la actualidad se proyecta emplear en ella "verde de París" en gran escala. En otras zonas de problemas difíciles de Nicaragua se intentó el empleo de larvicidas, pero tuvo que suspenderse a causa de la falta de fondos para sufragar los costos locales.

Se observó que los larvicidas clortión y "Baytex" (compuestos organofosforados) resultaron sumamente eficaces en Guatemala en 1961 en el Valle de Sanarate, donde la resistencia al DDT es muy elevada, y en la zona epidémica de la Finca Mocá. En una de las zonas de problemas difíciles de la vertiente mexicana del Pacífico se hizo un ensayo sobre el terreno, pero la zona no se prestaba bien para este método, pues la población estaba dispersa y los criaderos muy diseminados.

En 1962 están en proyecto o en aplicación trabajos antilarvarios, como ataque complementario, en escala mucho mayor en zonas de problemas difíciles de Guatemala y El Salvador. Para evaluar si los larvicidas son idóneos en una situación dada, es necesario un conocimiento más exacto tanto de los costos de los distintos métodos como de los criterios a aplicar para calcular las necesidades de cada proyecto. Son datos que ahora van obteniéndose en esos dos países. En la sección correspondiente al programa AMRO-196 figuran más detalles a este respecto.¹

2. Ataque complementario con drogas

En 1961 se utilizaron dos métodos de empleo de drogas como ataque complementario contra la malaria.

El primero consiste en el uso de métodos especiales de tratamiento para producir una cura radical de todos los casos debidos a *P. vivax*, en los que se considera que las recaídas son una causa destacada de la continuación de la transmisión. En zonas de problemas difíciles de Costa Rica y Nicaragua y, en menor extensión, de Guatemala y Honduras, se obtuvo una reducción muy marcada de la incidencia de malaria. Se emplearon varias drogas y dosificaciones. Parece que ese método ha contribuido a dar el golpe de gracia a la malaria en Belice y Jamaica, donde se empleó especialmente en las fases finales para la limpieza de los últimos focos.

La primaquina es la droga preferida, administrada en una dosis diaria durante 14 días o bien en

dosis semanales durante 8 semanas. En Costa Rica, Honduras y otros países se aplicaron métodos de supervisión aprovechando colaboradores voluntarios, pero no siempre con la eficiencia deseada. Cuando es objeto de supervisión completa, como se ha intentado en Nicaragua y Guatemala, el tratamiento radical puede resultar bastante caro en las zonas rurales.

3. Tratamiento colectivo con drogas

Hay varias indicaciones a favor del tratamiento colectivo con drogas, que ya se utilizó en las zonas de problemas difíciles y se proyecta emplearlo en creciente escala en el futuro.

En Trinidad prosiguió en 1961 el tratamiento mensual con cloroquina más primaquina (iniciado en 1959); se hicieron visitas casa por casa en una población de 40.000 habitantes, a fin de vencer el problema del *A. (Kerteszia) bellator*, vector que pica fuera de las casas. La tasa de aceptación fue muy baja. Inicialmente, sólo el 70 % de la población rural y menos del 50 % de la urbana tomó las drogas ofrecidas; durante la mayor parte de los últimos meses, esa proporción, en conjunto, bajó a un promedio de 30 %. Con todo, el potencial de transmisión fue tan bajo que de hecho cesaron los casos nuevos de malaria después del tercer mes de administración de la droga (marzo de 1960). Los dos últimos casos autóctonos se descubrieron en septiembre de 1960. En 1961 hubo un caso importado de Africa, y el programa quedó terminado con éxito completo a fines de dicho año.

En la Guayana Británica se encontraron 87 casos de malaria debidos a *P. vivax* en una zona de 20 millas de extensión a ambos lados de la parte inferior del río Demerara, cerca de Georgetown, donde la malaria estaba erradicada desde 1955. El brote no fue descubierto hasta fines de julio de 1961. Se atacó con éxito mediante rociamiento y quimioterapia colectiva.

Este episodio constituye el primer acontecimiento importante de reinvasión de una zona limpia y, a la vez, de contraataque con éxito. Sin embargo, la reinvasión no fue muy fuerte. Al principio, la zona era altamente malárica, a causa del *A. darlingi*; pero esta especie quedó erradicada en 1955 mediante rociamientos de acción residual con DDT, y no volvió a aparecer. El reciente brote provocó sólo 87

¹ Véanse págs. 54-56.

casos reconocidos y, al parecer, se debió en parte a una insólita densidad de *A. aquasalis*.

El tratamiento colectivo con sal cloroquinada se empleó también en el interior de la Guayana Británica y en el Valle del Amazonas del Brasil en 1961. En la Guayana Británica hubiera sido posible efectuar un control riguroso. Se construyó una buena planta de elaboración para añadir cloroquina a la sal, y disposiciones legislativas claras exigieron el tratamiento de toda la sal destinada al interior. Sin embargo, los ensayos de la sal encontrada el año pasado en las casas, revelaron sólo un 90 % de sal cloroquinada. En los últimos meses se ha notificado un reducido número de reacciones cutáneas fotosensibles (alrededor de 1 : 1.000), todas o casi todas en amerindios de tez clara. Estas dermatitis son evidentemente localizadas y los casos se recuperan casi igualmente tanto si prosigue como si se interrumpe el uso de la cloroquina. En tres de los casos más graves (1 : 15.000), en la culminación de las reacciones cutáneas surgió algún trastorno de la visión, que no ha desaparecido. En la actualidad es objeto de estudio. Es una clase de reacción que no se había comunicado antes, y posiblemente sea una peculiaridad racial.

Al cabo de más de un año, la sal tratada no ha llegado todavía a todas las localidades, y la reducción de la malaria, aun siendo excelente en algunas zonas, en otras no resulta tan buena como se esperaba.

En el Valle del Amazonas, la distribución de sal cloroquinada prosiguió hasta fines de 1961, cuando se dio término a esa labor. Durante los últimos cuatro meses del año se efectuó un estudio para evaluar los resultados, y, en particular, para determinar la posible presencia de cepas de parásitos de malaria resistentes a la cloroquina. Todavía se están analizando los copiosos datos reunidos u obtenidos en la evaluación, pero no es probable que pueda medirse con claridad la eficacia del programa, porque antes de iniciarse éste se carecía de datos. En unas pocas localidades se encontraron casos en que el parásito, *P. falciparum*, mostró elevada tolerancia a la cloroquina. Si esa tendencia continuara, destruiría todas las perspectivas de tener éxito con la sal cloroquinada. En consecuencia, se proyecta llevar a cabo una campaña de rociamiento en el citado Valle.

El tratamiento colectivo no sólo es útil para limpiar focos residuales en las fases finales de ataque, y focos recrudescientes durante las fases de consoli-

dación o mantenimiento, sino que debe considerarse como posible método complementario en zonas mayores donde el rociamiento de casas y el tratamiento habitual de casos febriles sospechosos —con o sin intentos de tratamiento radical de casos comprobados por *P. vivax*— no logran impedir la transmisión. La causa del fracaso puede ser cualquiera de los factores o una combinación de varios de ellos.

En El Salvador se efectuó un estudio especial a fin de encontrar métodos eficientes para la administración colectiva de drogas en una zona de elevada transmisión y con el objeto de evaluar su eficacia en condiciones de campo. Las zonas de problemas graves de El Salvador presentan no sólo irritabilidad y resistencia de los mosquitos al DDT, sino también un gran movimiento de obreros ambulantes, muchos de ellos alojados en casas rudimentarias o sin casa alguna. La cantidad de personas picadas por mosquitos fuera de las casas y la gran movilidad de los obreros ambulantes, especialmente en la estación de la cosecha del algodón, requerían métodos de ataque que alcanzaran a esa población errática. Para abordar este problema se llevó a cabo un ensayo de campo en la llanura litoral, donde la malaria persistente llegaba a su más alto nivel y en la que el cultivo del algodón determinaba la presencia del máximo número de obreros ambulantes mal alojados. Se dio tratamiento a intervalos de 2 ó 4 semanas durante 14 ó 7 ciclos, respectivamente, en un período de seis meses y medio en que la transmisión era elevada.

El tratamiento empleado fue una tableta combinada de 150 mg de cloroquina más 15 mg de primaquina, con una capa de azúcar. Se dieron tres tabletas de esta clase a los adultos y una cantidad menor a los niños, en proporción al promedio de peso de cada grupo de edad. Todos los tratamientos fueron administrados por empleados a sueldo especialmente adiestrados para tomar historias clínicas, hacer frotis de sangre y llevar registros. Se hicieron encuestas periódicas tanto en las zonas tratadas como en las de control.

Se produjo un descenso de casos muy rápido y marcado, de suerte que después del tercer ciclo casi todos los casos eran de recién llegados o de personas que habían faltado a dos o más tratamientos.

El *P. falciparum* desapareció por completo. La incidencia bajó de 70 por 1.000 a 1 por 1.000, y a cero en los que recibieron más de seis dosis. Con una dosis adecuada, se observó que los ciclos de dos se-

manas eran muy eficaces en zonas de alta incidencia, y los ciclos de cuatro semanas lo eran igualmente donde el potencial de transmisión era bajo.

Se observó que el movimiento de personas registradas como alojadas en casas permanentes era del 2,7 al 3,7 % de la población que entraba y salía de la zona estudiada cada dos semanas. Entre el 30 y el 50 % de los moradores estaban ausentes del hogar durante la visita del distribuidor, de suerte que con sólo visitas domiciliarias pudo alcanzarse únicamente a un 60 %. Dos tercios o más de los ausentes pudieron ser hallados o tratados en las haciendas o fábricas de conservas de pescado donde trabajaban, o bien en las escuelas. El tratamiento en las haciendas fue un complemento necesario de las visitas domiciliarias, y de ordinario resultó mucho más completo y asimismo más eficiente por lo que respecta al número de personas tratadas por hombre-hora. Asimismo, las escuelas y las fábricas de conservas de pescado fueron puntos de administración del tratamiento a la vez necesarios y eficientes. Raras veces fueron las reacciones la causa de una negativa a tomar la droga, y ninguna de ellas revistió gravedad. Las tabletas con una capa de azúcar fueron bien recibidas por personas de todas las edades, y se han uniformado para su empleo futuro.

Con este estudio se ha averiguado que se dispone de un método capaz de eliminar los parásitos *P. falciparum* y *P. vivax* del reservorio humano en un lapso de tiempo relativamente breve, a condición de que haya un porcentaje suficiente de personas que reciban por lo menos un número mínimo de dosis. Dicho porcentaje variará según el potencial de transmisión.

El tiempo para alcanzar el necesario porcentaje de la población con el número mínimo de dosis dependerá, naturalmente, de la frecuencia de los ciclos de tratamiento, pero también dependerá muchísimo del porcentaje de personas tratadas o dejadas de tratar en cada ciclo, de la localización y tratamiento en el ciclo subsiguiente de las personas que no fueron alcanzadas en un tratamiento y, sobre todo, de que se impida la entrada de personas infectadas procedentes de otras zonas.

El tratamiento colectivo como método complementario de ataque será objeto de un gran ensayo sobre el terreno en una zona de problemas difíciles de México en 1962, como preparativo para su empleo en cualquier situación en que sea necesario en el

futuro. También se empleará como ataque complementario en Nicaragua, Guatemala y en seis focos problema de Costa Rica.

III. PROGRAMA DE INVESTIGACIONES SOBRE EL TERRENO DEL DEPARTAMENTO DE ERRADICACIÓN DE LA MALARIA, DE LA OSP

Grupo de estudio epidemiológico (AMRO-220)

El mayor y más importante de los programas de investigaciones sobre el terreno es el del grupo de estudios epidemiológicos, que comenzó sus amplios estudios malariológicos en la zona de problemas difíciles de la llanura litoral de El Salvador, en abril de 1961. El carácter refractario de la malaria en El Salvador se deriva, evidentemente, del empleo intensivo y amplio del DDT y otros insecticidas contra las plagas de insectos de las plantaciones de algodón.

Los estudios comprenden una descripción detallada de las viviendas humanas, que se caracterizan por paredes con abundantes aberturas; las tasas de parásitos de malaria, y la ecología del *A. albimanus*, especialmente en lo que respecta a su relación con el hombre.

Independientemente de su susceptibilidad al DDT, se ha observado que las poblaciones locales de *A. albimanus* tienen la costumbre de entrar en las casas para alimentarse del hombre en ellas, abandonándolas seguidamente, por lo general sin absorber una dosis letal de insecticida de los residuos que quedan en las paredes previamente rociadas. Además la hembra del *A. albimanus* pica al hombre muy a menudo fuera de las viviendas, especialmente en las primeras horas de la noche.

Las observaciones realizadas a lo largo de un año de estudio, proporcionan una explicación de por qué el rociado de acción residual de las casas de la zona con DDT, realizado de manera satisfactoria cada seis meses, no interrumpe la transmisión de la malaria. Además revelan que es indispensable el empleo de métodos adicionales para la erradicación de la malaria si se desea interrumpir su transmisión en zonas de problemas difíciles, donde la enfermedad es refractaria.

Programa de pruebas con insecticidas (AMRO-196)

Fue propósito original de este programa determinar la dosis óptima y el intervalo entre rociamientos

con DDT como insecticida de acción residual, en varios tipos de superficies de pared. También se realizan estudios semejantes con cualquier otro nuevo insecticida disponible. Recientemente, las actividades del programa en El Salvador han sido ampliadas para incluir un estudio piloto sobre larvicidas, que permita valorar la exterminación masiva de larvas como método adicional de erradicación de la malaria, aplicable en zonas de problemas difíciles donde la enfermedad es refractaria.

Para el estudio de la dosificación del DDT y de los intervalos entre rociamientos, así como para observar la actividad del malatión y sus residuos en zonas experimentales, se han empleado las pruebas de bioensayo de la OMS sobre residuos de insecticidas en superficies de pared. En estos bioensayos, se utilizan mosquitos vivos para probar la actividad de los residuos de insecticida sobre las superficies de pared.

Por desgracia, esta prueba no está concebida para proporcionar una información precisa, acerca del efecto de los residuos de insecticidas sobre los mosquitos selváticos que entran en casas previamente rociadas, en busca de su alimento de sangre humana. Si bien la información entomológica obtenida es útil, la evaluación definitiva ha de ser la parasitológica, o sea el examen de la sangre de los residentes en la zona, para averiguar si contiene parásitos de malaria.

Dos distintos grupos de pruebas con insecticidas han estado trabajando simultáneamente: uno en El Salvador, y el otro en las llanuras bajas orientales de Bolivia, en Santa Cruz de la Sierra. Ha terminado el programa de estudios de El Salvador, y ahora se procede a evaluar sus resultados. Los trabajos en Bolivia concluirán en septiembre de 1962.

En Bolivia, los estudios se hicieron en casas que nunca fueron rociadas con DDT ni con otro insecticida de acción residual. Los mosquitos probados fueron los *A. pseudopunctipennis*, cuya población era completamente susceptible al DDT. Se estudiaron cuatro clases de superficie de pared—de madera sin pintar, de paja, de barro y encaladas—encontrándose en todas que el DDT era más efectivo en la dosis de dos gramos por metro cuadrado que en la de un gramo. Sin embargo, para recomendar si las aplicaciones subsiguientes con intervalos semestrales han de ser también con dosis de dos gramos, habrá que aguardar a que termine el estudio, que habrá durado un año.

Los trabajos en El Salvador han sido más amplios y variados, empleándose tanto el malatión como el DDT. Los mosquitos usados en los bioensayos fueron el *A. albimanus*, de dos cepas, una muy resistente al DDT y otra casi del todo susceptible al mismo insecticida.

Con mosquitos susceptibles, se observó que los residuos de DDT en las superficies de pared de madera y paja, muy repetidamente rociadas—aparecían a menudo blancas por los residuos acumulados de DDT—conservaban elevada actividad durante 70 semanas a partir del último rociamiento. La actividad de los residuos en aplicaciones semejantes sobre adobe y barro disminuía constantemente, hasta alcanzar un nivel poco satisfactorio a lo largo de un período similar de observación. Una aplicación de DDT a la dosis de dos gramos por metro cuadrado, a las 72 semanas, dio lugar a un incremento notable, pero transitorio, de la actividad en superficies de adobe y barro.

En un grupo de casas rociadas una vez con DDT a dos gramos por metro cuadrado y observadas durante 32 semanas, los residuos poseían una actividad satisfactoria en superficies de madera o paja. Se comparó en este grupo el barro sorbente con el no sorbente (o menos sorbente). Los resultados fueron insatisfactorios en el barro sorbente y satisfactorios, al parecer, en el no sorbente.

Los estudios con *A. albimanus* resistentes al DDT se hicieron tanto con malatión como con DDT, y aunque dichos mosquitos eran muy resistentes al DDT podían ser exterminados tras obligarlos a un contacto con el insecticida en las condiciones reinantes en las pruebas de bioensayo.

La actividad del DDT de acción residual en casas rociadas una vez con dosis de dos gramos por metro cuadrado se comparó con la actividad en casas sujetas a repetidos rociamientos. Se estudiaron cuatro tipos de superficies de pared: madera, paja, bloques de adobe y barro. Las diferencias entre ambos grupos de casas fueron relativamente pequeñas, aunque bien definidas, indicando acumulación de DDT, cuando las superficies eran de madera y paja; en cambio, en el barro y adobe se obtuvo el mismo resultado tanto con un solo rociamiento como con muchos.

Los grupos de casas fueron observados durante 12 meses, mediante dos ciclos de rociamientos con DDT. Los residuos en las superficies de madera y paja que habían recibido tan sólo dos rociamientos,

resultaron tan activos como los correspondientes a superficies rociadas muchas veces. Se advirtió que en superficies de madera o paja era relativamente lenta la tasa de pérdida de actividad.

Los estudios con malatión se realizaron sobre superficies de pared en casas previamente rociadas muchas veces con DDT. El malatión se aplicó en dosis de un gramo por metro cuadrado, en polvo humectable con agua al 50 %. Los resultados confirmaron los estudios anteriormente realizados—y ya publicados—en El Salvador, en el sentido de que la duración efectiva del malatión era breve, como máximo de dos a tres meses, y esto tan sólo cuando se aplicaba sobre madera o paja. A las 14 semanas, empleando períodos de exposición de una hora, no se halló diferencia entre las superficies rociadas con malatión sobre residuos de múltiples rociamientos con DDT y aquellas que conservaban tan sólo residuos de DDT.

IV. COOPERACIÓN INTERNACIONAL

El cuadro 18 muestra la distribución del personal de la OPS, tanto profesional como técnico, asignado a los distintos países.

El cuadro 19 presenta el número de personas adiestradas en centros internacionales, para trabajar en programas de sus propios Gobiernos. El número de capacitados ha sido muy reducido en 1962 porque los países, hasta cierto punto, cuentan con suficiente personal, excepto Brasil. En dicho país el programa se va ejecutando por etapas, y casi todo el personal se preparará en la Facultad de Higiene y Salud Pública de São Paulo.

En el cuadro 20 se indica el número de becas otorgadas por la Oficina desde 1958 hasta fines de 1961 para viajes de estudio sobre la erradicación de la malaria, y su distribución por países. En este cuadro puede apreciarse que es aún muy útil esta clase de adiestramiento durante el servicio, sobre todo porque proporciona la oportunidad de que quienes participen activamente en el programa de un

país puedan visitar otros programas y observar procedimientos especiales que se hallen en desarrollo en otras partes, antes de ser adoptados por su propio país.

En el cuadro 21 se enumeran las clases y cantidades de suministros y equipo proporcionados por la OPS, debido a que dichos elementos no pudieron obtenerse de ninguna otra procedencia.

El cuadro 22 muestra las cantidades y clases de drogas facilitadas por la OPS y su distribución durante el cuatrienio de 1958-1961.

Al principio se entregaban drogas con el objeto de lograr que los interesados se prestaran a la extracción de muestras de sangre para la localización de casos, pero desde 1960 ha ido en aumento la cantidad de drogas destinadas al tratamiento radical. A partir de 1961, la OPS comenzó a proveer a ciertos países de tabletas combinadas de cloroquina y primaquina, con una capa de azúcar, destinadas al tratamiento colectivo con drogas.

El cuadro 23 muestra la cantidad y procedencia de las contribuciones internacionales destinadas al programa de erradicación de la malaria.

En el cuadro 23 se pueden observar los distintos países que han recibido la colaboración de cada una de las organizaciones internacionales. En los últimos cuatro años, la OPS ha cooperado en 28 programas de los países, de los cuales la OMS/AT ha colaborado en 12, el UNICEF en 23 y la AID en 11.

Indudablemente, las mayores contribuciones son las de los propios Gobiernos, pero puede observarse que las cantidades aportadas por las organizaciones internacionales son de cierta consideración. Además, teniendo en cuenta el número de programas en los países a los que prestan su cooperación, es evidente que dichas organizaciones desempeñan un papel de primera importancia en el programa de erradicación en el Hemisferio. La sincera colaboración de cada una de las organizaciones internacionales con los diversos Gobiernos y entre ellas mismas ha contribuido de modo importante a que la campaña se desarrollara en forma ordenada.

Cuadro 1—Estado de la erradicación de la malaria en las Américas, por población, 1958-1961^a
(Población en millares de habitantes)

País u otra unidad política	Población total		Población de las áreas maldricas iniciales										
			Total		Erradicación anunciada (fase de mantenimiento)		Fase de consolidación		Fase de ataque		Fase preparatoria		
	1958	1961	1958	1961	1958	1961	1958	1961	1958	1961	1958 ^b	1961	
Argentina	20.256	21.746	2.289	2.363	256	924	743	41	537	1.398	753	—	—
Bolivia	3.305	3.538	1.116	1.250	—	—	—	461	1.116	789	—	—	—
Brasil	63.102	70.528	33.035	36.957	3.171	3.622	—	4.000	—	3.831	29.864	25.504	—
Canadá	17.048	17.814 ^c	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Colombia	13.522	14.446	9.787	10.188	—	—	—	(^d)	9.787	10.188 ^d	—	—	—
Costa Rica	1.072	1.225	345	409	—	—	—	—	345	409	—	—	—
Cuba	6.466	6.827	—	1.836	—	—	—	—	—	—	—	—	1.836
Chile	7.314	7.802	117	125	117	125	—	—	—	—	—	—	—
Ecuador	4.007	4.743	1.993	2.227	—	—	—	—	1.993	2.227	—	—	—
El Salvador	2.434	2.706	1.440	1.885	—	—	—	—	1.440	1.885	—	—	—
Estados Unidos de América	174.231	182.953	42.861	43.700	42.861	43.700	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala	3.549	3.886	1.478	1.770	—	—	—	—	1.478	1.770	—	—	—
Haití	3.426	4.247	2.455	3.276	—	—	—	—	—	—	2.455	3.276	—
Honduras	1.822	2.018	1.311	1.409	—	—	—	—	1.311	1.409	—	—	—
México	32.348	35.572	16.620	18.592	—	—	59	11.721	16.561	6.871	—	—	—
Nicaragua	1.376	1.552	1.220	1.486	—	—	—	—	1.220	1.486	—	—	—
Panamá	995	1.076	970	1.033	—	—	—	—	970	1.033	—	—	—
Paraguay	1.672	1.808	759	1.521	—	—	—	—	759	(^e)	—	1.521 ^a	—
Perú	10.213	10.365	4.604	3.019	—	—	14	47	3.320	2.972	1.270	—	—
República Dominicana	2.791	3.137	2.418	2.552	—	—	—	—	2.418	1.276	—	1.276	—
Uruguay	2.710	2.827 ^o	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Venezuela	6.320	7.604	4.517	5.696	3.294	5.203 ^f	703	173	520	320	—	—	—
Antigua	56	59 ^c	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Antillas Neerlandesas	193	190 ^c	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bahamas	138	105 ^c	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Barbada	234	232 ^c	232	228	232	228	—	—	—	—	—	—	—
Belize	86	93	86	93	—	—	—	—	86	93	—	—	—
Bermuda	43	47 ^g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dominica	64	59	52	10	—	—	52	—	—	10	—	—	—
Granada	92	89 ^c	34	37	—	—	—	37	28	—	6	—	—
Guadalupe	257	270	214	244	35	58	129	186	50	—	—	—	—
Guayana Británica	533	575	500	575	430	515	—	—	67	60	3	—	—
Guayana Francesa	30	32	29	32	—	—	—	27	29	5	—	—	—
Islas Malvinas	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Islas Vírgenes (Reino Unido)	8	8 ^g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Islas Vírgenes (E.U.A.)	24	34	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jamaica	1.627	1.650	1.303	1.045	—	—	—	761	1.303	284	—	—	—
Martinica	262	277 ^c	170	176	170	176	—	—	—	—	—	—	—
Montserrat	14	15 ^c	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Puerto Rico	2.282	2.406	2.265	2.391	2.265	2.391	—	—	—	—	—	—	—
San Cristóbal-Nieves-Anguila	58	60 ^g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
San Pedro y Miquelón	5	5 ^g	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
San Vicente	82	84 ^c	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santa Lucía	92	86	74	72	—	—	—	72	74	—	—	—	—
Surinam	275	300	275	185	—	—	136	115	139	70	—	—	—
Trinidad y Tabago	785	868	785	868	35	37	160	197	590	634	—	—	—
Zona del Canal de Panamá	55	42	55	42	—	—	—	41	55	1	—	—	—
Total	387.276	416.008	135.409	147.292	52.866	56.979	1.996	17.879	46.196	39.021	34.351	33.413	—

(a) Las cifras se refieren a la población censada en 1958 y 1961 o a la población estimada a mediados de los mismos años, salvo que se indique lo contrario.

(b) Fase preparatoria o áreas no rociadas regularmente.

(c) Cifra estimada de 1960.

(d) El rociamiento ha sido suspendido en algunas ciudades, pero no se considera todavía que han entrado en la fase de consolidación.

(e) 135.000 habitantes protegidos durante 3 meses solamente, incluidos en la fase preparatoria.

(f) 4.271.271 habitantes en áreas de malaria erradicada inscritas en el Registro de la OPS.

(g) Cifra estimada de 1959.

... No se dispone de datos
— Ninguna.

Cuadro 2—Estado de la erradicación de la malaria en las Américas, por área, 1958-1961
(Área en Km²)

País u otra unidad política	Área total		Áreas maláricas iniciales									
			Total		Erradicación anunciada (fase de mantenimiento)		Fase de consolidación		Fase de ataque		Fase preparatoria	
	1958	1961	1958	1961	1958	1961	1958	1961	1958	1961	1958 ^a	1961
Argentina.....	4.011.594 ^b	4.011.594 ^b	270.000	270.400	26.200	40.100	23.000	16.490	70.800	213.810	150.000	—
Bolivia.....	1.098.581	1.098.581	842.018	824.260	—	—	—	297.489	842.018	526.771	—	—
Brasil.....	8.513.844	8.513.844	7.448.997	7.338.759 ^c	41.164	41.164	—	136.969	—	3.628.861	7.407.833	3.371.000
Canadá.....	9.974.375	9.974.375	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Colombia.....	1.138.355	1.138.338	1.026.433	1.026.433	—	—	—	(^d)	1.026.433	1.026.433 ^d	—	—
Costa Rica.....	50.900	50.900	31.526	31.526	—	—	—	—	31.526	31.526	—	—
Cuba.....	114.524	114.524	—	37.376	—	—	—	—	—	—	—	37.376
Chile.....	741.767	741.767	55.287	55.287	55.287	55.287	—	—	—	—	—	—
Ecuador.....	270.670	291.906	153.766	152.862	—	—	—	—	153.766	152.862	—	—
El Salvador.....	20.000	21.146	19.310	19.300	—	—	—	—	19.310	19.300	—	—
Estados Unidos de América.....	9.346.751	9.346.751	2.257.809	2.255.891	2.257.809	2.255.891	—	—	—	—	—	—
Guatemala.....	108.889	108.889	80.380	80.350	—	—	—	—	80.380	80.350	—	—
Haití.....	27.750	27.750	19.098	19.098	—	—	—	—	—	—	19.098	19.098
Honduras.....	112.088	112.088	87.383	87.389	—	—	—	—	87.383	87.389	—	—
México.....	1.969.269	1.969.367	978.185	1.147.564	—	—	36.790	860.564	941.395	287.000	—	—
Nicaragua.....	148.000	148.000	127.199	131.000	—	—	—	—	127.199	131.000	—	—
Panamá.....	74.470	74.470	68.497	68.497	—	—	—	—	68.497	68.497	—	—
Paraguay.....	406.752	406.752	42.286	406.752	—	—	—	—	42.286	—	—	406.752
Perú.....	1.249.049	1.249.094	943.228	943.228	—	—	5.110	14.551	237.478	928.677	700.640	—
Rep. Dominicana.....	48.734	48.279	41.010	39.219	—	—	—	—	41.010	19.610	—	19.609
Uruguay.....	186.928	186.928	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Venezuela.....	912.050	912.050	600.000	600.000	400.414	430.920 ^e	43.712	44.786	155.874	124.294	—	—
Antigua.....	280	280	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Antillas Neerlandesas	961	961	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bahamas.....	11.396	11.396	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Barbada.....	431	431	430	430	430	430	—	—	—	—	—	—
Belice.....	22.965	22.965	22.965	22.965	—	—	—	—	22.965	22.965	—	—
Bermuda.....	53	53	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dominica.....	789	790	640	152	—	—	640	—	—	152	—	—
Granada.....	344	344	185	186	—	—	—	186	151	—	34	—
Guadalupe.....	1.780	1.780	1.136	1.136	69	69	752	1.067	315	—	—	—
Guayana Británica.....	215.800	214.970	214.970	214.970	4.921	5.180	—	—	19.684	209.790	190.365	—
Guayana Francesa.....	91.000	86.000	90.000	86.000	—	—	—	86.000 ^f	90.000	(^g)	—	—
Islas Malvinas.....	11.961	11.961	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Islas Vírgenes (Reino Unido).....	174	174	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Islas Vírgenes (E.U.A.).....	344	344	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jamaica.....	12.188	11.293	10.319	8.912	—	—	—	4.071	10.319	4.841	—	—
Martinica.....	1.102	1.102	300	300	300	300	—	—	—	—	—	—
Montserrat.....	83	84	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Puerto Rico.....	8.897	8.897	8.865	8.865	8.865	8.865	—	—	—	—	—	—
San Cristóbal - Nie- ves - Anguila.....	396	396	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
San Pedro y Mique- lón.....	240	240	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
San Vicente.....	389	389	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santa Lucía.....	616	603	580	516	—	—	—	516	580	—	—	—
Surinam.....	143.470	142.822	143.470	142.803	—	—	3.320	1.534	140.150	141.269	—	—
Trinidad y Tabago.....	5.128	5.118	5.118	5.118	295	295	26	26	4.797	4.797	—	—
Zona del Canal de Panamá.....	1.432	1.432	1.432	1.432	—	—	—	1.432 ^f	1.432	(^g)	—	—
Total.....	41.057.557	41.072.216	15.592.822	16.028.976 ^e	2.795.754	2.838.501	113.350	1.465.681	4.215.748	7.710.194	8.467.970	3.853.835

(a) Fase preparatoria o áreas no rociadas regularmente.

(b) Incluye la "Antártida".

(c) Incluye algunas áreas no clasificadas separadamente por fase.

(d) El rociado ha sido suspendido en 12.295 Km² que corresponden al área de algunas grandes ciudades, pero no se considera aún que han entrado en la fase de consolidación; se incluye un área de 13.338 Km² en la que el rociado se hace irregularmente o no se hace.

(e) De los cuales, 407.945 Km² están inscriptos en el Registro de la OPS.

(f) Se continúa el rociamiento en una parte limitada del área indicada en la fase de consolidación.

... No se dispone de datos.

— Ninguna.

Cuadro 3—Distribución porcentual comparada de la población y el área de las Américas en 1958 y 1961, según el estado de la erradicación de la malaria

Estado de la erradicación	Distribución porcentual			
	Población*		Área*	
	1958 ^b	1961	1958 ^b	1961
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Área no malárica	63,4	64,6	60,8	59,8
Áreas maláricas iniciales	36,6	35,4	39,2	39,9
Fase preparatoria	10,5	8,0	21,3	9,7
Fase de ataque	11,9	9,4	10,6	19,4
Fase de consolidación	0,5	4,3	0,3	3,7
Fase de mantenimiento	13,7	13,7	7,0	7,1

(a) Excluyendo la "Antártida".

(b) Cifras corregidas de acuerdo con la información recibida posteriormente.

Cuadro 4—Personal empleado en los programas de erradicación de la malaria en las Américas, 31 de diciembre de 1958, 1959, 1960 y 1961, por categorías
(El personal a tiempo parcial se indica entre paréntesis)

Título		1958 ^a	1959 ^b	1960	1961
OPERACIONES DE ROCIADO	Ingenieros	93 (3)	92	115 (1)	123 (2)
	Jefes de sector	390 (2)	427	417	377 (2)
	Jefes de brigada	1.352 (4)	1.399	1.495 (2)	1.288 (2)
	Rociadores	6.830 (16)	7.487	7.718 (20)	5.847 (40)
	Dibujantes	77	89	105	99
	TOTAL	8.742 (25)	9.494	9.850 (23)	7.714 (46)
OPERACIONES EPIDEMIOLÓGICAS	Médicos	242 (28)	245	263 (15)	290 (15)
	Entomólogos	37 (1)	25	27 (1)	21 (2)
	Ayudantes de entomólogos	82 (1)	129	151 (2)	166 (14)
	Estadísticos y estadísticos auxiliares	41	51	93	91
	Inspectores de evaluación	133 (2)	231	309 (8)	355 (2)
	Evaluadores	1.142	1.360	2.575 (5)	2.813 (8)
	Microscopistas	308 (4)	383	470 (13)	503 (12)
TOTAL	1.985 (36)	2.424	3.888 (44)	4.239 (53)	
ADMINISTRACIÓN Y OTROS	Administradores	66 (1)	81	96 (1)	82 (2)
	Auxiliares de administración	324	412	559	460
	Contadores	4 (1)	7	2	8
	Oficiales de pago	42 (1)	51	64	65
	Encargados de almacén	77 (1)	90	94 (1)	90
	Auxiliares de almacén	47	88	91	95
	Secretarios	424	421	379	427 (1)
	Otros	1.287 (129)	1.888	1.962	1.922 (2)
TOTAL	2.271 (133)	3.038	3.247 (2)	3.149 (5)	
TRANSPORTE	Mecánicos y auxiliares mecánicos	231 (4)	265	288	286
	Chóferos	844 (2)	862	1.096	967 (3)
	Conductores de lancha	113 (2)	125	151	204
	Barqueros	75	36	62	37
TOTAL	1.263 (8)	1.288	1.597	1.494 (3)	
TOTAL GENERAL	14.261 (202)	16.244	18.582 (69)	16.596 (107)	

(a) Cantidades revisadas.

(b) Comprende el personal empleado a tiempo parcial.

Cuadro 5—Personal empleado en las operaciones de rociamiento en los programas de erradicación de la malaria en las Américas, el 31 de diciembre de 1958 y el 31 de diciembre de 1961^a

(El personal a tiempo parcial se indica entre paréntesis)

País u otra unidad política	Total		Ingenieros		Jefes de sector		Jefes de brigada		Rociadores		Dibujantes	
	1958	1961	1958	1961	1958	1961	1958	1961	1958	1961	1958	1961
	Argentina	136	204	1	3	9	10	28	27	93	160	5	4
Bolivia	241	207	3	7	32	25	47	12	153	163	1	—
Brasil (excl. São Paulo)	835	835	—	22	—	35	—	147	—	631	—	—
Brasil (São Paulo)	189	615	(2)	7	12	19	55	90	122	487	—	12
Colombia	1,658	943	23	9	43	46	151	61	1,418	810	23	17
Costa Rica	99	107	2	2	3	3	15	16	78	85	1	1
Cuba ^b	—	81	—	1	—	19	—	61	—	—	—	—
Ecuador	501	579	2	9	15	27	50	102	—	440	2	1
El Salvador	266	396	1	1	12	18	49	74	204	301	—	2
Guatemala	290	524	2	1	6	16	21	78	261	426	—	3
Haití ^c	330	15	7	6	13	—	63	—	247	—	—	9
Honduras	184	291	—	—	10	10	29	47	145	234	—	—
México	2,610	906	36	42	101	46	457	168	1,997	630	19	20
Nicaragua	153	280	—	—	6	8	22	45	125	226	—	1
Panamá	172	159	1	—	7	7	27	29	136	122	1	1
Paraguay ^d	105	39	1	3	4	5	16	25	83	—	1	6
Perú	425	392	7	7	22	16	65	75	324	286	7	8
República Dominicana	183	134	2	2	6	6	28	22	146	103	1	1
Venezuela	702	413	4	1	48	20	122	66	520	318	8	8
Belize	48	20	—	—	8	1	10	4	30	15	—	—
Dominica	1	5	1	—	—	1	—	—	—	4	—	—
Granada ^e	13	1	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—
Guadalupe	37	37	—	—	—	1	6	6	30	30	—	—
Guayana Británica	63	22	—	—	—	1	9	5	53	16	(5)	—
Guayana Francesa	29	21	—	—	—	1	9	6	20	15	(15)	—
Jamaica	201	220	—	—	19	16	33	56	149	148	—	—
Santa Lucía ^f	26	—	—	—	2	—	4	—	20	—	—	—
Surinam	74	92	—	—	4	10	13	14	56	67	1	1
Trinidad y Tabago	206	176	—	—	5	10	21	32	173	130	7	4
Zona del Canal de Panamá	(23)	(25)	(1)	(1)	(2)	(2)	(4)	(2)	(16)	(20)	—	—
Total	8,742 (25)	7,714 (46)	93 (3)	123 (2)	390 (2)	377 (2)	1,352 (4)	1,268 (2)	6,830 (16)	5,847 (40)	77	99

(a) Cantidades revisadas correspondientes a 1958.

(b) Programa en la fase preparatoria en 1961.

(c) Programa suspendido en 1959-1960; nuevo programa en estudio durante 1961.

(d) Programa suspendido en marzo de 1961; nuevo programa en estudio durante el mismo año.

(e) En la fase de consolidación desde febrero de 1960.

(f) En la fase de consolidación desde octubre de 1959.

... No se dispone de datos.

— Ninguno.

Cuadro 6—Personal empleado en las operaciones epidemiológicas de los programas de erradicación de la malaria en las Américas, el 31 de diciembre de 1958 y el 31 de diciembre de 1961*
(El personal a tiempo parcial se indica entre paréntesis)

País u otra unidad política	Total		Médicos		Entomólogos		Ayudantes de entomólogo		Estadísticos y estadísticos auxiliares		Inspectores de evaluación		Evaluadores		Microscopistas	
	1958	1961	1958	1961	1958	1961	1958	1961	1958	1961	1958	1961	1958	1961	1958	1961
Argentina	116 (2)	144	7 (2)	10	—	1	6	2	15	10	77	92	16	23		
Bolivia	54	143	12	9	1	1	3	—	—	—	22	104	13	18		
Brasil (excluido São Paulo)	...	197	...	43	...	5	9	—	—	—	...	83	...	32		
Brasil (São Paulo)	28(17)	155	(17)	15	—	—	11	—	2	25	...	54	...	51		
Colombia	250	559	29	34	1	1	7	4	3	58	183	406	25	49		
Costa Rica	31	40	1	1	—	—	3	2	2	3	18	22	6	7		
Cuba ^b	25	...	...	8	...	...	3	...	...	...	...	7	...	7		
Ecuador	67	125	10	11	—	1	3	5	8	10	30	62	14	22		
El Salvador	36	52	2	3	1	1	2	4	1	4	20	29	4	10		
Guatemala	31	103	3	3	1	1	12	2	2	6	11	66	11	13		
Haití ^c	55	63	5	9	1	1	3	3	6	6	25	24	15	8		
Honduras	41	75	2	1	1	1	3	—	—	—	18	44	19	18		
México	402	1,526	112	94	4	1	29	29	2	2	182 ^a	1,190	40	91		
Nicaragua	31	74	4	4	1	1	5	5	—	—	15	44	6	9		
Panamá	45	45	1	1	1	1	3	3	—	—	25	24	12	11		
Paraguay ^d	20	51	4	6	—	—	5	5	—	—	—	19	9	9		
Perú	129	197	14	15	8	1	6	6	11	15	70	104	26	41		
Rep. Dominicana	27	20	2	2	1	1	2	—	4	5	14	7	4	5		
Venezuela	470	375	25	14	2	2	32	—	7	7	353	240	43	32		
Belice	10	10	1	1	—	—	—	—	—	—	1	5	—	2		
Dominica	15 (6)	6 (1)	6 (6)	1 (1)	—	—	—	—	—	—	13	5	—	1		
Granada ^e	4 (1)	7 (1)	1 (1)	1 (1)	—	—	—	—	—	—	3	6	1	1		
Guadalupe	12 (2)	11 (5)	1	2	1	1	—	—	—	—	1	4(5)	—	3		
Guayana Británica	3	21 (1)	1	1	1	—	—	—	1	—	—	18	1	2		
Guayana Francesa	2	1 (2)	1	1 (1)	—	(1)	—	—	—	—	—	—	—	—		
Jamaica	34	72	3	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Santa Lucía ^f	4 (1)	6 (1)	1 (1)	1 (1)	—	—	—	—	—	—	16	48	14	—		
Surinam	11 (1)	39	1	1	—	—	—	—	—	—	3	5	1	—		
Trinidad y Tabago	57	97	1	1	1	—	16	—	—	—	7	30	3	4		
Zona del Canal de Panamá	(6)	(42)	(1)	(10)	(1)	(1)	—	—	—	—	—	71	7	10		
Total	1,985(36)	4,239(53)	242(28)	290(15)	37 (1)	21 (2)	82 (1)	166(14)	41	355 (2)	1,142	2,813(8)	308 (4)	503(12)		

(a) Cantidades revisadas correspondientes a 1958.

(b) Programa en la fase preparatoria en 1961.

(c) Programa suspendido en 1959-1960; nuevo programa en estudio durante 1961.

(d) Función desempeñada por médicos malariólogos auxiliares.

(e) Técnicos de campo.

(f) Programa suspendido en marzo de 1961; nuevo programa en estudio durante el mismo año.

(g) En la fase de consolidación desde febrero de 1960.

(h) En la fase de consolidación desde octubre de 1959.

... No se dispone de datos.

— Ninguno.

Cuadro 7—Personal empleado en los servicios administrativos y afines en los programas de erradicación de la malaria en las Américas, el 31 de diciembre de 1958 y el 31 de diciembre de 1961^a

(El personal a tiempo parcial se indica entre paréntesis)

País u otra unidad política	Total		Administradores		Auxiliares de administración		Contadores		Oficiales de pago		Encargados de almacén		Auxiliares de almacén		Secretarios		Otros	
	1958	1961	1958	1961	1958	1961	1958	1961	1958	1961	1958	1961	1958	1961	1958	1961	1958	1961
Argentina.....	148	(2)	1	3	84	78	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bolivia.....	73		12	6	12	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Brasil (excluido São Paulo).....	49	
Brasil (São Paulo)	237		1	14	...	85	10	9
Colombia.....	323		1	1	15	8	—	—	21	18	21	10	6	71	83	236	165 ^b	
Costa Rica.....	30		1	1	2	3	—	—	—	1	1	1	—	5	5	21	221	
Cuba.....
Ecuador.....	60		1	8	3	—	—	—	6	7	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador.....	13		1	1	1	5	—	—	1	1	8	2	1	—	8	38	60	
Guatemala.....	18		1	—	4	16	—	—	1	2	1	2	1	6	9	9	37	
Haití.....	99		4	4	25	2	—	—	—	2	—	—	—	6	6	64	35	
Honduras.....	16		1	1	4	8	—	—	1	1	2	—	—	6	16	64	266	
México.....	613		11	11	120	173	—	—	15	10	15	26	25	124	110	304	23	
Nicaragua.....	31		—	1	11	1	—	—	1	1	1	8	—	4	4	20	63	
Panamá.....	26		1	1	—	—	—	—	—	1	1	2	—	9	8	15	17	
Paraguay.....	28		1	1	—	—	—	—	—	1	1	1	—	1	3	24	16	
Perú.....	85		6	1	34	40	1	1	6	7	5	6	5	13	18	21	55	
Rep. Dominicana.....	15		1	1	2	3	—	—	—	1	1	1	1	6	1	4	1	
Venezuela.....	354		21	21	3	3	—	—	1	16	16	5	5	123	125	183	208	
Belice.....	4		1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	2	1	
Dominica.....	1	(10)	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Granada.....	1	(1)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Guadalupe.....	9	(1)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Guayana Británica.....	6		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Guayana Francesa.....	1		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Jamaica.....	46	(13)	—	2	1	2	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	
Santa Lucía.....	3		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Surinam.....	7	(2)	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Trinidad y Tabago.....	24		—	1	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Zona del Canal de Pa- namá.....	(104) ^h	(2)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Total.....	2,271	(133)	66	(1)	324	460	4	(1)	65	77	(1)	90	47	424	(1)	1,287	(129)	1,922
			66	(1)	82	(2)	8		42	(1)		95		427	(1)	1,287	(129)	1,922

(a) Cantidades revisadas correspondientes a 1958.
(b) Se incluye algún personal del programa de control de la enfermedad de Chagas.
(c) Programa en la fase preparatoria en 1961.
(d) Programa suspendido en 1959-1960; nuevo programa en estudio durante 1961.
(e) Programa suspendido en marzo de 1961; nuevo programa en estudio.
(f) En la fase de consolidación desde febrero de 1960.
(g) En la fase de consolidación desde octubre de 1959.
(h) Personal de hospitales generales y de saneamiento del medio.
... No se dispone de datos.
— Ninguno.

Cuadro 8—Personal empleado en los servicios de transporte en los programas de erradicación de la malaria en las Américas, el 31 de diciembre de 1958 y el 31 de diciembre de 1961^a

(El personal a tiempo parcial se indica entre paréntesis)

País u otra unidad política	Total		Mecánicos y Aux. mecánicos		Chóferos		Conductores de lancha		Barqueros	
	1958	1961	1958	1961	1958	1961	1958	1961	1958	1961
	Argentina.....	59	59	22	21	37	38	—	—	—
Bolivia.....	51	73	5	9	38	41	23	—	1	—
Brasil (excl. São Paulo).....	...	26	...	—	...	26	—	—	...	—
Brasil (São Paulo).....	37	221	3	22	34	196	3	—	—	—
Colombia.....	429	346	46	58	239	137	115	—	72	36
Costa Rica.....	16	12	1	2	15	10	—	—	—	—
Cuba ^b.....	...	—	...	—	...	—	—	—	...	—
Ecuador.....	30	76	9	9	19	57	10	—	—	—
El Salvador.....	50	57	4	10	46	47	—	—	—	—
Guatemala.....	43	81	7	—	36	81	—	—	—	—
Haití.....	14	19	7	—	7	17	—	—	—	—
Honduras.....	34	55	—	3	32	51	1	—	—	—
México.....	100	100	63	65	33	23	12	—	—	—
Nicaragua.....	28	57	—	3	24	50	4	—	—	—
Panamá.....	8	8	3	5	5	3	—	—	2	1
Paraguay ^d	32	20	4	2	24	16	—	—	—	—
Perú.....	95	63	14	20	81	31	12	—	—	—
República Dominicana.....	39	36	6	8	33	28	—	—	—	—
Venezuela.....	96	54	32	32	53	17	5	—	—	—
Belice.....	—	3	—	1	—	2	—	—	—	—
Dominica.....	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—
Granada ^e	3	2	—	—	3	2	—	—	—	—
Guadalupe.....	5	4	2	—	3	4	—	—	—	—
Guayana Británica.....	3	6	—	—	3	4	—	—	—	—
Guayana Francesa.....	1	5	—	—	1	5	—	—	—	—
Jamaica.....	42	47	—	—	42	44	—	—	—	—
Santa Lucía.....	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—
Surinam.....	14 (4)	32	—	(4)	5	9	—	—	—	—
Trinidad y Tabago.....	34	31	3	4	31	27	—	—	—	—
Zona del Canal de Panamá.....	(4)	(3)	—	—	(2)	(3)	—	—	—	—
Total.....	1,263 (8)	1,494 (3)	231 (4)	286	844 (2)	967 (3)	113 (2)	204	75	37

(a) Cantidades revisadas correspondientes a 1958.

(b) Programa en la fase preparatoria.

(c) Programa suspendido en 1959-1960; nuevo programa en estudio durante 1961.

(d) Programa suspendido en marzo de 1961; nuevo programa en estudio.

(e) En la fase de consolidación desde febrero de 1960.

(f) En la fase de consolidación desde octubre de 1959.

... No se dispone de datos.

— Ninguno.

Cuadro 9—Medios de transporte en los programas de erradicación de la malaria en las Américas, 1961

País u otra unidad política	Camiones (3 tonela- das o más)	Camione- tas y fur- gonetas	Jeeps	Automó- viles y vagonetas	Moto- cicletas	Bici- cletas	Lanchas con motor	Otras embar- caciones	Animales de silla y de carga	Otros
Argentina	7	79	12	10	1	12	—	—	4	4 ^a
Bolivia	2	30	29	1	—	7	22	8	169	—
Brasil (excl. São Paulo)	32	247	356	3	—	—	1	2	267	—
Brasil (São Paulo)	8	158	40	—	22 ^b	(b)	7	—	2	—
Colombia	19	217	78	30	—	55	165	—	1.066	—
Costa Rica	1	15	8	1	—	6	6	—	—	—
Cuba	—	23	35	11	—	—	—	—	95	—
Ecuador	3	42	52	8	—	11	27	4	239	—
El Salvador	2	28	16	5	—	1	1	—	—	—
Guatemala	1	49	6	22	31	2	7	1	(c)	(d)
Haití	—	37	17	—	—	—	—	—	—	—
Honduras	2	35	21	6	—	—	1	—	46	—
México	16	409	216	6	—	—	16	1	1.263	—
Nicaragua	2	24	18	10	—	—	13	—	—	—
Panamá	—	20	12	7	—	—	7	—	—	—
Paraguay	—	21	18	3	—	—	6	1	4	—
Perú	7	120	67	1	—	—	124	71	—	—
República Dominicana	2	34	25	6	—	—	—	—	—	—
Venezuela	3	63	67	23	4	114	27	74	631	—
Belice	—	5	3	—	—	4	2	—	—	—
Dominica	—	2	1	—	3	—	—	—	—	—
Granada	—	2	1	—	3	—	—	—	—	—
Guadalupe	2	3	2	1	—	—	—	—	—	—
Guayana Británica	—	2	3	—	—	—	4	4	—	—
Guayana Francesa	1	2	1	1	—	—	—	—	—	—
Jamaica	14	30	23	12	—	—	—	—	—	—
Santa Lucía	—	1	2	—	5	—	—	—	—	—
Surinam	2	2	2	4	4	2	26	—	—	—
Trinidad y Tabago	7	6	7	1	—	—	1	—	—	2 ^e
Zona del Canal de Panamá	—	2 ^f	—	—	—	—	2 ^f	5	—	—

(a) Camiones tanque.

(b) No se especifica si son motocicletas o bicicletas.

(c) Alquilados.

(d) Se alquilan aviones, lanchas, etc., según las necesidades.

(e) Tractores.

(f) A tiempo parcial.

— Ninguno.

Cuadro 10—Operaciones de rociamiento de los programas de erradicación de la malaria en las Américas a fines del año 1961

Año de cobertura total	Fecha	Casas rociadas				Total de rociamientos en el año	Insecticida utilizado por casa (gramos técnico)		Promedio de casas por rociador y por día
		DDT		Dieldrin			DDT	Dieldrin	
		Ciclo	Nº de casas rociadas	Ciclo	Nº de casas rociadas				
ARGENTINA. Cobertura total iniciada el 1 de agosto de 1959									
1º	Ag. 59 - Jun. 60	1º	55.849 ^a	—	—	146.074	263	—	...
		2º	2.146 ^b	—	—		255	—	...
2º	Jul. 60 - Jul. 61	3º	81.170 ^a	—	—	161.920	305	—	...
		4º	6.909 ^b	—	—		334	—	...
		5º	78.487 ^a	—	—		75.734	—	...
3º	Ag. 61 - Dic. 61	6º	6.442 ^b	—	—	75.734	383	—	...
		7º	74.188 ^a	—	—		—	—	...
BOLIVIA. Cobertura total iniciada el 1 de septiembre de 1958									
1º	Sept. 58 - Ag. 59	1º	116.572	1º	10.910	256.601	362	115	8,3
		2º	129.119	2º	12.268 ^c		331	—	7,0
2º	Sept. 59 - Ag. 60	3º	136.601	—	—	291.405	319	118	7,6
		4º	142.536	—	—		309	—	7,2
3º	Sept. 60 - Ag. 61	5º	159.952	—	—	294.125	331	—	7,6
		6º	134.173	—	—		326	—	7,5
4º	Sept. 61 - Dic. 61	7º	80.375	—	—	80.375	344	—	7,8
BRASIL, ZONA III A (Sector de Ceará, Paraíba y Río Grande do Norte). Cobertura total iniciada el 31 de agosto de 1959									
1º	Sept. 59 - Jun. 60	1º	144.254	—	—	387.304	534	—	7,4
		2º	243.050	—	—		487	—	8,3
2º	Jul. 60 - Jun. 61	3º	255.398	—	—	506.687	488	—	9,3
		4º	251.289	—	—		461	—	9,3
3º	Jul. 61 - Ag. 61	5º	94.626	—	—	94.626	439	—	9,0
BRASIL, ZONA III B (Sector de Sergipe y Alagoas). Cobertura total iniciada el 22 de agosto de 1960									
1º	Ag. 60 - Jun. 61	1º	111.633	—	—	256.569	402	—	8,0
		2º	144.936	—	—		392	—	8,3
2º	Jul. 61 - Ag. 61	3º	60.013	—	—	60.013	358	—	9,0
BRASIL (Estado de São Paulo). Cobertura total iniciada el 4 de enero de 1960									
1º	En. 60 - En. 61	1º	455.219	—	—	914.145	433	—	8,4
		2º	458.926	—	—		404	—	9,8
2º	Feb. 61 - En. 62	3º	436.048	—	—	867.521	416	—	9,4
		4º	431.473	—	—		412	—	9,7
COLOMBIA. Cobertura total iniciada el 29 de septiembre de 1958									
1º	Oct. 58 - Sept. 59	1º	1.181.235	—	—	2.357.627	466	—	6,6
		2º	1.176.392	—	—		425	—	8,9
2º	Oct. 59 - Sept. 60	3º	1.196.930	—	—	2.358.989	409	—	9,4
		4º	1.162.059	—	—		394	—	9,7
3º	Oct. 60 - Sept. 61	5º	1.181.557	—	—	2.127.058	397	—	9,7
		6º	888.459 ^a	—	—		402	—	9,3
4º	Oct. 61 - En. 62	7º	57.042 ^b	—	—	486.075	412	—	8,8
		8º	432.521 ^a	—	—		—	—	—
			53.554 ^b	—	—	—	—	—	—

(a) Rociadas dos veces.
(b) Rociadas una vez.
(c) Ciclo no terminado.
— Ninguno.
... No se dispone de datos.

Cuadro 10—Operaciones de rociamiento de los programas de erradicación de la malaria en las Américas a fines del año 1961 (continuación)

Año de cobertura total	Fecha	Casas rociadas				Total de rociamientos en el año	Insecticida utilizado por casa (gramos técnico)		Promedio de casas por rociador y por día
		DDT		Dieldrín			DDT	Dieldrín	
		Ciclo	Nº de casas rociadas	Ciclo	Nº de casas rociadas				
COSTA RICA. Cobertura total iniciada el 15 de julio de 1957									
1º	Jul. 57 - Ag. 58	1º	53.297	—	—	111.921	464	—	5,1
		2º	58.024	—	—		419	—	7,4
2º	Sept. 58 - Sept. 59	3º	60.800	—	—	123.863	465	—	6,9
		4º	63.063	—	—		531	—	7,1
3º	Oct. 59 - Sept. 60	5º	63.884	—	—	130.845	512	—	8,6
		6º	66.961	—	—		475	—	9,3
4º	Oct. 60 - Sept. 61	7º	66.242	—	—	134.519	473	—	9,4
		8º	68.277	—	—		485	—	9,2
5º a	Oct. 61 - Feb. 62	9º a	27.104	—	—	27.104	517	—	8,8
ECUADOR. Cobertura total iniciada el 28 de marzo de 1957									
1º	Mar. 57 - Mar. 58	1 + 2º	63.284	1º	257.697	320.981	590	114	8,0
2º	Abr. 58 - Mar. 59	3º	50.089	2º	271.417	404.524	490	145	6,9
		4º	83.018				436		8,5
3º	Abr. 59 - Mar. 60	5º	72.370	3º b	271.729	441.889	399	122	9,3
		6º b	97.790				403		8,8
(c)	Abr. 60 - Dic. 60	(c)	227.411	—	—	227.411	424	—	8,9
4º	En. 61 - Dic. 61	7º	394.246	—	—	806.254	446	—	8,4
		8º	412.008	—	—		475	—	8,5
EL SALVADOR. Cobertura total iniciada el 1 de julio de 1956									
1º	Jul. 56 - Jul. 57	1º	260.035	1º	128.839	562.411	454	158	8,5
		2º	173.537				621		8,8
2º	Ag. 57 - Jul. 58	3º	126.329	2º	202.728	440.783	469	162	9,4
		4º	111.726				450		9,3
3º	Ag. 58 - Jul. 59	5º	273.788	—	—	544.507	493	—	8,6
		6º	270.719				527		8,9
4º	Ag. 59 - Jul. 60	7º	265.361	—	—	541.411	573	—	7,7
		8º	276.050				545		7,7
5º	Ag. 60 - Jun. 61	9º	279.431	—	—	651.196	523	—	7,6
		10º	371.715				526		8,9
6º a	Jul. 61 - Dic. 62	11º	377.551	—	—	377.551	536	—	9,1
GUATEMALA. Cobertura total iniciada el 1 de agosto de 1956									
1º	Ag. 56 - Ag. 57	—	—	1º	306.306	306.306	—	117	8,4
2º	Sept. 57 - Sept. 58	—	—	2º	331.090	331.090	—	117	8,5
3º	Oct. 58 - Oct. 59	1º	301.329	—	—	658.433	427	—	8,8
		2º	357.104				542		7,5
4º	Nov. 59 - Nov. 60	3º	368.209	—	—	746.905	541	—	7,1
		4º	378.636				560		8,1
5º	Dic. 60 - Dic. 61	5º	386.737	—	—	779.827	588	—	7,8
		6º	393.090				557		7,9
HONDURAS. Cobertura total iniciada el 15 de julio de 1959									
1º	Jul. 59 - Jun. 60	1º	236.963	—	—	479.022	406	—	9,8
		2º	242.059				368		11,4
2º	Jul. 60 - Jun. 61	3º	254.699	—	—	520.524	369	—	11,8
		4º	265.825				419		10,9
3º a	Jul. 61 - Dic. 61	5º	277.941	—	—	277.941	360	—	11,1

(a) Ciclo no terminado.
(b) Ciclo suspendido.
(c) Rociado de emergencia.
— Ninguno.

Cuadro 10—Operaciones de rociamiento de los programas de erradicación de la malaria en las Américas a fines del año 1961 (continuación)

Año de cobertura total	Fecha		Casas rociadas				Total de rociamientos en el año	Insecticida utilizado por casa (gramos técnico)		Promedio de casas por rociador y por día	
			DDT		Dieldrín			DDT	Dieldrín		
			Ciclo	Nº de casas rociadas	Ciclo	Nº de casas rociadas					
MEXICO. Cobertura total iniciada el 2 de enero de 1957											
1º	En.	57 - Dic.	57	1º	2.143.023	1º	678.726	5.120.701	495	99	9,3
				2º	2.298.952				417		9,9
2º	En.	58 - Dic.	58	3º	2.103.570	2º	1.217.556	5.292.683	402	111	10,3
				4º	1.971.557				424		10,5
3º	En.	59 - Dic.	59	5º	3.050.952	3º	292.301	6.562.593	434	114	10,8
				6º	3.219.340				434		10,4
4º	En.	60 - Dic.	60	7º	3.027.089	4º	22.390	5.918.572	413	93	10,9
				8º	2.869.093				387		11,1
5º	En.	61 - Dic.	61	9º	1.582.503	—	—	2.434.790	356	—	11,2
				10º	852.287				414		10,5
NICARAGUA. Cobertura total iniciada el 10 de noviembre de 1958											
1º	Nov.	58 - Dic.	59	1º	205.930	—	—	424.575	401	—	9,2
				2º	218.645				325		10,3
2º	En.	60 - Dic.	60	3º	230.478	—	—	469.554	367	—	9,4
				4º	239.076				396		8,9
3º	En.	61 - Dic.	61	5º	239.375	—	—	488.443 ^a	403	—	9,5
				6º	249.068				396		9,1
PANAMA. Cobertura total iniciada el 19 de agosto de 1957											
1º	Ag.	57 - Ag.	58	—	—	1º	155.963	155.963	—	119	6,5
2º	Sept.	58 - Ag.	59	—	—	2º	154.638	154.638	—	145	6,9
3º	Sept.	59 - Ag.	60	—	—	3º	131.270	131.270	—	129	7,3
4º ^b	Sept.	60 - Feb.	62	—	—	4º ^b	181.903	181.903	—	140	6,8
PARAGUAY. Cobertura total iniciada el 30 de octubre de 1957											
1º	Nov.	57 - Oct.	58	—	—	1º	148.626	148.626	—	105	10,9
2º	Nov.	58 - Oct.	59	—	—	2º	161.261	161.261	—	111	14,3
3º	Nov.	59 - Oct.	60	—	—	3º	171.086	171.086	—	119	11,7
4º ^c	Nov.	60 - Mar.	61	—	—	4º ^c	56.658	56.658	—	139	9,2
PERU. Cobertura total iniciada el 17 de noviembre de 1957											
1º	Nov.	57 - Oct.	58	1 + 2º	286.764 ^d	1º	121.666	478.696	...	...	7,8
2º	En.	59 - Dic.	59	(^f)	70.266 ^e	2º	341.804	612.869	424	118	8,4
3º	En.	60 - Dic.	60	(^f)	271.065	3º	234.643	682.491	468	95	8,4
4º	En.	61 - Dic.	61	(^f)	447.848	4º	25.005	559.042	410	109	7,9
					534.037						
REPUBLICA DOMINICANA. Cobertura total iniciada el 16 de junio de 1958											
1º	Jun.	58 - Jun.	59	—	—	1º	395.597	395.597	—	102	11,4
2º ^g	Jul.	59 - Feb.	60	—	—	2º ^g	236.579	236.579	—	119	10,5
3º ^b	Mar.	60 - Feb.	62	1º	332.944	—	—	521.082	495	—	9,0
				2º ^b	188.138				473		8,3

(a) No están comprendidas 2.469 casas rociadas con malatión.

(b) Ciclo no terminado.

(c) Programa suspendido; nuevo programa en estudio.

(d) Rociadas dos veces.

(e) Rociadas una vez.

(f) Debido a la diferencia de comienzo de los ciclos de rociado en las diferentes regiones, estos datos se refieren a años civiles.

(g) Ciclo suspendido debido a cambio de insecticida.

— Ninguno.

... No se dispone de datos.

Cuadro 10—Operaciones de rociamiento de los programas de erradicación de la malaria en las Américas a fines del año 1961 (conclusión)

Año de cobertura total	Fecha	Casas rociadas				Total de rociamientos en el año	Insecticida utilizado por casa (gramos técnico)		Promedio de casas por rociador y por día
		DDT		Dieldrín			DDT	Dieldrín	
		Ciclo	Nº de casas rociadas	Ciclo	Nº de casas rociadas				
BELICE. Cobertura total iniciada el 4 de febrero de 1957									
1º	Feb. 57 - En. 58	—	—	1º	17.082	17.082	—	84	...
2º	Feb. 58 - Dic. 58	1º	6.419	2º	11.873 ^a	25.880	290	99	8,0
		2º	118		7.470 ^b		416		8,2
	(^c)								
3º	Mayo 59 - Junio 60	3º	17.516	—	—	35.521	329	—	7,5
		4º	18.005				332		8,0
4º	Jul. 60 - Jun. 61	5º	18.013	—	—	35.884	374	—	8,4
		6º	17.871				342		8,9
5º d	Jul. 61 - En. 62	7º	15.236	—	—	15.236	322	—	10,2
DOMINICA. Cobertura total iniciada el 8 de junio de 1959									
1º	Jun. 59 - Mayo 60	1º	2.748	—	—	5.352	258	—	8,1
		2º	2.604				217		7,7
2º	Ag. 60 - Oct. 61	3º	2.722	—	—	5.762	219	—	5,3
		4º	3.040				223		6,5
3º d	Nov. 61 - Feb. 62	5º d	1.550	—	—	1.550	214	—	6,5
GRANADA. Cobertura total iniciada el 12 de febrero de 1957 y terminada en febrero de 1960									
JAMAICA. Cobertura total iniciada el 2 de enero de 1958									
1º	En. 58 - Dic. 58	—	—	1º	271.514	271.514	—	60,5	8,9
2º	En. 59 - Sept. 59	1º	88.862 ^a	2º	181.319 ^a	270.181	226	62,1	9,9
3º	Oct. 59 - Sept. 60	2º	269.225	—	—	510.271	213	—	9,9
		3º	241.046				179		9,5
4º d	Oct. 60 - Ag. 61	4º	144.428	—	—	231.530	178	—	9,5
		5º d	87.102				178		10,2
SANTA LUCIA. Cobertura total iniciada el 16 de enero de 1956 y terminada en septiembre de 1959									
SURINAM. Cobertura total iniciada el 5 de mayo de 1958									
1º	Mayo 58 - Abr. 59	1º	31.299	1º f	7.484	78.994	310	53	5,8
		2º	40.211				318		6,9
2º	Mayo 59 - Abr. 60	3º	37.563	2º f	13.331	88.339	274	59	8,0
		4º	37.445				250		7,8
3º	Mayo 60 - Jun. 61	5º	36.861	3º	5.565	58.724	263	56	6,2
		6º	16.298				211		6,0
4º	Jul. 61 - Dic. 61	7º	15.533	4º d	1.320	16.853	211	54	5,7
TRINIDAD Y TABAGO. Cobertura total iniciada el 2 de enero de 1958									
1º	En. 58 - Oct. 58	—	—	1º	117.678	117.678	—	141	7,1
2º	En. 59 - Dic. 59	1º ^g	68.290	2º	81.108	149.398	315	126	9,0
3º	En. 60 - Dic. 60	2º	118.978	3º	2.322	240.455	331	143	11,5
		3º	119.155				306		9,6
4º	En. 61 - Dic. 61	4º	120.222	4º	3.317	246.621	320	155	11,0
		5º	123.082				286		11,1

(a) Rociadas una vez.

(b) Rociadas dos veces.

(c) En el período de enero a abril de 1959 las operaciones se limitaron al rociamiento de emergencia de 210 casas con dieldrín.

(d) Ciclo no terminado.

(e) Ciclo suspendido.

(f) El número de casas rociadas con dieldrín están indicadas en las fechas correspondientes al ciclo de DDT, aunque en 1960 el año de dieldrín fue de julio a junio. Desde enero de 1961, los ciclos de dieldrín y DDT fueron sincronizados.

(g) Una tercera parte de las casas, aproximadamente, fueron rociadas dos veces durante el año.

— Ninguno.

... No se dispone de datos.

Cuadro 11—Resultados obtenidos en las actividades de rociamiento de los programas de erradicación de la malaria a fines del año 1961

Año de cobertura total	Fecha	Número de rociamientos	Número de casas no rociadas*				Porcentaje de casas no rociadas		
			No rociables	Renuentes	Cerradas	Total			
ARGENTINA. Cobertura total iniciada el 1 de agosto de 1959									
1°	Ag. 59 - Jun. 60	146.074	5.328	22	1.819	7.169	4,7		
2°	Jul. 60 - Jul. 61	161.920	5.550	68	2.607	8.225	4,8		
3°	Ag. 61 - Dic. 61	75.734	4.488	51	3.005	7.544	9,1		
BOLIVIA. Cobertura total iniciada el 1 de septiembre de 1958									
1°	Sept. 58 - Ag. 59	256.601	12.482	862	19.004	32.438	11,2		
2°	Sept. 59 - Ag. 60	291.405	17.039	438	14.322	31.799	9,8		
3°	Sept. 60 - Ag. 61	294.125	18.892	463	9.382	28.737	8,9		
4°	Sept. 61 - Dic. 61	80.375	4.419	97	2.165	6.681	7,7		
BRASIL, ZONA III A (Sectores de Ceará, Paraíba y Río Grande do Norte). Cobertura total iniciada el 31 de agosto de 1959									
1°	Sept. 59 - Jun. 60	387.304	...	...	...	46.558	10,7
2°	Jul. 60 - Jun. 61	506.687	16.363	23.959	10.812	51.134	9,2		
3°	Jul. 61 - Ag. 61	94.626	2.268	9.110	3.256	14.634	13,4		
BRASIL, ZONA III B (Sectores de Sergipe y Alagoas). Cobertura total iniciada el 22 de agosto de 1960									
1°	Ag. 60 - Jun. 61	256.569	20.552	6.473	11.566	38.591	13,1		
2°	Jul. 61 - Ag. 61	60.013	4.051	945	1.838	6.834	10,2		
BRASIL (ESTADO DE SÃO PAULO). Cobertura total iniciada el 4 de enero de 1960									
1°	En. 60 - En. 61	914.145	45.164	8.410	24.379	77.953	7,9		
2°	Feb. 61 - En. 62	867.521	39.363	5.848	10.991	56.202	6,1		
COLOMBIA. Cobertura total iniciada el 29 de septiembre de 1958									
1°	Oct. 58 - Sept. 59	2.357.627	82.822	85.476	57.804	226.102	8,8		
2°	Oct. 59 - Sept. 60	2.358.989	70.006	28.155	88.588	186.749	7,3		
3°	Oct. 60 - Sept. 61	2.127.058	46.393	30.737	67.448	144.578	6,4		
4°	Oct. 61 - En. 62	486.075	7.665	8.440	16.244	32.349	6,2		
COSTA RICA. Cobertura total iniciada el 15 de julio de 1957									
1°	Jul. 57 - Ag. 58	111.921	0	0	0	0	0,0		
2°	Sept. 58 - Sept. 59	123.863	0	0	0	0	0,0		
3°	Oct. 59 - Sept. 60	130.845	0	0	0	0	0,0		
4°	Oct. 60 - Sept. 61	134.519	0	0	0	0	0,0		
5°	Oct. 61 - Feb. 62	27.104	0	0	0	0	0,0		
ECUADOR. Cobertura total iniciada el 28 de marzo de 1957									
1°	Mar. 57 - Mar. 58	320.981	...	...	...	...	...
2°	Abr. 58 - Mar. 59	404.524	3.168	4.112	9.618	16.898	4,0		
3°	Abr. 59 - Mar. 60	441.889	2.430	1.587	5.123	9.140	2,0		
(b)	Abr. 60 - Dic. 60	227.411	753	1.069	2.518	4.340	1,9		
4°	En. 61 - Dic. 61	806.254	3.184	4.394	11.008	18.586	2,3		

(a) En los casos de rociamiento posterior, las cifras representan el número neto de casas no rociadas al final del ciclo de rociamiento.

(b) Rociado de emergencia.

... No se dispone de datos.

Cuadro 11—Resultados obtenidos en las actividades de rociamiento de los programas de erradicación de la malaria a fines del año 1961 (continuación)

Año de cobertura total	Fecha	Número de rociamientos	Número de casas no rociadas*				Porcentaje de casas no rociadas
			No rociables	Renuentes	Cerradas	Total	
EL SALVADOR. Cobertura total iniciada el 1 de julio de 1956							
1°	Jul. 56 - Jul. 57	562.411	...	...	...	218	0,04
2°	Ag. 57 - Jul. 58	440.783	0	0	0	0	0,0
3°	Ag. 58 - Jul. 59	544.507	0	101	355	456	0,1
4°	Ag. 59 - Jul. 60	541.411	0	510	1.426	1.936	0,4
5°	Ag. 60 - Jun. 61	651.196	0	974	1.989	2.963	0,5
6°	Jul. 61 - Dic. 61	377.551	0	840	2.041	2.881	0,8
GUATEMALA. Cobertura total iniciada el 1 de agosto de 1956							
1°	Ag. 56 - Ag. 57	306.306	...	...	...	758	0,2
2°	Sept. 57 - Sept. 58	331.090	...	...	...	1.518	0,5
3°	Oct. 58 - Oct. 59	658.433	...	...	...	6.541	1,0
4°	Nov. 59 - Nov. 60	746.905	0	783	6.379	7.162	0,9
5°	Dic. 60 - Dic. 61	779.827	0	6.846	14.928	21.774	2,7
HONDURAS. Cobertura total iniciada el 15 de julio de 1959							
1°	Jul. 59 - Jun. 60	479.022	6.519	391	1.812	8.722	1,8
2°	Jul. 60 - Jun. 61	520.524	436	601	3.132	4.169	0,8
3°	Jul. 61 - Dic. 61	277.941	0	275	1.874	2.149	0,8
MEXICO. Cobertura total iniciada el 2 de enero de 1957							
1°	En. 57 - Dic. 57	5.120.701	77.537	71.619 ^b	...	149.156	2,8
2°	En. 58 - Dic. 58	5.292.683	167.483	154.479 ^b	...	321.962	5,7
3°	En. 59 - Dic. 59	6.562.593	203.597	215.007 ^b	...	418.604	6,0
4°	En. 60 - Dic. 60	5.918.572	164.492	248.212 ^b	...	412.704	6,5
5°	En. 61 - Dic. 61	2.434.790	45.544	79.763 ^b	...	125.307	4,9
NICARAGUA. Cobertura total iniciada el 10 de noviembre de 1958							
1°	Nov. 58 - Dic. 59	424.575	6.802	2.099	7.282	16.183	3,7
2°	En. 60 - Dic. 60	469.554	12.487	2.102	4.841	19.430	4,0
3°	En. 61 - Dic. 61	488.443	13.640	1.417	6.619	21.676	4,2
PANAMA. Cobertura total iniciada el 19 de agosto de 1957							
1°	Ag. 57 - Ag. 58	155.963	...	...	...	5.047	3,1
2°	Sept. 58 - Ag. 59	154.638	2.247	267	5.857	8.371	5,1
3°	Sept. 59 - Ag. 60	131.270	1.825	530	6.738	9.093	6,5
4°	Sept. 60 - Feb. 62	181.903	1.449	2.030	9.144	12.623	6,5
PARAGUAY. Cobertura total iniciada el 30 de octubre de 1957							
1°	Nov. 57 - Oct. 58	148.626	0	0	651	651	0,4
2°	Nov. 58 - Oct. 59	161.261	0	90	1.022	1.112	0,7
3°	Nov. 59 - Oct. 60	171.086	0	28	981	1.009	0,6
4°	Nov. 60 - Mar. 61	56.658	0	0	494	494	0,9

(a) En los casos de rociamiento posterior, las cifras representan el número neto de casas no rociadas al final del ciclo de rociamiento.

(b) Incluidas las casas sin rociar por otras razones no especificadas.

(c) Programa suspendido; nuevo programa en estudio.

... No se dispone de datos.

Cuadro 11—Resultados obtenidos en las actividades de rociamiento de los programas de erradicación de la malaria a fines del año 1961 (conclusión)

Año de cobertura total	Fecha	Número de rociamientos	Número de casas no rociadas*				Porcentaje de casas no rociadas
			No rociables	Renuentes	Cerradas	Total	
PERU. Cobertura total iniciada el 4 de febrero de 1957							
1°	Nov. 57 - Oct. 58	478.696	522	72	42.201	42.795	8,2
(b)	En. 59 - Dic. 59	612.869	16.373	2.163	22.120	40.656	6,2
(b)	En. 60 - Dic. 60	682.491	12.433	1.479	13.661	27.573	3,8
(b)	En. 61 - Dic. 61	559.042	7.241	1.138	7.884	16.263	2,8
REPUBLICA DOMINICANA. Cobertura total iniciada el 16 de junio de 1958							
1°	Jun. 58 - Jun. 59	395.597	...	...	...	5.706	1,4
2°	Jul. 59 - Feb. 60	236.579	7.908	916	8.059	16.883	6,7
3°	Mar. 60 - Feb. 62	521.082	16.463	2.780	18.288	37.531	6,7
BELICE. Cobertura total iniciada el 4 de febrero de 1957							
1°	Feb. 57 - En. 58	17.082	...	...	...	...	...
2°	Feb. 58 - Dic. 58	25.880	0	0	427	427	1,6
3°	Mayo 59 - Jun. 60	35.521	510	3	334	847	2,3
4°	Jul. 60 - Jun. 61	35.884	781	1	322	1.104	3,0
5°	Jul. 61 - En. 62	15.236	82	0	118	200	1,3
DOMINICA. Cobertura total iniciada el 8 de junio de 1959							
1°	Jun. 59 - Mayo 60	5.352	28	104	182	314	5,5
2°	Ag. 60 - Oct. 61	5.762	55	53	382	490	7,8
3°	Nov. 61 - Feb. 62	1.550	29	4	94	127	7,6
JAMAICA. Cobertura total iniciada el 2 de enero de 1958							
1°	En. 58 - Dic. 58	271.514	7.395	9	0	7.404	2,7
2°	En. 59 - Sept. 59	270.181	5.217	29	1.834	7.080	2,6
3°	Oct. 59 - Sept. 60	510.271	17.831	141	3.916	21.888	4,1
4°	Oct. 60 - Ag. 61	231.530	8.015	24	1.091	9.130	3,8
SURINAM. Cobertura total iniciada el 5 de mayo de 1958							
1°	Mayo 58 - Abr. 59	78.994	196	124	4.980	5.300	6,3
2°	Mayo 59 - Abr. 60	88.339	166	1.126	3.838	5.130	5,5
3°	Mayo 60 - Jun. 61	58.724	408	2.083	10.865	13.356	18,5
4°	Jul. 61 - Dic. 61	16.853	76	636	4.786	5.498	24,6
TRINIDAD Y TABAGO. Cobertura total iniciada el 2 de enero de 1958							
1°	En. 58 - Oct. 58	117.678	...	...	...	2.519	2,1
2°	En. 59 - Dic. 59	149.398	27	1	477	505	0,3
3°	En. 60 - Dic. 60	240.455	33	0	1.301	1.334	0,6
4°	En. 61 - Dic. 61	246.621	0	0	1.895	1.895	0,8

(a) En los casos de rociamiento posterior, las cifras representan el número neto de casas no rociadas al final del ciclo de rociamiento.

(b) Debido a la diferencia de comienzo de los ciclos de rociado en las diferentes regiones, estos datos se refieren a años civiles.

(c) Ciclo suspendido debido a cambio de insecticida.

... No se dispone de datos.

Cuadro 12—Localización de casos durante la fase de ataque en los programas de erradicación de la malaria en las Américas

Año de cobertura total	Fecha	No. de habitantes directamente protegidos por rociamiento	No. de láminas examinadas	No. de láminas positivas				Porcentaje de positivas		
				<i>P. falciparum</i>	<i>P. vivax</i>	<i>P. malariae</i>	Total			
ARGENTINA. Cobertura total iniciada el 1 de agosto de 1959										
1° ^a	Ag. 59 - Jun. 60	535.922	70.700	6	2.491	0	2.497	3,53		
2° ^b	Jul. 60 - Jul. 61	609.387	96.991	4	3.876	0	3.880	4,00		
3°	Ag. 61 - Dic. 61	280.425	44.270	1	1.279	0	1.280	2,89		
BOLIVIA. Cobertura total iniciada el 1 de septiembre de 1958 ^a										
1°	Sept. 58 - Ag. 59	754.635 ^c	50.980	273	1.268	302	1.843	3,62		
2°	Sept. 59 - Ag. 60	1.295.044	99.241	124	803	179	1.106	1,12		
3°	Sept. 60 - Ag. 61	1.278.038	126.384	90	615	30	735	0,58		
4°	Sept. 61 - Dic. 61	337.098	45.069	10	227	0	237	0,53		
BRASIL (ESTADO DE SÃO PAULO). Cobertura total iniciada el 4 de enero de 1960										
1°	En. 60 - En. 61	3.817.084	124.525	72	9.005	1	9.078	7,29		
2°	Feb. 61 - En. 62	3.638.449	219.841	262	6.817	3	7.082	3,22		
COLOMBIA. Cobertura total iniciada el 29 de septiembre de 1958										
1°	Oct. 58 - Sept. 59	13.089.121	205.343	731	1.877	18	2.626	1,28		
2°	Oct. 59 - Sept. 60	12.701.683	542.570	3.562	4.923	42	8.529	1,57		
3°	Oct. 60 - Sept. 61	11.049.985	515.395	8.730	5.822	39	14.591	2,83		
4°	Oct. 61 - Dic. 61	1.921.334	146.150	2.163	1.656	7	3.826	2,62		
COSTA RICA. Cobertura total iniciada el 15 de julio de 1957										
1°	Jul. 57 - Ag. 58	550.660	24.773	115	1.661	10	1.786	7,21		
2°	Sept. 58 - Sept. 59	596.007	52.697	135	2.081	6	2.222	4,22		
3°	Oct. 59 - Sept. 60	622.215	66.721	91	1.888	1	1.980	2,96		
4°	Oct. 60 - Sept. 61	628.204	81.977	32	1.798	0	1.830	2,23		
5°	Oct. 61 - Feb. 62	126.490	35.227	3	543	0	546	1,55		
ECUADOR. Cobertura total iniciada el 28 de marzo de 1957										
1°	Mar. 57 - Mar. 58	1.777.566	47.993	1.169	1.086	3	2.258	4,70		
2°	Abr. 58 - Mar. 59	2.171.079	69.085	2.361	2.437	4	4.802	6,95		
3°	Abr. 59 - Mar. 60	2.080.775	108.041	2.454	3.833	4	6.291	5,82		
(d)	Abr. 60 - Dic. 60	918.151	92.510	2.761	4.912	19	7.692	8,31		
4°	En. 61 - Dic. 61	3.795.248	213.169	1.489	8.243	1	9.733	4,57		
EL SALVADOR. Cobertura total iniciada el 1 de julio de 1956										
1°	Jul. 56 - Jul. 57	2.845.568	11.829	774	1.510	0	2.284	19,31		
2°	Ag. 57 - Jul. 58	2.102.503	42.216	4.212	4.891	5	9.108	21,57		
3°	Ag. 58 - Jul. 59	2.570.500 ^e	59.463	4.384	9.136	0	13.520	22,74		
4°	Ag. 59 - Jul. 60	2.534.965	75.177	3.061	9.566	0	12.627	16,80		
5°	Ag. 60 - Jul. 61	3.010.514	75.053	3.168	7.620	3	10.791	14,38		
6°	Jul. 61 - Dic. 61	1.736.431	91.077	1.784	5.992	2	7.778	8,54		

(a) Cifras correspondientes a todo el país, no separadas por fases de ataque y de consolidación.

(b) Cifras correspondientes a las fases de consolidación y de ataque, de julio a diciembre de 1960; a la fase de ataque solamente de enero a julio de 1961.

(c) Enero-agosto de 1959.

(d) Durante rociado de emergencia.

(e) Estimado.

Cuadro 12—Localización de casos durante la fase de ataque en los programas de erradicación de la malaria en las Américas (continuación)

Año de cobertura total	Fecha	No. de habitantes directamente protegidos por rociamiento	No. de láminas examinadas	No. de láminas positivas				Porcentaje de positivas	
				<i>P. falciparum</i>	<i>P. vivax</i>	<i>P. malariae</i>	Total		
GUATEMALA. Cobertura total iniciada el 1 de agosto de 1956									
1°	Ag. 56 - Ag. 57	712.788 ^a	22.965	1.255	3.858	3	5.116	22,28	
2°	Sept. 57 - Sept. 58	1.501.742	47.945	3.909	6.174	1	10.084	21,03	
3°	Oct. 58 - Oct. 59	2.854.461	124.519	3.734	9.300	0	13.034	10,47	
4°	Nov. 59 - Nov. 60	3.099.988	126.867	400	2.967	0	3.367	2,66	
5°	Dic. 60 - Dic. 61	3.448.877	230.702	865	3.485	6	4.356	1,89	
HONDURAS. Cobertura total iniciada el 15 de julio de 1959									
1°	Jul. 59 - Jun. 60	2.254.385	82.673	2.925	3.649	1	6.575	7,95	
2°	Jul. 60 - Jun. 61	2.672.662	137.025	1.506	3.716	1	5.223	3,81	
3°	Jul. 61 - Dic. 61	1.409.325	94.891	327	2.018	0	2.345	2,47	
MEXICO. Cobertura total iniciada el 2 de enero de 1957									
1°	En. 57 - Dic. 57	23.399.463	175.080	514	3.856	17	4.387	2,51	
2°	En. 58 - Dic. 58	23.744.095	399.124	487	2.779	24	3.290	0,82	
3°	En. 59 - Dic. 59	29.119.920	815.038	443	2.705	54	3.202	0,39	
4°	En. 60 - Dic. 60	25.782.965	1.208.712	245	3.251	73	3.569	0,29	
5°	En. 61 - Dic. 61	10.070.335	828.360	337	8.285	113	8.735	1,05	
NICARAGUA. Cobertura total iniciada el 10 de noviembre de 1958									
1°	Nov. 58 - Dic. 59	2.352.191	38.966	619	1.256	0	1.875	4,81	
2°	En. 60 - Dic. 60	2.535.535	74.074	4.217	3.311	0	7.528	10,16	
3°	En. 61 - Dic. 61	2.547.299	109.293	3.001	5.271	0	8.272	7,57	
PANAMA. Cobertura total iniciada el 19 de agosto de 1957									
1°	Ag. 57 - Ag. 58	670.000 ^b	69.429	1.717	...	...	5.634	8,11
2°	Sept. 58 - Ag. 59	667.095	93.338	720	4.196	5	4.921	5,27	
3°	Sept. 59 - Ag. 60	562.514	76.984	751	4.479	2	5.232	6,80	
4°	Sept. 60 - Feb. 62	769.967	137.756	1.591	3.760	2	5.353	3,89	
PARAGUAY. Cobertura total iniciada el 30 de octubre de 1957									
1°	Nov. 57 - Oct. 58	747.541	13.526	3	496	1	500	3,70	
2°	Nov. 58 - Oct. 59	805.232	11.963	3	618	0	621	5,19	
3°	Nov. 59 - Oct. 60	844.488	42.396	5	1.028	0	1.033	2,44	
4°	Nov. 60 - Oct. 61	280.972 ^c	28.389	...	...	...	1.419	5,00
PERU. Cobertura total iniciada el 17 de noviembre de 1957									
1°	Nov. 57 - Oct. 58	1.867.208	...	77	526	27	649 ^d	...	
(e)	En. 59 - Dic. 59	2.775.694	148.413	302	4.265	51	4.658 ^d	3,14	
(e)	En. 60 - Dic. 60	3.345.726	344.507	256	3.559	88	3.903	1,13	
(e)	En. 61 - Dic. 61	2.210.988	404.440	185	2.816	66	3.067	0,76	

(a) Seis meses solamente.

(b) Estimado.

(c) Noviembre de 1960 a marzo de 1961.

(d) Incluyendo infecciones mixtas no diferenciadas.

(e) Debido a la diferencia de comienzo de los ciclos de rociado en las diferentes regiones, estos datos se refieren a años civiles.

... No se dispone de datos.

Cuadro 12—Localización de casos durante la fase de ataque en los programas de la erradicación de la malaria en las Américas (conclusión)

Año de cobertura total	Fecha	No. de habitantes directamente protegidos por rociamiento	No. de láminas examinadas	No. de láminas positivas				Porcentaje de positivas	
				<i>P. falciparum</i>	<i>P. vivax</i>	<i>P. malariae</i>	Total		
REPUBLICA DOMINICANA. Cobertura total iniciada el 16 de junio de 1958									
1°	En. 58 - Jun. 59	2.015.214	29.718	1.522	1.537	1	3.060	10,30	
2°	Jul. 59 - Feb. 60	1.202.301	19.362	2.453	1.751	10	4.214	21,76	
3°	Mar. 60 - Feb. 62	2.713.307	38.668	3.912	2.862	8	6.782	17,53	
BELICE. Cobertura total iniciada el 4 de febrero de 1957									
1°	Feb. 57 - En. 58	46.825	2.132	148	56	52	256	12,01	
2°	Feb. 58 - Dic. 58	94.937	8.081	321	226	46	593	7,34	
3°	Mayo 59 - Jun. 60	167.846	12.985	542	207	70	819	6,31	
4°	Jul. 60 - Jun. 61	174.487	15.149	11	71	0	82	0,54	
5°	Jul. 61 - En. 62	73.255	5.907	0	10	0	10	0,17	
DOMINICA. Cobertura total iniciada el 8 de junio de 1959									
1°	Jun. 59 - Mayo 60	20.830	5.233	51	0	0	51	0,97	
2°	Ag. 60 - Oct. 61	21.445	12.136	2 ^a	0	0	2 ^a	0,02	
3°	Nov. 61 - Feb. 62	5.755	3.766	0	0	1	1	0,03	
GRANADA. Cobertura total iniciada el 12 de febrero de 1957 y terminada en enero de 1960									
1°	Feb. 57 - En. 58	52.840	3.230	123	0	0	123	3,81	
2°	Feb. 58 - En. 59	58.196	10.954	50	0	0	50	0,46	
3°	Feb. 59 - En. 60	59.795	5.283	2	0	0	2	0,04	
JAMAICA. Cobertura total iniciada el 2 de enero de 1958									
1°	En. 58 - Dic. 58	1.054.894	56.266	199	0	6	205	0,36	
2°	En. 59 - Sept. 59	1.037.284	27.953	280	0	15	295	1,06	
3°	Oct. 59 - Sept. 60	1.964.453	111.039	180	0	14	194	0,17	
4°	Oct. 60 - Sept. 61	1.041.420	172.005	30	0	15	45	0,03	
SANTA LUCIA. Cobertura total iniciada el 16 de enero de 1956 y terminada en septiembre de 1959									
1°	En. 56 - En. 57	72.364	4.689	63	0	9	72	1,54	
2°	Feb. 57 - Dic. 57	96.326	4.288	15	0	4	19	0,44	
3°	En. 58 - Feb. 59	113.066	8.378	29	0	9	38	0,45	
4°	Mar. 59 - Sept. 59	62.324	8.028	3	0	0	3	0,37	
SURINAM. Cobertura total iniciada el 5 de mayo de 1958									
1°	Mayo 58 - Abr. 59	343.373	37.292	3.356	71	120	3.547	9,51	
2°	Mayo 59 - Abr. 60	330.837	46.158	1.665	7	272	1.944	4,21	
3°	Mayo 60 - Jun. 61	204.149	43.012	938	3	66	1.007	2,34	
4°	Jul. 61 - Dic. 61	43.526	10.288	266	0	21	287	2,79	
TRINIDAD Y TABAGO. Cobertura total iniciada el 2 de enero de 1958									
1°	En. 58 - Sept. 58	571.953	26.499	318	58	0	376 ^b	1,41	
2°	En. 59 - Dic. 59	726.681	101.039	63	28	1	92	0,09	
3°	En. 60 - Dic. 60	1.176.907	91.388	9	2	0	11	0,01	
4°	En. 61 - Dic. 61	1.192.989	89.569	0	0	0	0	0,00	

(a) No se incluye un caso importado.

(b) Se incluyen dos casos positivos encontrados en la fase de consolidación, no clasificados por especie.

Cuadro 13—Localización de casos durante la fase de consolidación en los programas de erradicación de la malaria en las Américas

Año de fase de consolidación	Fecha	Población estimada en el área (en miles de habitantes)	No. de muestras examinadas	Porcentaje de la población comprendida en el muestreo (%)	Total de casos positivos encontrados	Origen de la infección				Especie de parásito					
						Autóctonos	Recetadas	Importados		Inducidos	Introducidos	No clasificados	P. vivax	P. falciparum	P. malariae
								Del exterior	De áreas en fase de ataque dentro del país						

ARGENTINA. La fase de consolidación en algunas áreas se inició antes de agosto de 1959

1º b	Ag. 59 - Jun. 60	...	27.480	6,3	...	1	...	5	...	10	...	16	...
2º	Jul. 60 - Jul. 61	750	16.915	99,0	1	1	...	...	...	...	...	1	...
3º	Ag. 61 - Dic. 61	41	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

BOLIVIA. La fase de consolidación en algunas áreas se inició durante 1961

(d)	En. 61 - Dic. 61	461	11.975	2,6	14	1	5	7	14
-----	------------------	-----	--------	-----	----	---	---	---	-----	-----	----	-----	-----

MEXICO. La fase de consolidación en algunas áreas se inició durante 1958

1º	En. 58 - Dic. 58	59	4.449	7,5	...	...	...	...	...	...	...	...	...
2º	En. 59 - Dic. 59	59	6.560	11,1	...	...	...	...	...	...	...	...	...
3º	En. 60 - Sept. 60	70	4.058	7,7	...	...	...	...	...	...	...	...	...
4º	En. 61 - Dic. 61	11.721	745.907	6,4	3.114	1.248	446	384	12	90	931	3.004	91

PERU. La fase de consolidación en algunas áreas se inició durante 1958

(d)	En. 58 - Dic. 58	14	669	4,7	3	...	...	...	...	2	...	1	...
(d)	En. 59 - Dic. 59	14	1.378	9,8	...	...	...	...	...	...	...	...	...
(d)	En. 60 - Oct. 60	15	5.273	42,2	3	...	...	...	2	...	...	1	...
(d)	En. 61 - Dic. 61	47	13.088	27,8	1	...	...	1	...	...	...	1	...

VENEZUELA. La fase de consolidación en algunas áreas se inició antes de 1958

(d)	En. 58 - Dic. 58	469	69.614	14,8	50	...	...	...	27	23	...	46	2
(d)	En. 59 - Dic. 59	685	101.878	14,9	45	37	7	...	...	...	...	43	2
(d)	En. 60 - Dic. 60	242	35.470	14,7	17	...	14	...	1	2	...	16	1
(d)	En. 61 - Dic. 61	173	64.522	37,3	57	...	4	9	...	29	...	57	...

(a) Tasa anual calculada cuando se notificaron menos de 12 meses.
 (b) No se computaron por separado los datos correspondientes a la fase de ataque y a la de consolidación.
 (c) Datos del 4º ciclo de rotación solamente, enero-julio de 1961.
 (d) Las cifras se refieren al año civil.

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

Cuadro 13—Localización de casos durante la fase de consolidación en los programas de erradicación de la malaria en las Américas (continuación)

Año de fase de consolidación	Fecha	Población estimada en el área de habitantes)	No. de muestras examinadas	Porcentaje de la población comprendida en el muestreo (a)	Total de casos positivos encontrados	Origen de la infección				Especie de parásito				
						Autóctonos	Remaladas	Importados		Introducidos	No clasificados	P. vivax	P. falciparum	P. malariae
								Del exterior	De áreas de ataque dentro del país					
GRANADA. La fase de consolidación se inició en febrero de 1960														
1°	Feb. 60 - En. 61	89	8,076	9,1	—	—	—	—	—	—	—	—		
2°	Feb. 61 - En. 62	89	13,417	15,1	—	—	—	—	—	—	—	—		
GUADALUPE. La fase de consolidación en algunas áreas se inició antes de 1958														
(b)	En. 58 - Dic. 58	129	4,877	3,8	—	—	—	—	—	—	—	—		
(b)	En. 59 - Dic. 59	133	6,391	4,8	—	—	—	—	—	—	—	—		
(b)	En. 60 - Dic. 60	145	7,080	4,9	—	—	—	—	—	—	—	—		
(b)	En. 61 - Dic. 61	186	11,857	6,4	—	—	—	—	—	—	—	—		
GUAYANA FRANCESA. La fase de consolidación se inició en todo el país en 1960														
(b)	En. 60 - Sept. 60	32	3,343	13,9	37	36	1	—	—	—	6	30		
(b)	En. 61 - Dic. 61	27	1,197	4,4	33	33	—	—	—	—	—	33		
JAMAICA. La fase de consolidación en 5 parroquias del norte se inició en julio de 1960														
1°	Jul. 60 - Jun. 61	313	90,908	29,0	2	—	2	—	—	—	—	2		
2°	Jul. 61 - Mar. 62	761	159,442	27,9	8	1	7	—	—	—	(d)	7 ^a		
SANTA LUCIA. La fase de consolidación se inició en octubre de 1959														
1°	Oct. 59 - Sept. 60	62	13,716	22,1	—	—	1	—	—	—	—	—		
2°	Oct. 60 - Sept. 61	72	17,025	23,6	1	—	—	—	—	—	—	—		
3°	Oct. 61 - Mar. 62	72	6,914	19,2	—	—	—	—	—	—	—	—		
SURINAM. La fase de consolidación en algunas áreas se inició en enero de 1961														
1°	En. 61 - Dic. 61	115	14,894	13,0	26	—	—	—	—	—	—	23		

(a) Tasa anual calculada cuando se notificaron menos de 12 meses.

(b) Las cifras se refieren al año civil.

(c) De julio a diciembre de 1961, nueve parroquias completas y cuatro parroquias parciales; a partir de enero de 1962 toda la isla se encuentra en la fase de consolidación.

(d) No se incluye un caso "no clasificado".

— Ninguno.

Cuadro 13—Localización de casos durante la fase de consolidación en los programas de erradicación de la malaria en las Américas (conclusión)

Año de fase de consolidación	Fecha	Población estimada en el área de habitantes)	No. de muestras examinadas	Porcentaje de la población comprendida en el muestreo (*)	Total de casos positivos encontrados	Origen de la infección					Especie de parásito		
						Autóctonos	Recatadas	Importados	Inducidos	Introducidos	No clasificados	P. vivax	P. falciparum	P. malariae

TRINIDAD Y TABAGO. La fase de consolidación en Tabago se inició en 1958

1º	En. 58 - Dic. 58	160	2	0,0	2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
2º	En. 59 - Dic. 59	160	361	0,2	5	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
3º	En. 60 - Sept. 60	185	17.612	12,7	2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
4º	En. 61 - Dic. 61	197	11.602	5,9	1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

ZONA DEL CANAL DE PANAMA. La fase de consolidación se inició durante 1960

(b)	En. 60 - Dic. 60	41	2.656	6,5	27	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
(b)	En. 61 - Dic. 61	41	5.984	14,6	25	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

(a) Tasa anual calculada cuando se notificaron menos de 12 meses.

(b) Las cifras se refieren al año civil.

— Ninguno.

... No se dispone de datos.

Cuadro 14—Resultados comparados de la búsqueda activa y pasiva de casos en los programas de erradicación de la malaria en las Américas, 1961^a

País u otra unidad política	Búsqueda activa de casos				Búsqueda pasiva de casos				
	Promedio de evaluadores	Láminas de sangre		Promedio de producción por evaluador por mes	Promedio de puestos de notificación	Promedio mensual de puestos de notificación que produjeron láminas	Láminas de sangre		Promedio mensual de láminas por puesto de notificación productivo
		Número de examinadas	Porcentaje de positivas				Número de examinadas	Porcentaje de positivas	
Argentina	73	109.907	0,58	125,3	1.033	281	27.952	13,98	8,3
Bolivia	68	125.459	0,38	154,4	1.629	319	21.252	1,54	5,6
Brasil (São Paulo)	74	137.668	0,45	155,0	3.349	1.232	70.834	9,40	4,8
Colombia	337	249.854	3,29	61,7	8.654	4.866	320.306	2,73	5,5
Costa Rica	22	59.576	0,96	225,6	707	255	28.317	3,90	9,3
Cuba ^b	7	19.304	0,25	229,8	895	341	71.877	4,43	17,6
Ecuador	60	86.036	1,18	119,5	2.944	1.085	127.133	6,86	9,8
El Salvador	31	30.496	3,43	82,0	636	490	96.804	11,90	16,5
Guatemala	64	104.913	1,75	136,6	2.009	897	114.715	1,96	10,7
Honduras	34	20.804	1,66	51,0	1.622	929	144.161	2,77	12,9
México	1.018	1.128.733	0,70	92,4	34.236	5.745	445.534	0,89	6,5
Nicaragua	39	52.002	9,28	111,1	1.031	508	57.291	6,80	9,4
Panamá	24	31.429	4,98	109,1	975	254	57.532	4,08	18,9
Paraguay	19	7.092	1,28	31,1	1.151 ^c	...	22.071	6,55	...
Perú	97	249.825	0,54	214,6	8.534	1.560	167.703	1,02	9,0
República Dominicana	6	8.370	4,80	116,3	387	109	13.576	15,62	10,4
Venezuela	240	426.887	0,29	148,3	2.262 ^d	400 ^d	172.384	0,29	35,9
Belice	4	3.048	0,30	63,5	128	99	9.307	0,15	7,8
Dominica	5	8.298	0,04	138,3	26	11	1.815	0,00	13,8
Granada	5	10.731	0,00	178,8	29	18	2.041	0,00	9,5
Guadalupe	9 ^e	14.139	0,00	196,4 ^f	...	...	6.305	0,00	...
Guayana Británica	7	12.480	1,12	148,6	35	12	4.409	2,06	30,6
Guayana Francesa	—	842 ^g	0,71 ^g	—	...	...	355	7,61	...
Jamaica ^h	70 ⁱ	153.957	0,02	133,3	693	155	78.776	0,01	42,4
Santa Lucía	7	6.609	0,00	78,7	83	34	11.219	0,01	27,5
Surinam	27	34.938	1,20	107,8	38	4	1.486	15,30	31,0
Trinidad y Tabago	71	100.653	0,00	118,2	81	13	518	0,19	3,3
Zona del Canal de Panamá	3 ^j	1.246	0,00	34,6	...	...	4.738	5,28	...

(a) Cifras correspondientes a todo el país, sin computar por separado las de la fase de ataque o de consolidación.

(b) Fase preparatoria.

(c) En octubre de 1961.

(d) En enero de 1962.

(e) Cinco a tiempo parcial.

(f) Porcentaje calculado tomando como base la proporción de 5 evaluadores a tiempo parcial igual a 2 evaluadores a tiempo completo.

(g) Encuesta especial.

(h) Enero a septiembre.

(i) Incluye inspectores y personal que toma muestras en las escuelas, encuestas malaríométricas, etc.

(j) A tiempo parcial.

— Ninguno.

... No se dispone de datos.

Cuadro 15—Resumen cuatrienal de la localización de casos en las Américas, 1958-1961

Año	Número de muestras examinadas	Número de muestras positivas	Porcentaje de positivas
1958	1.716.103	56.705	3,3
1959	2.749.234	75.612	2,8
1960	3.955.027	80.279	2,0
1961	5.275.707	99.551	1,9

Cuadro 16—Presupuestos nacionales para la erradicación de la malaria en las Américas, 1958-1962
(en miles de dólares E. U. A.)

País u otra unidad política	Presupuesto nacional 1958	Presupuesto nacional 1959	Presupuesto nacional 1960	Presupuesto nacional 1961	Compromisos nacionales 1962
Argentina	309	312	751	884	1.016
Bolivia	450 ^a	437 ^a	400 ^a	404 ^a	507 ^a
Brasil (excl. São Paulo)	...	1.310	2.222	2.124	8.621
Brasil (São Paulo)	514	645	1.336	1.197	...
Colombia	1.472	2.410	2.760	3.294	3.134
Costa Rica	238	289	266	254	271
Cuba	50	40 ^b	126	402 ^c	1.690
Ecuador	460	505	530	972 ^d	495
El Salvador	530	543	489	564	709
Guatemala	480	485	970 ^d	970 ^d	485
Haití	596	(e)	(e)	440 ^a	1.300 ^a
Honduras	258	145	753 ^d	718 ^d	710 ^d
México	4.128	5.540	5.320	4.875	5.200
Nicaragua	231	232	331	338 ^f	(f)
Panamá	427	433	457	419	558
Paraguay	196	202	222	222	222
Perú	815	704	803	746	746
República Dominicana	385	348	...	...	...
Venezuela	7.788	7.000	4.500	3.376	3.376
Belice	38	46	51	51	56
Dominica	5	8	6	12	12
Granada	16	20	12	10	8
Guadalupe	95	78	114	121	125
Guayana Británica	89 ^g	70 ^g	12	26	54
Guayana Francesa	78	90	89	102	151
Jamaica	274	502	539	564	441
Santa Lucía	35	35	14	14	16
Surinam	153	175	211	182	...
Trinidad y Tabago	291	293	547	500	455
Zona del Canal de Panamá	50	50	50	50	50

(a) Fondos de contrapartida (AID).

(b) Fase preparatoria.

(c) Enero-septiembre.

(d) Presupuesto nacional más asistencia de la AID.

(e) Programa suspendido.

(f) Presupuesto nacional de julio de 1961 a junio de 1962.

(g) Zona de la costa solamente.

... No se dispone de datos.

Cuadro 17—Primer hallazgo de resistencia a los insecticidas de los mosquitos anofelinos en las Américas, por país y año de descubrimiento, hasta el 31 de diciembre de 1961 (Indicando la especie, el insecticida y el máximo grado de resistencia encontrada en cada caso)

País u otra unidad política	1958-1959 ^a			1960			1961			
	Especie	Insecticida	Porcentaje de resistencia (b)	Especie	Insecticida	Porcentaje de resistencia (b)	Especie	Insecticida	Porcentaje de resistencia (b)	
Argentina	—			—			0			
Bolivia	0			0			0			
Brasil	<i>aquasalis</i>	Dieldrín	37	0			<i>strodei</i>	DDT	35	
Colombia	<i>albimanus</i>	Dieldrín	17	<i>triannulatus</i>	Dieldrín	55	<i>albitarsis</i>	Dieldrín	99	
	<i>albitarsis</i>	Dieldrín	27					DDT	80	
Costa Rica	0			<i>albimanus</i>	Dieldrín	17 ^c	0			
Cuba	<i>albimanus</i>	Dieldrín	30	0			0			
Ecuador	<i>albimanus</i>	Dieldrín	94	<i>punctimacula</i>	Dieldrín	7	0			
				<i>pseudopunctipennis</i>	Dieldrín	16				
El Salvador	<i>albimanus</i>	Dieldrín	95	0			0			
		DDT	88							
Estados Unidos de América	<i>quadrimaculatus</i>	Dieldrín ^d		0			0			
		DDT ^e								
Guatemala	<i>albimanus</i>	Dieldrín	98	0			0			
		DDT	85							
		<i>pseudopunctipennis</i>	Dieldrín							90
Haití	<i>albimanus</i>	Dieldrín	70	0			0			
Honduras	<i>albimanus</i>	Dieldrín	93	<i>punctimacula</i>	DDT	20	0			
		DDT	65							
México	<i>albimanus</i>	Dieldrín	60	0			—			
		<i>pseudopunctipennis</i>	Dieldrín							95
		<i>quadrimaculatus</i>	Dieldrín							92
		DDT	84							
Nicaragua	<i>albimanus</i>	Dieldrín	98	0			0			
		DDT	91							
		<i>pseudopunctipennis</i>	Dieldrín							60
		DDT	12							
Panamá	0			0			0			
Paraguay	0			0			0			
Perú	<i>pseudopunctipennis</i>	Dieldrín	51	0			0			
República Dominicana.	<i>albimanus</i>	Dieldrín	90	0			<i>albimanus</i>	DDT	3	

(a) Para detalles véase el VIII Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (Documento Oficial de la OPS No 36, págs. 253-294).

(b) El porcentaje de resistencia es el porcentaje de sobrevivientes a la exposición LC100 para cepas susceptibles.

(c) Un solo hallazgo no confirmado en un número limitado de pruebas repetidas efectuadas en 1961; se clasifica como dudoso.

(d) Descubierto en 1954.

(e) Descubierto en 1950 en larvas.

— No se han recibido informes de pruebas.

0 No se ha encontrado resistencia durante el año.

Cuadro 17—Primer hallazgo de resistencia a los insecticidas de los mosquitos anofelinos en las Américas, por país y año de descubrimiento, hasta el 31 de diciembre de 1961 (conclusión)

(Indicando la especie, el insecticida y el máximo grado de resistencia encontrada en cada caso)

País u otra unidad política	1958-1959*			1960			1961		
	Especie	Insecticida	Porcentaje de resistencia (b)	Especie	Insecticida	Porcentaje de resistencia (b)	Especie	Insecticida	Porcentaje de resistencia (b)
Venezuela	<i>albitarsis</i>	Dieldrín	85	0			<i>nuñez-tovari</i>	DDT	20
	<i>aquasalis</i>	Dieldrín	80				<i>pseudopunctipennis</i>	Dieldrín	
	<i>strodei</i>	Dieldrín	70						
	<i>triannulatus</i>	Dieldrín	81						
Ellice	<i>albimanus</i>	Dieldrín	43	0			—		
Guadalupe	—			—			0		
Guayana Francesa	0			—			0		
Jamaica	<i>albimanus</i>	Dieldrín	90	0			—		
Surinam	0			—			0		
Trinidad y Tabago ...	<i>aquasalis</i>	Dieldrín	96	<i>neomaculipalpus</i>	Dieldrín	70	—		

(a) Para detalles véase el VIII Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (Documento Oficial de la OPS No 36, págs. 253-294).

(b) El porcentaje de resistencia es el porcentaje de sobrevivientes a la exposición LC100 para cepas susceptibles.

— No se han recibido informes de pruebas.

0 No se ha encontrado nueva resistencia durante el año.

Cuadro 18—Personal profesional y técnico de la OSP/OMS, empleado a tiempo completo, asignado a los proyectos de los países, interpaíses e interzonas de la erradicación de la malaria en las Américas, 1958 hasta el 1 de julio de 1962

País u otra unidad política	Oficiales médicos						Ingenieros Sanitarios						Inspectores Sanitarios						Entomólogos						Otros		
	1958		1960		1962		1958		1960		1962		1958		1960		1962		1958		1960		1962		1958	1960	1962
Argentina	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Bolivia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Brasil (excluyendo São Paulo)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Brasil (São Paulo)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Colombia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Costa Rica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Cuba	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ecuador	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
El Salvador	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Guatemala	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Haití	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Honduras	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
México	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Nicaragua	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Panamá	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Paraguay	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Perú	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Rep. Dominicana ..	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Belice	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Islas Windward	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Jamaica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Surinam	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Proyectos interzonas o interpaíses	6	9	9	9	9	9	3	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Total	24	25	27	31	34	34	16	19	18	18	19	35	52	49	51	51	4	4	3	4	5	7	10	18	19	21	

(a) Oficiales administrativos.

(b) Estadístico en malaria.

(c) Auxiliar de entomología.

(d) Un educador sanitario y dos oficiales administrativos.

(e) Ingeniero auxiliar.

(f) Educador sanitario e ingeniero auxiliar.

(g) Educador sanitario.

(h) Tres oficiales administrativos, un técnico de laboratorio, dos parasitólogos y cinco auxiliares de entomología.

(i) Seis oficiales administrativos, dos parasitólogos, dos ayudantes de entomólogo y cuatro auxiliares de entomología.

(j) Seis oficiales administrativos, dos parasitólogos, un ayudante de entomólogo, dos auxiliares de entomología, un técnico de laboratorio y un estadístico.

(k) Cinco oficiales administrativos, dos parasitólogos, un ayudante de entomólogo, tres auxiliares de entomología, un técnico de laboratorio y un analista de operaciones.

— Ninguno.

— Ninguno.

Cuadro 19—Personal adiestrado en las técnicas de erradicación de la malaria en centros internacionales, 1949-1961 y primer semestre de 1962^a

País u otra unidad política	Total	Venezuela				México			Jamaica						Brasil							
		1949-1961		1962		1957-1960			1958-1961 ^b				1962 ^c		1958-1962							
		Médicos	Ingenieros Sanitarios	Médicos	Ingenieros Sanitarios	Médicos	Ingenieros Sanitarios	Sanitarios	Médicos	Ingenieros Sanitarios	Sanitarios	Entomólogos	Otros	Médicos	Ingenieros Sanitarios	Sanitarios	Entomólogos	Otros	Médicos	Ingenieros Sanitarios	Entomólogos	Otros
Argentina	23	2	1	2	—	4	3	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	2
Bolivia	35	9	7	—	—	3	6	5	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	3	—
Brasil.....	62	11	1	1	—	19	16	13	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Colombia	70	29	5	—	—	11	7	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	3	6	—
Costa Rica	11	3	1	—	—	1	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Cuba	14	3	1	—	—	5	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Chile	7	1	—	—	—	1	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Ecuador	16	6	1	—	—	1	—	4	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	1	—
El Salvador	13	1	—	—	—	2	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Estados Unidos de América	36	—	—	—	—	—	2	1	2	7	9	6	4	—	—	—	2	3	—	—	—	—
Guatemala	23	3	1	—	—	2	3	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Haití	23	4	1	1	1	—	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Honduras	15	—	2	—	—	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
México	31	14	10	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—
Nicaragua	13	2	1	—	—	2	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
Panamá	13	1	—	—	—	1	1	9	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paraguay	21	4	1	1	1	2	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	—
Perú.....	39	3	2	—	—	9	7	12	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—
Puerto Rico	14	—	1	—	—	—	—	1	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
República Dominicana	6	2	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Uruguay	3	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Venezuela	4	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Belice	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dominica	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guayana Británica	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Surinam	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	4	—	—	4	—	—	—	—	—	—
Otras regiones de la OMS	215	2	—	—	—	1	—	—	73	38	17	23	26	16	2	9	4	1	1	—	—	2
Total	726	101	36	5	2	66	51	137	78	46	46	29	35	18	2	14	6	5	9	7	28	5

(a) Excluyendo el personal nacional que recibió adiestramiento en su propio país.

(b) 94 patrocinados por la AID y 81 por la OMS.

(c) 22 patrocinados por la AID y 17 por la OMS.

— Ninguno.

Cuadro 20—Becas para viajes de estudio en programas de erradicación de la malaria, 1958-1961^a

País u otra unidad política	Total	Médicos				Ingenieros		Entomólogos			Otros			
		1958	1959	1960	1961	1960	1961	1958	1959	1961	1958	1959	1960	1961
Argentina	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Bolivia	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1 ^b
Brasil	21	9	2	3	1	2	—	3	1	—	—	—	—	—
Colombia	6	1	—	1	1	—	—	1	—	2	—	—	—	—
Costa Rica	3	1	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—
Cuba	7	—	1	2	1	—	—	—	—	1	—	—	—	2 ^c
Chile	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ecuador	4	—	—	1	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—
El Salvador	3	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1 ^d	—
Haití	9	2	—	2	2	—	—	—	—	—	2 ^d	—	1 ^e	—
Honduras	3	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1 ^f	—	—	—
México	7	3	—	1	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—
Nicaragua	4	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	1 ^e
Panamá	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paraguay	4	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1 ^g	—	—	—
Perú	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
República Dominicana	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Venezuela	5	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1 ^g
Belice	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1 ^d
Dominica	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1 ^d	—	1 ^d	1 ^e
Granada	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1 ^d	—	1 ^d	—
Guadalupe	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guayana Británica ..	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4 ^h	—	—
Jamaica	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1 ^e 6 ^e 1 ^d
Santa Lucía	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Surinam	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2 ⁱ	—	—	6 ^e
Trinidad y Tabago	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1 ^d	—	—	—
Total	111	20	3	12	14	2	5	4	2	11	9	4	4	21

(a) En los años que no aparecen en el cuadro, no se concedió ninguna beca.

(b) Educador sanitario.

(c) Sanitario.

(d) Técnicos de laboratorio.

(e) Estadístico.

(f) Químico.

(g) Contador.

(h) Tres técnicos de laboratorio y un farmacéutico.

(i) Un inspector sanitario y un técnico de laboratorio.

— Ninguna.

Cuadro 21—Equipo y suministros, excepto drogas, aportados por la OSP a los programas de erradicación de la malaria, 1958 a diciembre de 1961

País u otra unidad política	Equipo de protección						Equipo de laboratorio						Otros				
	Cascos	Bandas	Viseras	Cuantés	Ponchos	Chalecos salvavidas	Tubos para el correo	"Surgitube" (rollos)	Tubos de plástico	Microscopios	Accesorios para microscopios	Láminas gruesas	Vehículos y motores (a)	Insecticidas (lbs.)	Archivos Kardex	Equipo de pruebas suscept. adultos	Equipo de pruebas suscept. larvas
Argentina.....	—	—	—	—	—	—	6.000	10	20	—	20	—	—	—	—	1	—
Bolivia.....	50	180	160	40	80	55	10.000	10	20	—	—	—	3	—	—	4	—
Brasil.....	—	—	—	—	—	45	283.000	20	40	71	1	—	2	—	—	27	6
Colombia.....	—	—	—	—	—	450	100.000	10	20	2	—	—	—	—	—	17	2
Costa Rica.....	—	—	—	—	—	35	500	10	40	—	—	—	—	—	40	1	—
Cuba.....	—	—	—	—	—	—	10.000	20	20	10	1	—	1	—	—	—	3
Ecuador.....	206	412	824	206	206	151	50.000	30	20	10	—	—	1	—	—	4	—
El Salvador.....	230	476	952	238	238	30	10.000	10	20	—	—	—	1	600	12	4	1
Guatemala.....	397	500	1.000	250	255	24	25.000	10	40	1	—	1.340	1	6	2	2	1
Haití.....	341	682	1.364	341	341	—	4.500	11	—	—	—	—	2	—	—	1	1
Honduras.....	165	330	660	165	165	10	15.000	10	40	—	—	70	—	1	1	2	—
México.....	—	—	—	—	—	75	400.040	20	—	—	—	—	—	—	—	27	1
Nicaragua.....	117	234	468	117	117	—	16.000	10	40	—	—	22.680	1	31	4	1	
Panamá.....	137	274	548	137	137	50	14.000	20	40	1	—	35	—	25	3	—	
Paraguay.....	174	808	408	102	773	40	30.000	18	20	—	—	—	2	—	—	5	1
Perú.....	618	1.236	3.672	368	668	200	75.000	10	20	—	—	—	(1)	46.410	—	3	—
República Dominicana.....	166	332	664	166	166	—	7.000	12	20	2	—	—	—	—	—	2	—
Belize.....	38	38	76	19	19	10	900	10	20	—	—	—	2	—	—	1	—
Dominica.....	—	—	—	—	—	—	630	—	—	—	—	—	1 ^b	—	—	—	—
Granada.....	—	—	—	—	—	—	120	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guayana Británica.....	36	72	144	96	36	—	2.000	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jamaica.....	25	200	400	194	209	—	22.500	10	20	—	—	—	1	—	—	8	5
Santa Lucía.....	—	—	—	—	—	—	110	10	20	—	—	—	3 ^d	—	—	—	—
Surinam.....	5	10	20	5	5	—	2.550	10	20	—	—	—	1(4)	—	—	2	1
Trinidad y Tabago.....	—	—	—	—	—	—	1.150	10	20	—	—	—	—	—	—	3	1
Total ^e	2.705	5.784	11.360	2.444	3.415	1.175	1.086.000	291	520	87	82	24.125	22(5)	47.010	115	121 ^f	24

(a) Todas yaguetas, salvo que se indique lo contrario; los motores marinos se indican entre paréntesis.

(b) Motocicletas.

(c) También se suministraron 210.000 galones imperiales de kerosene.

(d) Una yaguetá y dos motocicletas.

(e) Más artículos diversos por valor de \$ 5.000.

(f) Más 40 entregados a las Oficinas de Zona para su distribución en casos de emergencia y en proyectos interpaíses.

— Ninguno.

Cuadro 22—Drogas suministradas por la OSP para los programas de erradicación de la malaria, 1958-1961
(En millares de tabletas)

País u otra unidad política	1958-1960				1961 ^a				Total					
	Cloro- quina 150 mg		Primaquina		Pirime- tamina 25 mg		Cloro- quina 150 mg		Primaquina		Pirime- tamina 25 mg		Cloro- quina y prima- quina combinad.	
	15 mg	5 mg	15 mg	5 mg	15 mg	5 mg	15 mg	5 mg	15 mg	5 mg	15 mg	5 mg	15 mg	5 mg
Argentina	1.144	15	297	—	20	20	—	—	—	—	—	—	—	—
Bolivia.....	1.619	20	21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Brasil (excl. São Paulo)	18.853	130	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	200
Brasil (São Paulo)	2.143	—	184	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	184
Colombia	6.876	—	664	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	664
Costa Rica	589	6	98	324	79	13	30	913	90	19	213	80	30	30
Cuba.....	50	8	—	780	22	7	80	830	30	9	80	80	—	—
Ecuador	2.129	120	140	461	—	—	—	2.590	148,5	120	195	—	—	—
El Salvador	1.520	50	118	—	36	—	300	1.520	112,5	50	118	—	—	300
Guatemala	2.488	30	27	48	51	8	160	2.536	333	38	27	—	—	160
Haití	3.277	—	280	350	—	—	—	3.627	57,5	—	280	—	—	30
Honduras	1.026	14	88	516	17	18	30	1.542	48	82	88	—	—	30
México	7.500	160	400	—	411	545	—	7.500	663	705	2.200	—	—	—
Nicaragua	827	6	6	550	62	14	30	1.377	79,5	20	6	—	—	30
Panamá	1.328	20	110	47	5	—	—	1.375	42,5	20	146	—	—	—
Paraguay	560	5	48	900	—	—	—	1.460	25	5	48	—	—	—
Perú	3.132	40	196	2.200	50	13	—	5.332	130,5	53	196	—	—	—
República Dominicana	2.234	39	10	—	—	—	—	2.234	39	164	10	—	—	—
Belice.....	185	7	6	5	5	5	—	190	12	7	6	—	—	—
Dominica	50	1	45	40	—	—	—	90	1	—	45	—	—	—
Granada ^b	43	0,5	45	—	—	—	—	43	0,5	—	45	—	—	—
Guayana Británica ^c	10	1	260	76	3	3	—	86	4	3	260	—	—	—
Jamaica	880	18	288	—	—	—	—	880	18	—	288	—	—	50
Santa Lucía ^d	68	1	70	—	—	—	—	68	1	—	70	—	—	—
Surinam	626	9	247	200	—	—	—	826	9	10	497	—	—	200
Trinidad y Tabago ^e	964	869	120	—	—	—	—	964	1.058	869	180	—	—	—
Total.....	60.121	2.667	3.768	6.497	761	646	1.000	66.618	3.428	2.309	6.164	1.000	—	1.000

(a) Cantidades revisadas de acuerdo con las transferencias efectuadas entre algunos países en 1961.

(b) En 1961 se suministraron además 20.000 tabletas de aspirina.

(c) En 1961 se facilitaron también 2.000 lbs. de difosfato de cloroquina en polvo y 350 lbs. de fosfato triclorico.

(d) En 1961 se proporcionaron además 36.000 tabletas de aspirina.

(e) En 1961 se administraron también 400.000 tabletas de camproprina.

— Ninguna.

Cuadro 23—Aportaciones internacionales a los programas de erradicación de la malaria en las Américas, 1958-1961 y estimado para 1962 (en dólares E. U. A.)

País u otra unidad política	Fecha de iniciación de la cobertura total	1958-1961				1962 (estimado)			
		OPS/FEM	AT/OMS	UNICEF*	AID (EUA) (Año fiscal) ^b	OPS/FEM	AT/OMS	UNICEF*	AID/(EUA) (Año fiscal) ^b
Argentina	Ag. 1959	35.372	—	345.000	—	39.124	—	69.000	—
Bolivia	Sept. 1958	268.549	59.762	654.000	1.727.000 ^c	96.929	14.530	90.000	—
Brasil (excl. São Paulo)	Ag. 1959 ^d	339.719	—	—	—	273.524	—	—	—
Brasil (São Paulo)	En. 1960	164.358	—	—	8.232.000	93.416	—	—	1.900.000
Colombia	Sept. 1958	479.807	17.031	3.189.000	1.756.000	200.934	—	580.000	150.000
Costa Rica	Jul. 1957	135.605	—	195.000	—	72.690	—	80.000	—
Cuba	1962	132.274	—	—	—	—	76.960 ^e	—	—
Ecuador	Mar. 1957	214.233	81.122	973.000	740.000	126.343	19.960	338.000	420.000
El Salvador	Jul. 1956	233.893	28.401	961.000	—	99.945	—	307.000	—
Guatemala	Ag. 1956	242.040	34.511	875.000	1.320.000	109.954	—	339.000	517.000
Haití	En. 1962 ^f	458.173	19.336	350.000	880.000	103.591	—	275.000	945.000
Honduras	Jul. 1959	151.432	36.909	613.000	1.293.170	83.363	—	204.000	410.000
México	En. 1957	160.134	222.810	7.490.000	—	307.717	71.422	930.000	—
Nicaragua	Nov. 1958	194.452	6.192	590.000	800.000	83.616	—	226.000	433.000
Panamá	Ag. 1957	162.315	39.408	412.000	—	89.422	—	250.000	—
Paraguay	Oct. 1957	154.835	29.577	318.000	275.000	101.451	—	—	—
Perú	Nov. 1957	286.781	90.903	1.568.000	100.000	88.781	34.159	330.000	—
Rep. Dominicana	Jun. 1958	252.188	—	473.000	—	87.854	—	250.000	—
Venezuela	1945	5.471	—	—	—	830	—	—	—
Belice	Feb. 1957	88.987	—	74.000	—	58.660	—	30.000	—
Dominica	Jun. 1959	14.693	—	14.500	—	3.000	—	2.000	—
Granada	Feb. 1957	30.715	—	14.500	—	12.499	—	—	—
Guadalupe	Nov. 1955	1.226	—	—	—	—	—	—	—
Guayana Británica	En. 1947	42.518	—	11.000	—	38.411	—	9.000	—
Guayana Francesa	Mayo 1948	—	—	—	—	—	—	—	—
Jamaica	En. 1958	237.244	—	544.600	57.000	61.727	—	20.000	15.000
Santa Lucía	En. 1956	41.514	—	10.500	—	12.498	—	—	—
Surinam	Mayo 1958	161.610	—	116.800	—	89.956	—	20.000	—
Trinidad y Tabago	En. 1958	29.713	—	278.000	—	1.650	—	—	—
Zona del Canal de Panamá .....	...	—	—	—	—	—	—	—	—
Proy. Interpaíses y Serv. Generales		3.556.182 ^g	—	—	—	911.959 ^h	—	—	—
Total		8.276.033	665.962	20.069.900	17.180.170	3.249.844	217.031	4.349.000	4.790.000

(a) La aportación de UNICEF se anota en el año en que se hace efectiva aun cuando la asignación se haya aprobado en años anteriores.

(b) El año fiscal de la AID no coincide forzosamente con los años fiscales de los países respectivos.

(c) Fondos de contrapartida.

(d) Programa desarrollado por etapas; fecha de la primera área.

(e) Fondos de la Cuenta Especial de la OMS para la Erradicación del Paludismo.

(f) Reanudado en enero de 1962, después de haber sido suspendido en 1958.

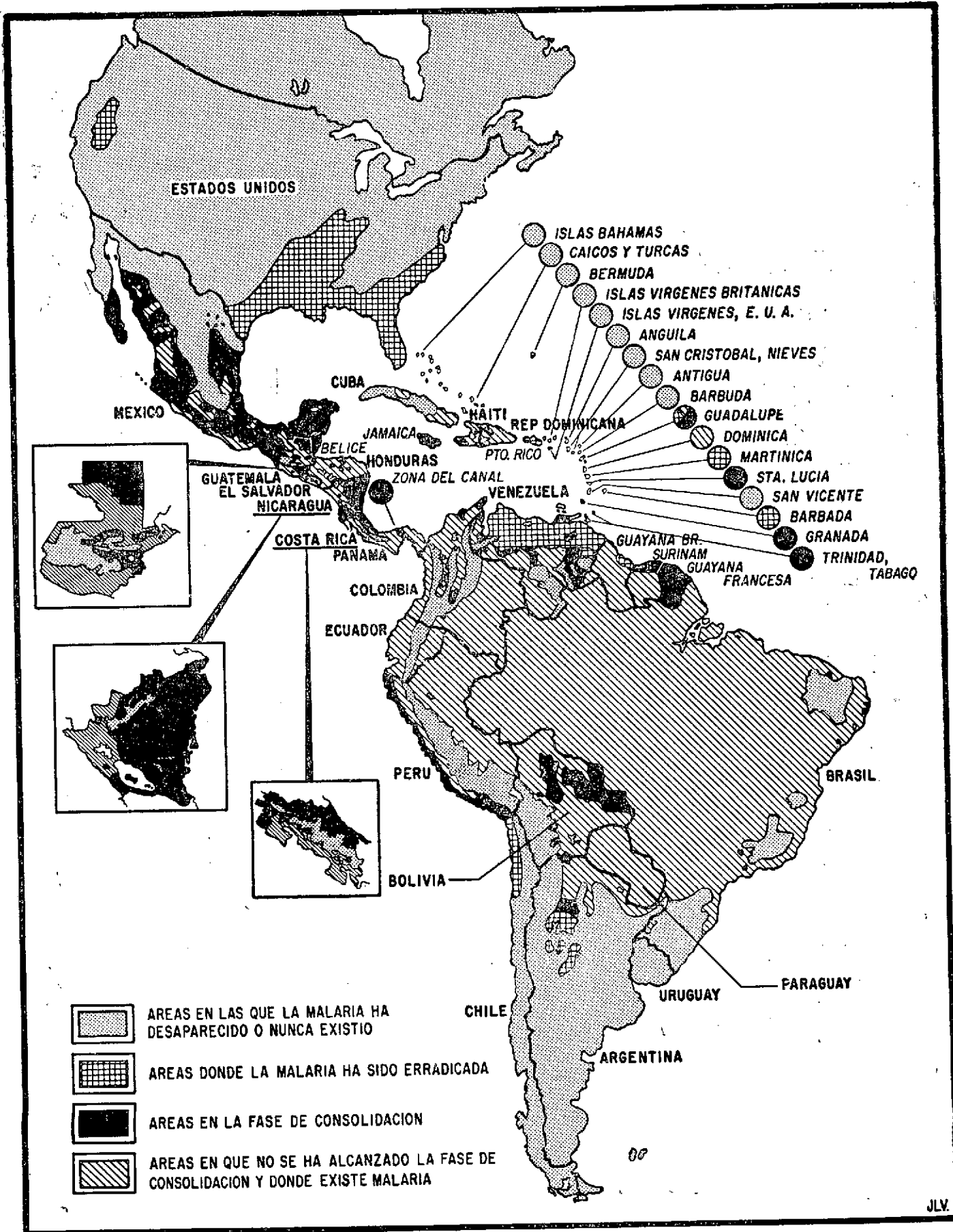
(g) Fondos de la OPS/FEM y estimado con cargo al presupuesto ordinario de la OPS.

(h) Fondos de la OPS/FEM, del presupuesto ordinario de la OPS y del presupuesto ordinario de la OMS.

... No se dispone de datos.

— Ninguna.

ADDENDUM



ESTADO DEL PROGRAMA DE ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS, 1º AGOSTO 1962.

**CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS DEL FONDO ESPECIAL
DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA¹**

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, en su XIII Reunión, celebrada en Washington en octubre de 1961, aprobó la Resolución XXVI,² referente al "Cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria", por la que tomó nota de las cantidades que se consideraban necesarias para atender a los requerimientos futuros del Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria (Documento CD13/20);³ encomendó al Director la preparación de revisiones anuales de dichos cálculos para su debido estudio por parte del Consejo Directivo; e instó a los Gobiernos de la Organización a que aportaran sus contribuciones a dicho fondo, a fin de que las actividades de erradicación pudieran proseguir al ritmo más rápido posible.

Como se mencionó en el X Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (Documento CSP16/20),⁴ la Organización está ampliando su activa participación en proyectos de investigación sobre el terreno, en cooperación con algunos Gobiernos, a fin de determinar la eficacia del tratamiento en masa mediante drogas, el uso de larvicidas, etc., y obtener experiencia en la administración y costo de esos métodos complementarios de ataque en áreas donde los insecticidas disponibles no pueden, por sí solos, detener la transmisión de la malaria.

Al mismo tiempo, casi todos los programas están intensificando sus actividades epidemiológicas al máximo de sus actuales recursos financieros, con objeto de determinar el grado de desaparición de la malaria de zonas extensas y determinar los límites y la magnitud de las zonas restantes donde existen problemas pertinaces.

En 1962 se ha aumentado substancialmente el suministro de drogas de la OPS tanto para el tratamiento radical de casos en zonas donde la malaria está en vías de desaparición como para proyectos de quimioprofilaxis colectiva. Además se está proporcionando equipo especial y materiales para un proyecto piloto de aplicación de larvicidas. Entre los artículos proporcionados figuran diversos larvicidas nuevos y antiguos, como el "verde de París", y equipo para pulverizaciones a mano y desde el aire. Esas operaciones requieren que el Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria preste asistencia creciente a los Gobiernos.

Es bien sabido que el tratamiento en masa mediante drogas y la aplicación de larvicidas son métodos más costosos que el rociamiento de casas con insecticidas, pero dondequiera que los insecticidas, por sí solos, no puedan interrumpir la transmisión en una zona de malaria refractaria, no queda otra alternativa que hacer un esfuerzo adicional; las áreas ya libres de la enfermedad deben ser protegidas a toda costa. A juzgar por la experiencia actual, el tratamiento colectivo en masa mediante drogas cuesta aproximadamente \$ 2,65 *per capita* por año, cantidad en la que \$ 0,65 representan el precio de la droga y \$ 2,00 el costo de la distribución, incluyendo la supervisión, transporte, etc. A menos que pueda obtenerse una droga con un efecto de larga duración, la quimioprofilaxis en masa debe hacerse a intervalos de 2 ó 4 semanas, según la prevalencia de la malaria en la zona. Por desgracia, no se ha obtenido todavía suficiente experiencia a base de la cual se pueda estimar el costo *per capita* de la aplicación de larvicidas.

Además, importa señalar que en la mayoría de los programas no se prevé un plan adecuado de operaciones epidemiológicas, como recomendó el Comité de la OMS de Expertos en Paludismo.

El cálculo para 1963 del Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria, según figura en el

¹ Documento CSP16/25.

² Documento Oficial de la OPS 41, 34.

³ *Ibid.*, 41, 358-381.

⁴ Véase Anexo 2, págs. 43-88.

Documento Oficial No. 40 (Proyecto de Programa y Presupuesto, 1963-1964) es de \$ 3.249.137. Esta suma bastará para la actual asistencia a los Gobiernos, pero quizá sea preciso aumentarla substancialmente si la Organización se ha de encargar de proporcionar todas las drogas o el equipo, o ambas cosas a la vez, y los larvicidas necesarios

para las áreas que plantean problemas, que incluso ahora se sabe que existen en el Hemisferio.

Debe tenerse presente, como factor que en el futuro podría exigir cambios en el programa y presupuesto, la posibilidad de que se descubran nuevas zonas que creen problemas, a medida que se prosiga en la campaña.

Anexo 4

INFORME SOBRE EL ESTADO DE LA ERRADICACION DE LA VIRUELA EN LAS AMERICAS¹

Antecedentes

El interés y la preocupación de los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS por el problema de la viruela en las Américas y su erradicación han quedado reflejados en numerosas decisiones que en orden cronológico se indican a continuación:

a) Mayo de 1949, Séptima Reunión del Comité Ejecutivo, Washington, D.C.: En su Resolución XIII² aprobó una proposición del Director de la OSP en la que se recomendaba que los países americanos se ayudaran recíprocamente en un programa de salud destinado a erradicar la viruela en las Américas, y autorizó al Director para que tratara con los Gobiernos acerca de dicho problema y les ofreciera la cooperación de la OSP/OMS.

b) Octubre de 1950, XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, Santo Domingo, República Dominicana: En su Resolución XIX³ recomendó a los países que desarrollaran programas sistemáticos de vacunación antivariólica para erradicar la viruela, bajo los auspicios de la OSP, la cual, de acuerdo con los países interesados, tomaría las medidas necesarias para resolver los problemas que pudieran suscitarse en el control de la viruela, ya fuesen sanitarios, económicos o jurídicos.

c) Septiembre de 1951, V Reunión del Consejo Directivo de la OPS, III Reunión del Comité Regional de la OMS, Washington, D.C.: En su Resolución XXXII⁴ llamó la atención de los Gobiernos acerca de la recomendación de la Cuarta Asamblea Mundial de la Salud en relación con la necesidad de elevar el nivel de protección contra la viruela.

d) Septiembre de 1952, VI Reunión del Consejo Directivo de la OPS, IV Reunión del Comité Regional de la OMS, La Habana, Cuba: En el párrafo 1 (c) de su Resolución IV⁵ aprobó la suma de \$ 75.000 del Fondo de Trabajo para un programa de erradicación de la viruela. En la Resolución XXIII autorizó al Comité Ejecutivo para que el Programa Adicional de Lucha Antivariólica fuese integrado en los programas interpaíses del proyecto de programa y presupuesto de la OSP para 1954, asignándole una suma que asegurara su continuidad.

e) Octubre de 1953, VII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, V Reunión del Comité Regional de la OMS, Washington, D.C.: En el párrafo 1 (c) de su Resolución III⁶ acordó que se diera especial importancia a la erradicación de algunas enfermedades transmisibles, entre ellas, la viruela. En la Resolución XXVII,⁷ respondiendo

¹ Documento CSP16/11.

² Documento OSP.CE7.W-17, mimeografiado.

³ *Publicación de la OSP* 261, 159-160.

⁴ *Publicación de la OSP* 269, 39.

⁵ *Documento Oficial de la OPS* 1, 8-9.

⁶ *Ibid.*, 7, 7-8.

⁷ *Ibid.*, 7, 20-21.

a una consulta del Director General de la OMS en la que solicitaba de los Comités Regionales sugerencias e informaciones que sirvieran de base para una campaña mundial contra la viruela, el Consejo declaró que, desde 1950, la Organización Sanitaria Panamericana consideraba la erradicación de la viruela en el Continente Americano como uno de sus programas principales y sugirió que la OMS promoviera la formulación de convenios intergubernamentales para prevenir brotes epidémicos en las fronteras; que fomentara la producción de vacuna antivariólica glicerizada y desecada de buena calidad; que proporcionara equipo o asesoramiento técnico, o ambas cosas, para facilitar la producción de vacuna antivariólica glicerizada o desecada, según las necesidades de los países; que la OMS proporcionara asesoramiento técnico a los países que desearan intensificar o reorganizar sus programas de vacunación antivariólica y, finalmente, que recomendara a los países que los programas de vacunación antivariólica formasen parte, en lo posible, de los programas permanentes de salud pública o sirviesen de punto de partida para esos programas.

f) Octubre de 1954, XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, VI Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Santiago, Chile: En su Resolución XIII¹ autorizó al Director a que invirtiera la suma de \$ 144.089, del superávit en efectivo de 1953, para intensificar la campaña contra la viruela en las Américas.

g) Septiembre de 1958, XV Conferencia Sanitaria Panamericana, X Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, San Juan, Puerto Rico: En su Resolución VI² declaró que la erradicación de la viruela era una necesidad urgente que exigía la atención de todos los países americanos; encareció a los países donde todavía existía viruela, que desarrollaran planes nacionales para erradicar la enfermedad; solicitó la cooperación de los Gobiernos de la Organización para que facilitaran vacuna y asesoramiento técnico con el propósito de lograr la erradicación de la viruela en escala continental; encareció a la OSP que adoptara todas las medidas necesarias para alcanzar el objetivo de la erradicación, entre ellas, la colaboración y el asesoramiento técnico en la producción

de vacuna y organización de programas nacionales de vacunación, y la celebración de reuniones entre países para coordinar las actividades en este campo y, finalmente, solicitó de la OSP que preparara una definición de erradicación de la viruela que pudiese ser de aplicación universal.

h) Septiembre de 1959, XI Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XI Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C.: En la Resolución XXI³ expresó su satisfacción por el hecho de que la viruela ya había desaparecido en algunos países de las Américas y de que otros estaban desarrollando campañas nacionales contra la enfermedad; recomendó a los Gobiernos de la Organización que prestaran especial atención al mantenimiento de altos niveles de inmunidad contra la viruela en sus respectivas poblaciones; dirigió un llamamiento a los Gobiernos de los países donde todavía existía dicha enfermedad y donde aún no se habían emprendido programas de erradicación, para que los iniciaran a la mayor brevedad posible; recomendó a los Gobiernos que estudiaran la manera de producir y almacenar vacuna antivariólica en cantidad suficiente para atender las necesidades de los programas en marcha y para el control de posibles brotes epidémicos.

i) Agosto de 1960, XII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, La Habana, Cuba: En su Resolución XVII⁴ encareció a los Gobiernos de los países donde aún existía la viruela y no tenían programas de erradicación, que los iniciaran cuanto antes; les recomendó que proporcionaran a los servicios de salud las facilidades necesarias para hacer el diagnóstico de laboratorio en los casos sospechosos de viruela y, finalmente, subrayó la importancia de la correcta aplicación del Reglamento Sanitario Internacional en lo que a dicha enfermedad se refiere.

j) Octubre de 1961, XIII Reunión del Consejo Directivo, XIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D. C.: En su Resolución XXXII⁵ tomó nota del informe del Director sobre el estado de los programas de erradicación de la viruela en las Américas, aprobó el criterio para determinar la erradicación de la ci-

¹ Documento Oficial de la OPS 14, 657.

² *Ibid.*, 27, 26-27.

³ *Ibid.*, 32, 26-27.

⁴ *Ibid.*, 36, 25.

⁵ *Ibid.*, 41, 38.

tada enfermedad propuesto por la OSP/OMS; hizo un llamamiento a los Gobiernos de los países que aún no habían eliminado la viruela para que aceleraran o iniciaran, según correspondiera, los programas de erradicación; encargó a los Gobiernos que procuraran preparar vacuna antivariólica en cantidad suficiente no sólo para atender sus propias necesidades, sino también para mantener una reserva con el fin de hacer frente a situaciones de emergencia o para prestar ayuda a otros países que necesitaran dicho producto; y por último, recomendó que, hasta que la viruela no desapareciera como problema internacional, los países trataran de mantener niveles adecuados de población inmunizada y aplicaran con rigurosidad las disposiciones del Reglamento Sanitario Internacional,¹ en especial las contenidas en el Artículo 3, sobre la notificación de casos.

Las resoluciones enumeradas son expresión clara del interés y decisión de los Cuerpos Directivos de la OPS para hacer desaparecer la viruela del Hemisferio Occidental, en breve plazo, mediante el uso amplio y ordenado de un recurso tan poderoso como es la vacuna antivariólica.

Criterio para determinar la erradicación de la viruela

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana encomendó a la OSP que preparara una definición de erradicación de la viruela que pudiese ser de aplicación universal.² Detenidos estudios y consultas con personalidades científicas llevaron a preparar un criterio para determinar la erradicación de la viruela que, con el conocimiento y la aprobación de la OMS, fue presentado a la XIII Reunión del Consejo Directivo, celebrada en Washington, D. C., en octubre de 1961, que lo aprobó por unanimidad. La OSP se complace en dar cuenta a la Conferencia Sanitaria Panamericana del texto aprobado, que dice así:

Desde un punto de vista práctico, los países en que la viruela ha tenido carácter endémico, podrán considerar erradicada la enfermedad cuando no ocurran nuevos casos de

viruela durante los tres años que sigan al término de una campaña adecuada de vacunación.

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

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

Dado el volumen creciente del tránsito internacional y mientras la erradicación de la viruela no alcance carácter universal se recomienda que se apliquen con rigurosidad las disposiciones correspondientes del Reglamento Sanitario Internacional, como una medida de protección en favor de los países libres de la enfermedad.³

Extensión del problema

Entre los años 1947 y 1961 los países y territorios de las Américas notificaron 165.846 casos de viruela a la Oficina Sanitaria Panamericana.

El cuadro 1 muestra la distribución de la enfermedad en el Hemisferio Occidental, por países y por años. A partir de 1951 el total de casos se mantuvo más o menos a un mismo nivel hasta el año 1954 en que ocurrió un alza de consideración, para luego disminuir progresivamente hasta 1958, volver a subir en adelante y declinar en 1961.

De los 1.923 casos de viruela notificados a la OSP en 1961, 1.411 (73,37 %) correspondieron a la ciudad de Río de Janeiro, Brasil; 491 (25,53 %) al Ecuador; 16 (0,83 %) a Colombia; 4 (0,20 %) a la Argentina y un caso importado al Uruguay. En 1962, hasta el 30 de mayo, la Argentina notificó tres casos de viruela; Brasil, 244 (corresponden exclusivamente al Estado de Guanabara) y el Ecuador, 74.

La viruela afectó a toda América del Sur en los últimos 15 años. El cuadro 1 así lo demuestra. La

¹ *Reglamento Sanitario Internacional, Edición anotada*, Washington, D.C., Oficina Sanitaria Panamericana, 1959, 153 págs.

² *Documento Oficial de la OPS 27*, 26-27.

³ *Ibid.*, 41, 393-394.

Cuadro 1—Casos de viruela notificados en las Américas, 1947-1961

Áreas	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961
Total	20 009	30 034	17 910	21 318	9 221	9 301	8 930	11 979	8 348	6 389	6 220	4 343	4 763	5 158	1 923
Argentina.....	46	166	1 176	4 462	1 404	982	309	256	55	86	335	27	36	65	4
Antillas Neerlandesas.....	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Belice	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bolivia	500	831	805	644	728	432	429	624	372	499	1 310	183	7	1	—
Brasil ^a	869	1 288	670	706	1 190	1 668	923	1 085	2 580	2 385	1 411	1 282	2 629	2 644 ^b	1 411 ^d
Colombia	4 903	7 356	3 040	4 818	3 844	3 235	5 526	7 203	3 404	2 572	2 145	2 009	950	209	16
Costa Rica	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cuba.....	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Chile	—	5	4	3 564	47	15	9	—	—	—	—	—	1	—	—
Ecuador	2 984	3 856	657	241	174	665	708	2 516	1 831	669	913	863	1 140	2 185	491
El Salvador	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Estados Unidos de América	176	57	49	39	11	21	4	9	2	—	1	—	—	—	—
Guatemala	11	6	4	10	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Guayana Británica	—	—	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Haití	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Honduras	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Martinica.....	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
México	1 125	1 541	1 060	762	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nicaragua	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Panamá	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8 ^b	—	—	—
Paraguay	2 207	1 451	175	135	282	797	770	207	57	132	103	21	—	35	—
Perú	537	7 105	6 305	3 753	1 218	1 360	172	115	—	—	—	—	—	—	—
República Dominicana	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trinidad y Tabago	—	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Uruguay.....	326	—	9	3	—	16	7	1	45	42	2	—	—	19 ^f	1 ^o
Venezuela	6 315	6 358	3 951	2 181	280	109	72	13	2 ¹	4 ^c	—	—	—	—	—

- (a) Sólo capitales de los Estados.
 (b) Incluye cuatro casos importados.
 (c) Sólo diagnóstico clínico, Guanabara.
 (d) Solamente el Estado de Guanabara.
 (e) Caso importado.
 (f) Incluye dos casos importados.

enfermedad se extendió rápidamente de un país a otro, dando origen a brotes epidémicos de diferente magnitud, pero causando serios daños a todos ellos. En algunos, la enfermedad encontró campo propicio y adquirió carácter endémico; en otros, programas nacionales de vacunación antivariólica, bien concebidos y desarrollados en períodos cortos de tiempo, determinaron la desaparición de la enfermedad o están en camino de lograrlo. La viruela quedó eliminada en Bolivia, Chile, Paraguay, Perú, Venezuela y la Guayana Británica. Está próxima a desaparecer en Argentina; el Ecuador tiene también la posibilidad de conseguirlo en plazo no lejano. En Colombia, los últimos casos ocurrieron en agosto de 1961. En el Brasil por el contrario, la viruela ha seguido un curso progresivo.

La viruela desapareció en México en 1952.

La enfermedad no ha existido en los países de América Central, salvo en Guatemala, donde se notificó un caso en 1953; en Panamá donde hubo casos en 1947 y 1958, y en Belice, donde también se registraron casos en 1948.

En el Area del Caribe sólo ocurrieron casos de la enfermedad en Martinica (1951), Antillas Neerlandesas (1951) y Trinidad y Tabago (1948).

Como consecuencia de la falta de programas regulares de inmunización contra la viruela, la mayor parte de la población de los países y territorios de América Central, Panamá y Area del Caribe es susceptible a la enfermedad. Otro tanto ocurre en el Uruguay (cuadro 2).

Costa Rica, Guatemala, Haití, Honduras y la República Dominicana han puesto en práctica recientemente, o las aplicarán pronto, medidas para el desarrollo de programas de vacunación antivariólica destinados a elevar el nivel de inmunización en sus respectivos territorios.

Hace algo más de 150 años que se dispone de una vacuna contra la viruela de eficacia reconocida, fácil de producir y sencilla de aplicar. Nuevas técnicas han conducido a la preparación de la vacuna antivariólica liofilizada, capaz de resistir condiciones adversas de ambiente, especialmente de temperatura, sin que se alteren sus propiedades básicas.

Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, México, Perú, Uruguay y Venezuela

Cuadro 2—Vacunaciones antivariólicas practicadas durante el período 1960-1962

	1960	1961	1962 (1 de enero- 30 de abril)
Argentina	1.608.597	4.407.020	535.819
Bolivia ^a	42.603	34.215	—
Brasil	4.910.091	—	—
Colombia	1.988.386	1.250.685	191.083
Costa Rica	14.657	79.553	21.012
Cuba	38.635	129.647	55.410
Chile	1.276.000	131.966	—
Ecuador	507.361	—	221.318
El Salvador	29.383	24.554	—
Guatemala ^b	58.160	120.590	3.423
Haití	441	3.135	—
Honduras ^c	17.843	9.509	9.425
México	3.637.334	3.250.000	1.379.775 ^d
Nicaragua	8.803	19.385	3.335
Panamá	24.835	31.596	6.643
Paraguay	122.897	110.142	28.283
Perú	884.392	969.808	—
República Dominicana	26.057	10.000	—
Uruguay	214.360	188.674	81.754
Venezuela	920.969	1.140.842	336.337
Antigua	1.859	1.186	446
Barbados	10.741	—	73.046
Belice	4.050	—	4.418
Bermuda	—	579	—
Curazao	3.665	—	2.400
Granada	3.402	—	—
Guayana Británica	—	—	3.760
Jamaica	79.060	—	—
Martinica	14.094	—	1.734
Montserrat	1.204	903	618
San Cristóbal-Nieves-Anguila	3.300	—	—
Surinam	3.665	—	1.000
Trinidad y Tabago	3.839	11.438	1.271
Dominica	—	—	—
Bahamas	—	—	—
Aruba	—	—	—
Santa Lucía	—	—	1.257
Guayana Francesa	—	—	667
Guadalupe	—	—	750

(a) Hasta noviembre de 1961.

(b) Hasta noviembre de 1961.

(c) Hasta octubre de 1961.

(d) Hasta el 31 de marzo de 1962.

cuentan con laboratorios, equipo apropiado y técnicos capacitados para producir vacuna antivariólica glicerizada y desecada en cantidad suficiente

para atender sus propias necesidades y para facilitar a los países y territorios que no la producen, pero que la necesitan, (cuadro 3). La OPS/OMS

ha contribuido con material y equipo al desarrollo de estos laboratorios, ha facilitado asesoramiento técnico en relación con la preparación de la vacuna

Cuadro 3—Producción de vacuna antivariólica, 1960-1962
(número de dosis)

País	1960		1961		1962 (1 de enero-30 de abril)	
	Vacuna glicerinada	Vacuna desecada	Vacuna glicerinada	Vacuna desecada	Vacuna glicerinada	Vacuna desecada
Argentina	6.600.000	—	19.300.000	—	4.750.000	—
Bolivia	—	310.000	—	269.000	—	—
Brasil	11.792.304	889.700	—	—	—	—
Colombia	—	2.473.240	—	2.809.865	—	1.224.025
Costa Rica	—	—	—	—	—	—
Cuba	1.360.000	—	518.500	—	242.500	—
Chile	960.000	530.000	1.050.000	360.000	691.000	252.500
Ecuador	—	1.055.740	41.020	1.095.220	9.000	287.490
El Salvador	60.300	—	127.650	—	76.515	—
Guatemala	484.400	—	283.400	—	217.420	—
Haití	—	—	—	—	—	—
Honduras	20.200	—	—	—	—	—
México	10.477.800	—	12.661.794	—	7.467.714	—
Nicaragua	15.300	—	40.000	—	424.000	—
Panamá	—	—	—	—	—	—
Paraguay	—	—	—	—	—	—
Perú	563.465	1.362.300	433.400	1.299.900	—	—
República Dominicana	—	—	—	—	—	—
Uruguay	1.982.000	68.500	1.480.000	70.000	1.260.000	—
Venezuela	3.925.000	316.000	278.000	4.600.000	1.963.000	257.000
Surinam	—	—	15.000	—	—	—

y ha otorgado becas para el adiestramiento de personal en las técnicas de producción de vacuna antivariólica en gran escala. Además, ha puesto a disposición de los Gobiernos los servicios de un laboratorio de prestigio internacional para realizar las pruebas de pureza y actividad de las vacunas elaboradas en los laboratorios nacionales, (cuadro 4).

Por otra parte, la OPS/OMS continuó prestando apoyo y colaboración a los Gobiernos en el estudio y planeamiento de programas de vacunación antivariólica, sea para erradicar la enfermedad o para prevenir su aparición, así como en el desarrollo y evaluación de dichos programas.

A continuación se presenta un resumen de las actividades desarrolladas por los distintos países.

Argentina. En octubre de 1960 se inició un programa de vacunación antivariólica, resultado de la

cooperación entre el Gobierno Nacional y los Gobiernos provinciales, que se propone abarcar el 80 % de la población de 16 provincias. Entre dicha fecha y el 30 de abril de 1962 se vacunaron 5.621.896 personas.

El total de vacunaciones antivariólicas hechas en 1961, incluyendo tanto las del programa especial en las 16 provincias como las efectuadas en el resto del país, asciende a 4.407.020.

La producción de vacuna antivariólica glicerinada en 1961 fue de 19.300.000 dosis y de 4.750.000 en los primeros cuatro meses de 1962. Hubo cuatro casos de viruela en 1961 y en 1962, hasta el 30 de mayo, ha habido otros tres.

Bolivia. Por diversas razones, un programa nacional de vacunación antivariólica que se inició en 1957 y que debía abarcar al 80 % de la población

Cuadro 4—Contribución de la OSP/OMS y del UNICEF al programa de erradicación de la viruela en las Américas, 1948-1961 (en dólares E. U. A.)

Proyectos	OSP/OMS	UNICEF	Total
AMRO-60	71.746	—	71.746
Argentina-2	9.736	—	9.736
Bolivia-8	10.263	—	10.263
Brasil-38	44.696	—	44.696
Colombia-17	103.789	15.000	118.789
Cuba-8	30.741	—	30.741
Chile-32	12.172	—	12.172
Ecuador-20	62.918	—	62.918
Haití-18	3.848	—	3.848
México-31	5.307	—	5.307
Paraguay-15	10.164	—	10.164
Perú-51	1.148	—	1.148
Uruguay-12	6.870	—	6.870
Venezuela-12	5.728	—	5.728
Totales	379.126	15.000	394.126

del país, se interrumpió en diciembre de 1959 después de haberse vacunado 2.758.567 personas y cuando quedaban por vacunar otras 700.000. Dado que el porcentaje de población protegida contra la viruela es muy bajo en algunos lugares y en otros nulo, es preciso completar cuanto antes el programa.

El laboratorio de producción de vacuna antivariólica desecada, cuyo equipo fue proporcionado por la Organización, produjo 269.000 dosis en 1961. En el mismo año, hasta el mes de noviembre inclusive, se vacunaron 34.215 personas. No se registraron casos de viruela en 1961.

Brasil. La viruela es endémica en el Brasil con frecuentes brotes epidémicos de intensidad variable. En 1961 ocurrieron 1.411 casos en la ciudad de Río de Janeiro y en 1962, hasta el 6 de junio, el Estado de Guanabara ha notificado 261 nuevos casos de la enfermedad.

Es evidente la necesidad de poner en marcha, con carácter urgente, un programa nacional de vacunación antivariólica que lleve a la erradicación de la enfermedad en el país. Así lo ha entendido el Gobierno del Brasil, disponiendo que dicho programa se inicie, con carácter experimental, en algunas áreas de Río de Janeiro y en el Estado de Sergipe, para luego continuar en el Estado de Ala-

gões. Una vez establecido el método de trabajo más apropiado, la campaña de vacunación antivariólica se extenderá a todo el país, hasta abarcar al 80 % de sus habitantes.

La Organización ha proporcionado equipo para la producción de vacuna desecada a los Estados de Río Grande do Sul y Pernambuco, facilitó equipo adicional de laboratorio al Instituto Oswaldo Cruz con objeto de que aumentara la capacidad de producción de vacuna liofilizada y otorgó, además, una beca a un profesional médico para que visitara diversos centros científicos en América del Sur, Estados Unidos y Europa, en los que se produce vacuna desecada en gran escala.

Colombia. El programa de erradicación de la viruela, que se inició en octubre de 1955, llegó a su término el 10 de abril de 1962. Se vacunaron 11.273.085 personas, cifra que comprende algo más de 4.484.000 primovacunas. El número de vacunados según el censo de población hecho por el programa de erradicación de la viruela y que da un total de 12.117.509 habitantes para el país, representa el 93 % de la misma. Se siguió el método de trabajo casa por casa, lo que supuso visitar más de 2.050.000 casas.

Desde septiembre de 1961 no se han registrado nuevos casos de viruela en Colombia, hecho que tiene especial significado si se tiene en cuenta que la dirección del programa de erradicación aplica un sistema de trabajo que asegura el descubrimiento y notificación temprana de los nuevos casos que ocurren, los cuales son objeto de un estudio clínico y epidemiológico detenido.

Es especialmente importante en este momento establecer los mecanismos y procedimientos que se han de utilizar para mantener el índice de población inmunizada alcanzado durante el programa de erradicación. Este aspecto es trascendental para Colombia, dada su proximidad a áreas en donde la viruela todavía conserva carácter endémico.

El Instituto Samper Martínez produjo 2.809.865 dosis de vacuna antivariólica desecada en 1961 y 1.224.025 en los primeros cuatro meses de 1962.

El programa de erradicación de la viruela en Colombia constituye un ejemplo de buen planeamiento, organización y desarrollo. La ausencia de casos de viruela desde hace casi un año demuestra su eficacia. La Organización cooperó con el Gobierno de Colombia en el curso de este programa

facilitando los servicios de un consultor permanente y los de otro consultor especializado en la producción de vacuna desecada en gran escala y, además, concedió becas en el exterior a tres profesionales para que estudiaran la forma de producir vacuna antivariólica desecada y la organización y desarrollo de campañas de vacunación.

Cuba. En 1961 se prepararon 518.500 dosis de vacuna antivariólica glicerinada. La Organización proporcionó al país el equipo de laboratorio para producir vacuna desecada. El número de personas vacunadas contra la viruela en 1961 fue de 129.647 y de 55.410 en el primer trimestre de 1962.

Chile. El Servicio Nacional de Salud, a través de sus organismos ejecutivos locales, está encargado del programa normal de vacunación antivariólica consistente en la vacunación de todos los recién nacidos e inmigrantes y la revacunación, cada cinco años, del 20 % de la población.

El Instituto Bacteriológico, al que la Organización proporcionó equipo adicional de laboratorio en 1958, produjo 1.050.000 dosis de vacuna glicerinada y 360.000 de desecada en 1961. El número de personas vacunadas, en dicho año, fue de 131.966.

Ecuador. El programa de erradicación de la viruela en el Ecuador se reanudó en 1958 con el propósito de vacunar, en un plazo de cinco años, al 80 % de la población del país, que en julio de 1961 se estimaba en 4.455.000 habitantes.

De 1958 a diciembre de 1961 se vacunaron 1.885.096 personas de las provincias de Loja, Esmeraldas, El Oro, Los Ríos, Guayas, Chimborazo, Pichincha y Manabí. El número de primovacunas, en igual período de tiempo, alcanzó a 510.571. Quedan todavía por vacunar unas 1.500.000 personas en extensas zonas de la costa y de la montaña, de difícil acceso.

El programa se ha desarrollado en forma irregular, con frecuentes interrupciones, lo que ha traído por consecuencia escaso número de vacunaciones. Con el objeto de salvar los inconvenientes económicos y administrativos que han determinado esta situación, a comienzos de 1962 el Gobierno introdujo cambios importantes en la forma de administración del programa, en especial en lo que se refiere a la provisión de fondos y aplicación de los mismos, de modo que en el futuro puedan utilizarse con prontitud y oportunidad. Con anteriori-

dad, a fines de 1961, solicitó la ayuda del Fondo de Emergencia de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, para que facilitara 11 vehículos destinados al transporte de personal, equipo de laboratorio para elevar la producción de vacuna antivariólica desecada, equipo de campo y los servicios de dos inspectores sanitarios para que colaboraran con el personal nacional en la organización, desarrollo y supervisión de las actividades de campo. La ayuda solicitada representaba una suma aproximada de \$ 57.000. Dado que el Fondo de Emergencia de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas no estaba en condiciones de sufragar el costo total de la solicitud, la diferencia se distribuyó entre la OSP y la AT/NU.

El Instituto de Higiene produjo 41.020 dosis de vacuna glicerinada y 1.095.220 de vacuna desecada en 1961 y 287.490 dosis de desecada entre el 1 de enero y el 30 de abril de 1962.

Haití. El programa de vacunación antivariólica iniciado en 1957 e interrumpido en 1958, ha sido reanudado. Sin embargo, el Gobierno tiene interés por encontrar la forma de desarrollar este programa de acuerdo con las posibilidades y recursos de que dispone. El personal de la OSP colabora con el Gobierno en el estudio de este problema. En 1961 se vacunaron 3.135 personas.

México. En México, los servicios locales de salud están encargados de mantener un alto nivel de inmunización de la población contra la viruela, función que cumplen mediante el desarrollo de programas ordinarios de inmunización. En 1961 se vacunaron 3.250.000 personas y en 1962, hasta el 31 de marzo, 1.379.775.

Paraguay. En septiembre de 1957 se inició en el Paraguay un programa destinado a vacunar contra la viruela, por lo menos, al 80 % de la población del país en un plazo de tres años. En febrero de 1960 se dio por terminado el programa, después de haberse vacunado 1.462.904 personas, lo que representa el 86,7 % de la población estimada del país el 30 de junio de 1959. Durante la campaña se usó vacuna glicerinada producida en el Uruguay y se empleó el método de vacunar a numerosas concentraciones pequeñas de pobladores. El mantenimiento de un índice adecuado de inmunización quedó a cargo de los servicios de salud. Así, en 1961, se vacunaron 110.142 personas

y 28.283 en los primeros cuatro meses de 1962, cifras que revelan que el trabajo de mantenimiento no se hace en la extensión adecuada.

Desde el segundo semestre de 1958 sólo se han notificado en el Paraguay 35 casos en 1960, correspondientes a grupos indígenas nómadas que no pudieron ser localizados en los sectores selváticos del país durante la campaña de vacunación. No hubo casos secundarios, pese a que hubo oportunidad para que otras personas se infectaran, lo que demuestra la eficacia de la vacuna usada y la corrección de la técnica con que se aplicó.

Perú. Como consecuencia de la campaña de erradicación que se inició en 1950 y que alcanzó al 87 % de la población del país, no han ocurrido casos de viruela desde diciembre de 1954. En 1961 se vacunaron 969.808 personas.

El Instituto Nacional de Higiene produjo 1.299.900 dosis de vacuna desecada y 433.400 de glicerinada en 1961.

Uruguay. Uruguay notificó la existencia de un caso importado de viruela en 1961 y de un caso autóctono en mayo de 1962.

Como consecuencia de la falta de un programa ordinario de inmunización contra la viruela, el porcentaje de población protegida contra la enfermedad es escaso. Es necesario, por tanto, que el Uruguay ponga en marcha, tan pronto se pueda, un programa nacional de vacunación antivariólica que corrija esta situación.

El Laboratorio de la Municipalidad de Montevideo produjo, en 1961, 70.000 dosis de vacuna desecada y 1.480.000 de glicerinada. En los primeros cuatro meses de 1962 la producción fue de 1.260.000 dosis de vacuna glicerinada.

Venezuela. Con posterioridad a la campaña de vacunación antivariólica que cubrió todo el país en 1957, no han vuelto a ocurrir casos de viruela en Venezuela. Los servicios locales de salud incorporaron la práctica de la vacunación antivariólica a sus actividades habituales.

En 1961, la producción de vacuna antivariólica desecada alcanzó a 4.600.000 dosis y la de glicerinada a 278.000. En 1962, hasta el 30 de abril, se produjeron 257.000 dosis de vacuna desecada y 1.963.000 de glicerinada.

La Organización ha colaborado con el Gobierno de Venezuela facilitando el equipo de laboratorio necesario para producir vacuna desecada.

Consideraciones generales

Es difícil expresar en cifras las consecuencias económicas a que da lugar el problema de la viruela. Sin embargo, hay hechos que indican su gravedad. Si se aceptan 14 días como promedio de duración de la enfermedad, 165.846 enfermos habidos entre 1947 y 1961 representaron 2.321.844 días-enfermo con permanencia obligatoria en cama. Una gran mayoría de los enfermos debieron ser hospitalizados, lo que significa aplicar una de las técnicas de aislamiento más elaboradas y costosas. Las muertes ocurridas, además del valor humano que no es posible fijar, significaron restar fuerzas a la producción y muchos hogares abandonados, carentes de sustento.

Toda epidemia de viruela causa trastornos violentos en el régimen de administración de salud de los países que la sufren, crea un estado de emergencia con todas las dificultades inherentes y que se traducen en postergación de actividades urgentes, desplazamientos costosos de personal, etc. Sus consecuencias en el comercio y en el tránsito internacional no son menos importantes.

Las enfermedades transmisibles constituyen motivo de preocupación para las autoridades de salud, muy en especial aquellas que por su rápida difusión pueden alcanzar con facilidad. La viruela, por su gravedad y facilidad de dispersión, figura entre las más importantes.

Los programas limitados de vacunación antivariólica no tienen justificación toda vez que esas mismas campañas, ejecutadas en escala nacional, dentro de plazos prudentes de tiempo y desarrolladas de acuerdo con normas técnicas precisas, significan la desaparición de la viruela. La acción concertada de los países de las Américas debe llevar a la erradicación de la misma en el Hemisferio Occidental.

Pasado el umbral de la erradicación continental, bastarán sólo medidas generales de vigilancia, especialmente en el tránsito internacional. Los países podrán destinar los recursos humanos, económicos y materiales que antes emplearon en el control de la viruela, a otras actividades de salud igualmente urgentes.

El éxito brillante de la eliminación de la viruela en la mayor parte de los países americanos, conseguido con grandes esfuerzos, se ve ensombrecido por la persistencia de focos importantes de la enfermedad en medio de áreas ya libres de ella. En estas condiciones, los programas ordinarios de vacunación antivariólica que alcancen a no menos del 80 % de la población de cada país, realizados en plazos que no excedan de cinco años, continuarán siendo necesarios para evitar la reintroducción de la viruela en esos países. Tal medida, que trae consigo una serie de consecuencias económicas y administrativas, sólo será innecesaria cuando se logre la erradicación de la viruela en escala continental.

Brasil y Ecuador son en la actualidad los focos principales de viruela en el Continente americano. El Ecuador tiene un programa de erradicación en marcha que, con los cambios introducidos últimamente por el Gobierno en el orden económico y administrativo, más la asistencia material extraordinaria facilitada por el Fondo de Emergencia de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, AT/NU y la OSP, hace suponer que llegará a su fin dentro de los próximos dos años. En cuanto al Brasil se refiere, es preciso que se dé la mayor celeridad posible a las actividades que acaban de iniciarse, de modo que el programa de erradicación de la viruela alcance la fase de pleno desarrollo en el plazo más breve posible.

**INFORME SOBRE EL ESTADO DE LA ERRADICACION DEL AÉDES AEGYPTI
EN LAS AMERICAS¹**

En una resolución adoptada por el Consejo Directivo, en su primera reunión (Buenos Aires, 1947), se encomendó a la Oficina Sanitaria Panamericana el fomento y coordinación de la campaña de erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas. En cumplimiento de esta resolución, la OSP ha venido realizando todos los esfuerzos posibles, dentro de sus limitaciones presupuestarias, para cooperar con los países en la ejecución de programas cuyo objetivo consiste en la eliminación de este vector del Hemisferio Occidental.

Durante los quince años transeurridos desde que se adoptó la resolución del Consejo Directivo se han resuelto muchas de las dificultades surgidas, por lo que se pueden considerar muy satisfactorios los resultados alcanzados.

Los Cuerpos Directivos de la Organización declararon erradicado el *A. aegypti* en Belice, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guayana Francesa, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Zona del Canal de Panamá.

En México la campaña ha llegado a su fase final y ya está en marcha la encuesta especial para verificar la erradicación. Todos los países de América Central están libres del vector.

Colombia ha erradicado también el *A. aegypti*, con la excepción de la ciudad de Cúcuta, que se reinfestó en 1961. Las actividades en Venezuela van avanzando, y la campaña de la Argentina llegará a su última fase a fines de 1962. En los demás países y territorios de Sudamérica, salvo Surinam, ya se ha eliminado al vector.

En la actualidad, el problema persiste en los Estados Unidos de América y en ciertos sectores del Area del Caribe, en que, a pesar de los esfuerzos realizados, resulta difícil, por razones geográficas, económicas y administrativas, lograr la coordinación necesaria para llevar a cabo el programa en los diversos territorios con suficiente simultaneidad para

evitar la reinfestación de las zonas ya libres del vector.

Los Cuerpos Directivos de la Organización han señalado repetidas veces la necesidad de que los países todavía infestados hagan todos los esfuerzos posibles para erradicar el *A. aegypti*, pues éste es el único medio de evitar que el programa de erradicación en las Américas se prolongue indefinidamente y de eliminar el riesgo de perder todo lo que se ha logrado hasta la fecha.

El Consejo Directivo, en la Resolución XXXIV adoptada en su XIII Reunión (Washington, octubre de 1961),² recomendó a los países y territorios aún infestados que todavía no hubieran iniciado la campaña, que la comenzasen lo antes posible, y a aquellos en que se estuviera desarrollando la erradicación del *A. aegypti* satisfactoriamente o se encontrasen en la fase final de ésta, que aceleraran la campaña, con el fin de que todos ellos pudieran completarla en un plazo de cinco años y dar cuenta de la erradicación en la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, que tendrá lugar en 1966.

A continuación se resume el estado actual del programa (hasta abril de 1962) en todos los países y territorios, salvo los que ya han erradicado el *A. aegypti*.

Argentina. Los primeros trabajos contra el *A. aegypti* realizados en la República Argentina fueron de control. En 1953 se inició la campaña de erradicación y, en septiembre de 1954, se firmó una carta-convenio de cooperación mutua entre el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, y la Oficina Sanitaria Panamericana. La carta-convenio, con algunas modificaciones, fue prorrogada en tres oportunidades.

Al comienzo, y debido a dificultades de orden administrativo, la campaña se desarrolló con lentitud, pero, a pesar de ello, los trabajos siguieron en marcha, empleándose las normas e indicaciones esta-

¹ Documento CSP16/12.

² Documento Oficial de la OPS 41, 39.

blecidas en el plan de operaciones aprobado en enero de 1955.

En agosto de 1961, de los 1.500.000 Km² que abarcaba el área que se suponía infestada, habían sido ya tratados 796.093 Km². Los resultados de los trabajos ya efectuados en la parte central y sur han demostrado la necesidad de revisar la estimación inicial.

Para ello y teniendo en cuenta las condiciones geoclimáticas, se consideró conveniente estudiar aproximadamente 126.000 Km² más que abarcaron parte de La Rioja, Córdoba, Santa Fe, y norte de la provincia de Buenos Aires. Además, también fueron investigadas otras áreas en las provincias de San Luis, Mendoza y San Juan.

Los resultados de estas investigaciones mostraron la ausencia del vector y parece innecesario efectuar encuestas en otros 500.000 Km², aproximadamente cubiertos por el plan de operaciones. Se está estudiando la delimitación definitiva del área que debe cubrir la encuesta.

Desde el comienzo de la campaña hasta junio de 1962 se han realizado encuestas en 3.671 localidades, de las cuales 165 habían sido inicialmente positivas. De éstas, solamente en tres (Rosario, Córdoba y Freyre) falta la última verificación para que se considere como erradicado el mosquito de las 165 localidades antes señaladas. Se espera que esta tarea quede terminada a fines de noviembre próximo.

Colombia. La campaña de Colombia llegó a su fase final en 1961, pero, en septiembre de ese año, después de dos años de negatividad, apareció una infestación intensa (con un índice de 45,2 %) y generalizada, de *A. aegypti*, en Cúcuta, cerca de la frontera con Venezuela. El Gobierno, con la colaboración de la Organización, tomó medidas para eliminar al mosquito. Hasta abril de 1962 habían sido sometidas a tratamiento 11.000 casas, y se espera que las 9.000 restantes serán tratadas durante el mes de julio. La primera verificación posterior al tratamiento se llevará a cabo en agosto o septiembre de 1962.

Cuba. Según los datos disponibles, Cuba puede considerarse totalmente infestada de *A. aegypti*, con la excepción de algunas zonas costeras casi deshabitadas y de las partes montañosas más elevadas del país.

Las actividades de erradicación se han intensificado considerablemente desde 1959, en que el Go-

bierno aumentó el presupuesto para la campaña, cuyo nivel actual es satisfactorio.

Los trabajos en la provincia de La Habana se completarán en 1962 y, a continuación, la campaña se extenderá a las provincias vecinas de Pinar del Río y Matanzas. Los progresos realizados en toda el área son satisfactorios, pero los resultados obtenidos en algunas zonas de La Habana y sus suburbios, en 1961, no fueron tan buenos debido a que la susceptibilidad del *A. aegypti* al DDT había disminuido. Este problema ha sido resuelto mediante el cambio de insecticida.

Se espera lograr la erradicación del *A. aegypti* en Cuba a fines de 1964, siempre que las actividades sigan al mismo ritmo y no surjan problemas de mayor importancia.

Estados Unidos de América. Según los últimos datos disponibles, el área infestada por el *A. aegypti* en este país y territorios bajo su administración comprende los Estados de Alabama, Arkansas, Florida, Georgia, Luisiana, Misisipí, Carolina del Sur, Tennessee, parte del Estado de Texas, Puerto Rico y las Islas Vírgenes. No se llevan a cabo actividades de erradicación.

La proliferación de *A. aegypti* está sometida a vigilancia y control en los aeropuertos internacionales y en las principales zonas portuarias de los Estados sudorientales.

Haití. A petición del Gobierno, el programa de erradicación ha estado interrumpido desde 1958, por razones económicas. El *A. aegypti* encuentra condiciones ecológicas muy favorables en Haití y, a juzgar por la situación que existía cuando se suspendieron las actividades, la infestación del país debe de ser, hoy, muy elevada y extensa.

Entre los programas urgentes de salud pública que el Gobierno de Haití ha sometido a la consideración de la Comisión Tripartita de la Alianza para el Progreso, figura un proyecto para la reanudación de la campaña de erradicación del *A. aegypti*.

México. La campaña se encuentra en su fase final. Ya se consideran libres del mosquito las áreas inicialmente infestadas del sur y del centro del país, y sólo faltan por inspeccionar pequeñas áreas del norte, en las proximidades de la frontera mexicano-estadounidense.

Continúa, en toda el área inicialmente infestada, la encuesta especial necesaria para la verificación

de la erradicación, y se espera completarla a principios de 1963. La labor se lleva a cabo con la cooperación de la OSP. Con la excepción de la ciudad de Mérida, que se encontró infestada, los resultados de la verificación han sido, hasta la fecha, negativos.

República Dominicana. Las actividades de erradicación se iniciaron en 1952, con la cooperación de la Organización. Sin embargo, los progresos realizados hasta la primera mitad de 1962 fueron muy lentos, debido a razones de carácter administrativo, principalmente la falta de personal. Se espera que, en la segunda mitad de 1962, se podrá disponer de los recursos necesarios para intensificar el programa, que se encuentra en una fase de reorganización. En este país se ha comprobado la resistencia del *A. aegypti* al DDT y al dieldrín.

Venezuela. En 1962, la campaña de erradicación del *A. aegypti* ha recobrado el vigor que perdió en el segundo semestre de 1961, por la reducción de su presupuesto. La verificación inicial terminó en los Estados Aragua, Carabobo y Mérida y continuó en los Estados Zulia, Lara, Trujillo y Yaracuy, encontrándose estos dos últimos en su período final. Se realizaron en el Distrito Federal y en el Estado Miranda las verificaciones postratamiento en las áreas ya negativas, para comprobación o consolidación de la erradicación del *A. aegypti*.

De las 5.620 localidades a que se extendió la encuesta inicial, 557 resultaron positivas. De éstas, 547 ya fueron tratadas y de ellas 22 son aún positivas. El área que cubre la encuesta representa el 16 % de la superficie del país y tiene 4.348.154 habitantes. El área ya libre del vector tiene una extensión de 118.595 Km².

Se espera que la erradicación del *A. aegypti* será completada en Venezuela en 1964.

Guayana Británica. La Guayana Británica se encuentra actualmente en una situación que puede ser muy peligrosa; en su capital, Georgetown, se ha descubierto *A. aegypti*, posiblemente difundido de tal forma por la ciudad que será necesario establecer un programa completo para liberar nuevamente de *A. aegypti* al territorio. Además de este problema, y en una combinación que exige las máximas precauciones, se descubrió la presencia de fiebre amarilla selvática en el territorio, por lo que se han tomado las medidas apropiadas para vacunar a las perso-

nas que corren algún riesgo y para evitar que el virus llegue a la capital. Se comprobó que los dos casos de la enfermedad, ocurridos en octubre y en noviembre de 1961, fueron a la capital y fallecieron en el hospital de la misma, pero no se notificaron a las autoridades sanitarias hasta varios meses después. Por esta circunstancia las autoridades se mantienen alerta ante la posible amenaza de la enfermedad.

Guayana Francesa. El territorio de la Guayana Francesa, que ya estaba libre de *A. aegypti*, se reinfestó en 1960. Esta reinfestación fue eliminada y en 1961 no se registró positividad.

Surinam. La encuesta preliminar llevada a cabo por el Gobierno con la colaboración de la OSP, en 1960, mostró que la infestación de *A. aegypti* en este territorio es elevada y está muy extendida. El Gobierno decidió iniciar una campaña de erradicación en 1962, asignando para ella, durante el primer año, la cantidad de 180.000 florines. El consultor de la OSP visitó el territorio y preparó un plan de operaciones para un programa que se iniciará en la segunda mitad de 1962. La Organización cooperará en forma de asistencia técnica y aportación de algunos suministros y equipo. Surinam es el único territorio de Sudamérica que, hasta la fecha, no ha llevado a cabo actividades de erradicación.

Jamaica. Las actividades de erradicación en esta isla no resultaban muy satisfactorias y, en consecuencia, el Gobierno decidió suspender el programa y proceder a una nueva evaluación de la situación. Con personal de la campaña antimalárica, se inició una encuesta en enero de 1961, a fin de determinar el alcance de la infestación en la isla. La encuesta está revelando una gran positividad en toda la isla, y posiblemente sólo presentan negatividad dos parroquias del sector occidental: Westmoreland y Hanover. Las restantes 11 parroquias son positivas. La ciudad de Montego Bay, que anteriormente era negativa, resultó también positiva, y las pruebas de susceptibilidad efectuadas en la ciudad mostraron que los *A. aegypti*, adultos y larvas, son resistentes al dieldrín, al DDT y al BHC. Es necesario proceder a una completa evaluación de la susceptibilidad del mosquito en las otras regiones. La OSP está haciendo los trámites necesarios para facilitar los servicios de un entomólogo que estudiará este problema, no sólo en Jamaica, sino tam-

bién en otros sectores del Area del Caribe que se enfrentan con situaciones semejantes.

No será posible proponer un nuevo programa hasta que se conozcan los resultados de la encuesta.

Islas Bahamas. La campaña se considera suspendida. Los fondos y el personal asignados a la campaña eran insuficientes y los resultados, insatisfactorios. La susceptibilidad del *A. aegypti* al DDT es baja.

Bermuda. Esta isla se considera negativa y sólo falta proceder a la verificación especial para certificar la erradicación.

Barbada. La campaña en esta isla ha estado bastante retrasada, pero recientemente se ha observado una gran mejora debido al nuevo interés mostrado por las autoridades locales de salud. Se observa una concentración de infestación, principalmente en la capital, Bridgetown, aunque hay también algunos pequeños focos en otros sectores de la isla. Se ha comprobado la resistencia del *A. aegypti* al DDT.

Islas Vírgenes (Reino Unido). En este grupo de islas se viene desarrollando la campaña, con la cooperación de la OSP, desde 1960. Se encontraron algunas dificultades en la inspección de las casas, debido a la ausencia de sus propietarios, y a la escasez de transporte para las islas periféricas. El índice correspondiente a Tórtola es de alrededor del 3 %.

Trinidad y Tabago. Estas dos islas se consideraron negativas durante algún tiempo, pero, en 1961 se encontraron mosquitos *A. aegypti* en una localidad de Trinidad y en la zona portuaria de Puerto España, probablemente importados de alguna otra isla. Se tomaron medidas para eliminar esta reinfestación.

San Cristóbal—Nieves—Anguila. Las dos primeras islas son ya negativas. Prosiguen en Anguila las actividades encaminadas a completar la erradicación, pero las autoridades locales de salud no se sienten satisfechas con los resultados de la campaña y, para convertir en negativa a la isla, se necesita una acción más intensiva.

San Vicente—Granadinas. Esta zona, que en 1959 se consideraba negativa, se reinfestó en 1960,

y las encuestas llevadas a cabo en 1961 indicaron todavía la existencia de positividad. No se aplicó ningún tratamiento durante 1961.

Antigua y Barbuda. Estas dos islas se reinfestaron en 1961, después de haber sido negativas y haber permanecido bajo vigilancia desde 1958. Se adoptaron medidas encaminadas a eliminar la reinfestación.

Montserrat. La reinfestación que se produjo en 1960 fue pronto eliminada, y ahora la isla es nuevamente negativa.

Santa Lucía. Esta isla se reinfestó en 1960, después de haber estado libre del *A. aegypti* durante largo tiempo. La reinfestación se eliminó a principios de 1960, pero en 1961 la isla volvió a ser positiva.

Granada—Carriacou. En este grupo de islas, Granada ha sido negativa desde hace mucho tiempo, pero Carriacou y Petit Martinique continúan siendo positivas. Las pruebas efectuadas en Carriacou indican que el *A. aegypti* es resistente al DDT y al dieldrín, y su susceptibilidad al BHC ha disminuido.

Martinica. No hay en la Martinica una campaña específica contra el *A. aegypti*. Las autoridades locales están llevando a cabo una campaña contra los insectos en general, pero no se han obtenido resultados satisfactorios contra el *A. aegypti*. La OSP no coopera en este programa.

Guadalupe. Son muy pocos los progresos realizados desde que se inició la campaña en 1956. Las actividades abarcaron solamente la capital y comunidades vecinas, no habiéndose logrado nunca la negatividad. En Basse Terre, la capital, se observó resistencia del *A. aegypti* al DDT.

Antillas Neerlandesas. La situación en este grupo de islas es, en general, satisfactoria. Aruba, Bonaire y Saba son ya negativas y sólo falta proceder a la verificación especial para confirmar la erradicación. San Eustaquio volvió a infestarse en 1961. Se llevaron a cabo algunas actividades, y los resultados de las primeras inspecciones fueron negativos. En Curazao, que se había notificado como negativo, se encontró un foco de infestación. Se pro-

cedió al rociamiento de acción residual de esa zona a fin de eliminar al mosquito.

El cuadro que figura a continuación presenta los datos de los programas de cada país y territorio.

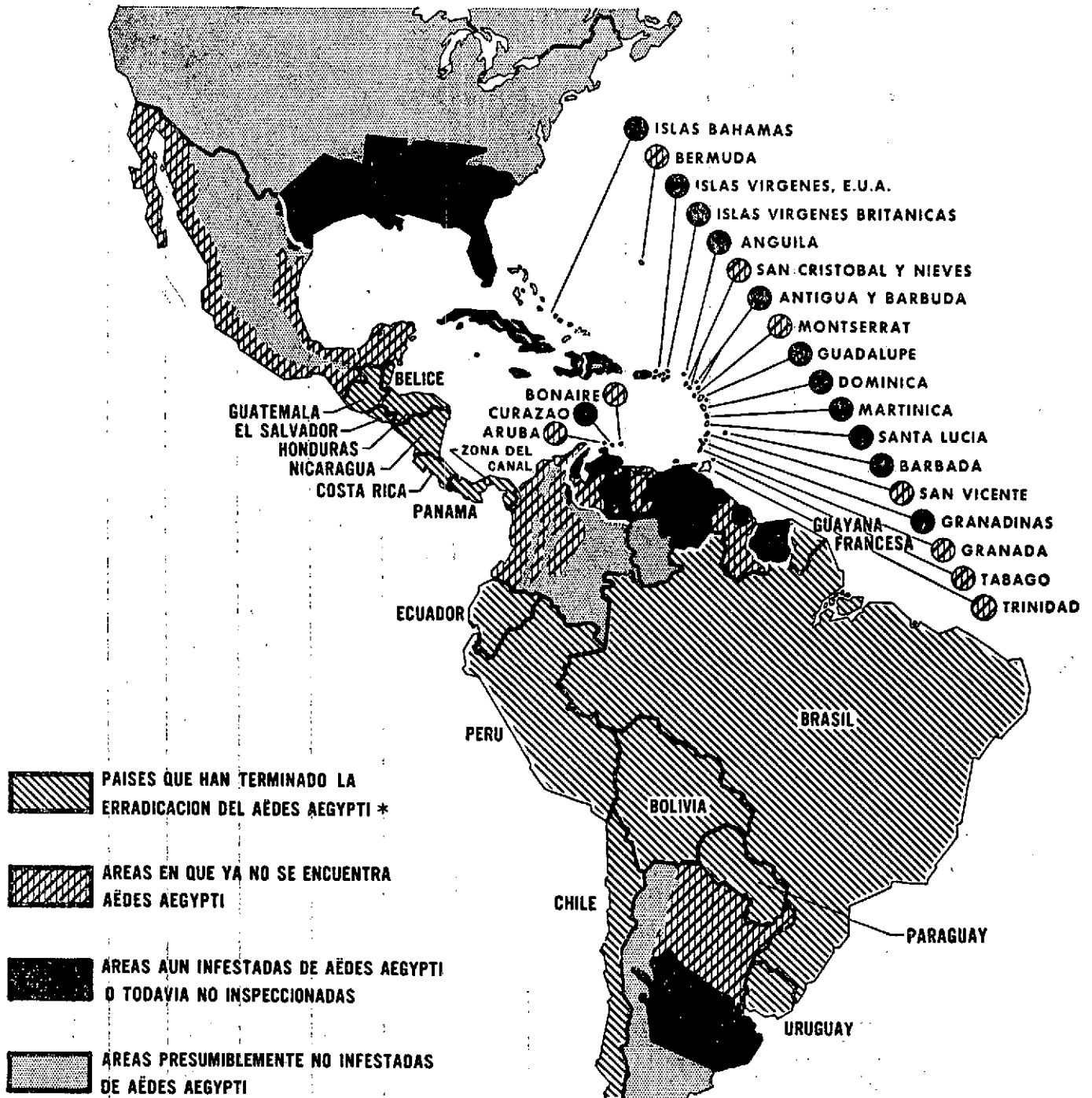
Se acompaña también un mapa que da una idea global de los resultados obtenidos y de la labor que queda por hacer para lograr la erradicación del *A. aegypti* en las Américas.

*Informe de junio de 1962 sobre la campaña de erradicación del Aedes aegypti
en las Américas, desde su iniciación*

País	Fecha de iniciación	Ultimo informe disponible	Area inicial presumiblemente infestada (Km ²)		Número	Localidades inspeccionadas				Estado actual
			Total	Inspeccionada (%)		Inicialmente positivas		Verificadas		
						Total	Tratadas	Total	Adn positivas	
Argentina	VI/53	VI/62	1.500.000	66,7	3.671	165	165	165	—	NA
Bolivia	VI/32	VI/62	100.000	100,0	282	65	65	65	—	E
Brasil	I/31	III/62	5.358.822	100,0	268.576	36.119	36.119	36.119	—	EV
Colombia	XI/50	VI/62	280.000	100,0	3.801	354	354	354	1	PA
Costa Rica	IV/49	VI/62	20.000	100,0	1.342	104	104	104	—	E
Cuba	III/54	VI/62	100.000	15,7	447	323	314	270	107	PA
Chile	VI/45	VI/62	104.373	100,0	301	48	48	48	—	EV
Ecuador	VI/46	VI/62	69.454	100,0	2.824	337	337	337	—	EV
El Salvador	IV/49	VI/62	18.675	100,0	909	190	190	190	—	EV
Estados Unidos de América	—	—	777.000	—	—	—	—	—	—	P
Guatemala	I/49	VI/62	36.423	100,0	2.485	138	138	138	—	EV
Haití	X/53	IX/58	27.750	49,4	2.379	605	602	435	27	P
Honduras	IX/49	VI/62	69.929	100,0	600	53	53	53	—	EV
México	I/51	VI/62	1.000.000	100,0	4.235	600	600	600	—	NA
Nicaragua	I/50	VI/61	65.263	100,0	3.126	18	18	18	—	E
Panamá	II/49	VI/60	56.246	100,0	2.853	44	44	44	—	E
Paraguay	I/48	VI/62	200.000	100,0	1.561	98	98	98	—	EV
Perú	I/40	VI/62	638.000	100,0	4.320	191	191	191	—	EV
República Dominicana	X/52	VI/62	42.020	80,4	1.420	351	351	319	15	PA
Uruguay	X/48	VI/62	187.000	100,0	1.020	133	133	133	—	EV
Venezuela	VI/48	VI/62	600.000	85,0	5.620	557	547	482	22	PA
Estados Unidos	—	—	124	—	—	—	—	—	—	P
Islas Vírgenes	—	—	—	—	—	—	—	—	—	P
Puerto Rico	V/50	III/61	8.896	61,8	481	248	248	248	116	P
Zona del Canal de Panamá	1948	IX/60	1.432	100,0	21	2	2	2	—	EV
Francia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guadalupe	I/57	X/61	1.619	4,9	53	38	38	27	20	P
Guayana Francesa	V/49	IV/60	91.000	100,0	222	55	55	55	—	E
Martinica	XI/53	III/62	1.000	100,0	34	21	19	19	2	PA
Países Bajos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Aruba	III/52	VI/62	174	100,0	9	9	9	9	—	NA
Buen Aire	IX/52	III/62	246	100,0	6	6	6	6	—	NA
Curazao	X/51	VI/62	448	100,0	R) 5	R) 5	R) 5	R) 5	R) 2	PA
Saba, San Eustaquio, San Martín	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Surinam	VII/58	VI/62	60	100,0	34	30	30	30	15	PA
—	—	XII/60	48.000	...	231	74	—	—	—	P
Reino Unido	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Antigua	VIII/54	VI/62	283	100,0	50	47	47	47	11	PA
Bahamas	VI/54	VI/62	11.396	1,3	13	11	11	11	9	P
Barbada	III/54	VI/62	171	100,0	99	R) 98	R) 98	R) 98	58	PA
Belice	X/50	VI/62	22.965	100,0	84	2	2	2	—	E
Bermuda	I/51	XII/51	53	100,0	R) 9	9	9	9	—	N
Dominica	II/51	X/56	789	90,0	136	66	66	66	16	P
Granada	XI/52	VII/59	311	100,0	8	8	8	8	—	N
Granadinas	XI/52	VI/62	65	100,0	7	5	5	5	3	PA
Guayana Británica	III/46	VI/62	4.662	100,0	93	21	21	21	2	PA
Islas Caimán, Turcas y Caicos	—	—	689	—	—	—	—	—	—	P
Islas Vírgenes	III/60	V/62	174	74,6	23	23	23	23	9	PA
Jamaica	II/50	III/62	11.424	100,0	R) 14	R) 12	...	...	...	P
Montserrat	V/56	VI/62	83	100,0	33	16	16	16	—	NA
San Cristóbal - Nieves - Anguila	V/50	XII/61	396	100,0	62	33	33	33	16	PA
Santa Lucía	V/53	XII/61	259	100,0	50	50	50	50	6	PA
San Vicente	III/53	VI/62	332	100,0	8	8	8	8	—	NA
Trinidad y Tabago	I/51	VI/62	3.108	100,0	128	122	122	122	—	NA

P = Positivo de *A. aegypti*; N = Negativo de *A. aegypti*; A = Programa en actividad; E = Erradicación terminada; V = Con vigilancia; — = Cero o sin movimiento; ... = No se dispone de datos; R = Revisado.

ESTADO DE LA CAMPAÑA DE ERRADICACION DEL AÈDES AEGYPTI ABRIL 1962



* ERRADICACION EFECTUADA SEGUN LAS NORMAS ESTABLECIDAS POR LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Anexo 6

INFORME SOBRE EL ESTADO DEL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LAS AMERICAS¹

La falta de información completa y fidedigna, en la mayoría de los países, impide llevar a cabo una determinación satisfactoria de la prevalencia e incidencia de la tuberculosis en las Américas.

Las estadísticas de mortalidad indican que esta enfermedad constituye una de las principales causas de defunción en varios países americanos. En el cuadro 1 figuran los datos acerca de los casos de tuberculosis notificados anualmente, con tasas por 100.000 habitantes, durante el período de 1955-1961, y en el cuadro 2 los referentes al número de defunciones por 100.000 habitantes. Estos datos son incompletos porque en muchas zonas, que no cuentan con adecuados servicios médicos, los casos no se diagnostican ni notifican, así como, por lo incompleto de los certificados médicos, no se atribuyen a la tuberculosis todas las defunciones causadas por esta enfermedad. No obstante, a pesar de su deficiencia, estos datos son útiles como base de cálculos aproximados, con pleno reconocimiento de la necesidad de estudiar el problema de la tuberculosis en un país determinado, a fin de planear un programa que lleve a efecto una rápida reducción de la morbilidad y mortalidad.

El criterio de la Organización en materia de control de la tuberculosis, como en otros campos de la salud pública, ha evolucionado con los años. Se han llevado a cabo revisiones periódicas de este criterio a medida que se han ido introduciendo nuevas medidas de control, se han mejorado las ya establecidas y se ha adquirido una experiencia cada vez mayor en la aplicación de ellas.

Mientras no hubo medios de atacar directamente el agente etiológico, el control antituberculoso tuvo por principal objeto aumentar la resistencia del individuo susceptible. Por tanto, la vacunación con BCG constituyó una parte muy importante de las primeras actividades de control de la tuberculosis realizadas por la Organización, con la asistencia del UNICEF.

La introducción de poderosas drogas antituberculosas permitió el ataque directo al bacilo de Koch en los reservorios infecciosos humanos.

En la actualidad, la tuberculosis puede considerarse como una enfermedad transmisible cuyo control es posible mediante métodos basados en la práctica de la salud pública, aplicada a las colectividades. Es necesario descubrir y convertir en no infecciosas todas las fuentes de infección—casos de tuberculosis— efectivas o posibles, y los individuos susceptibles deben ser protegidos.

En la práctica, esto significa un programa de búsqueda y tratamiento de casos, así como de vacunación y quimioprofilaxis. El descubrimiento de casos debe basarse en los métodos de diagnóstico más sencillos existentes en la actualidad: películas de rayos X en miniatura, exámenes de laboratorio y pruebas de la tuberculina. El tratamiento, para que resulte económicamente factible, ha de ser ambulatorio en la mayoría de los casos. Debe subrayarse que sea cual fuere el tipo de caso de tuberculosis pulmonar diagnosticado, el tratamiento habrá de limitarse en la práctica a la quimioterapia y las drogas facilitadas se las administrará el propio paciente.

De este modo, los elementos del control antituberculoso son muy simples, pero su aplicación a circunstancias locales requerirá, en cada caso, un estudio experimental de la magnitud del problema y de los métodos, en relación con los objetivos cuantitativos y cualitativos a alcanzar, y con los recursos existentes y necesarios, en medios materiales y personal. Claro está que esto habrá de hacerse con la debida consideración a las prioridades establecidas por las autoridades de salud pública en sus planes generales. Hasta que no se complete dicha fase experimental no podrá desarrollarse un plan racional a largo plazo, para un programa nacional de control.

La Organización considera que la mejor forma de llevar a cabo un estudio semejante consiste en realizarlo en una zona nacional piloto, que permita: a) evaluar la magnitud del problema en una

¹ Documento CSP16/14.

Cuadro 1—Casos de tuberculosis notificados, todas las formas (001-019), con tasas por 100.000 habitantes, en los países de las Américas, 1955-1961

País	Número										Tasa				
	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961 ^a	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961 ^a	
Argentina	16.577	18.307	19.647	16.508	17.387	18.865	...	86,7	93,9	98,9	81,5	84,3	90,0	...	
Bolivia	859	745	596	522	1.779	1.136	1.207	26,6	22,8	18,0	15,5	52,2	32,9	34,5	
Brasil ^b	10.883	11.556	13.735	7.986	14.079	9.943	...	120,8	171,7	204,2	115,7	138,2	100,8	...	
Canadá ^c	9.184	8.405	7.979	7.502	6.579	6.345	6.488	58,6	52,3	48,2	44,1	37,7	35,6	35,6	
Colombia ^d	12.273	11.048	13.787	14.579	13.858	14.392	15.436	110,8	93,0	114,6	119,3	110,1	106,5	111,3	
Costa Rica	681	700	605	560	649	624	...	71,6	70,9	58,6	52,0	57,6	53,3	...	
Cuba	1.749	1.951	1.838	1.177	1.849	1.856	2.624	28,5	31,2	28,8	18,0	27,8	27,3	37,8	
Chile	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
Ecuador	4.542	4.466	4.699	5.463	4.692	5.223	...	123,1	117,5	119,6	134,9	112,0	121,0	...	
El Salvador ^e	2.518	2.615	3.011	2.918	3.872	5.251	5.388	243,5	239,0	262,7	231,2	294,0	358,2	355,9	
Estados Unidos de América ^f	77.368	69.895	67.171	63.537	57.535	55.494	53.623	45,9	41,6	39,3	36,5	32,5	30,8	29,3	
Guatemala	2.721	2.157	1.942	1.153	3.649	3.802	3.362	83,5	64,4	56,3	32,5	99,9	101,0	86,9	
Haití	799	779	1.188	2.218	3.067	2.860	3.332	24,2	23,3	35,1	66,5	88,5	81,6	94,0	
Honduras	...	...	...	1.439	1.609	4.566	1.985	...	...	...	...	78,7	85,3	98,3
México	8.257	9.421	10.392	11.157	11.348	12.417	11.803	27,8	30,9	33,1	34,5	34,1	35,6	32,7	
Nicaragua	964	1.051	1.014	1.330	744	581	707	77,4	81,6	76,1	96,5	52,2	39,3	46,2	
Panamá	826	1.323	1.878	1.385	1.673	1.487	1.104	89,5	139,6	193,0	138,5	162,9	140,9	101,8	
Paraguay ^g	640	1.158	1.381	1.206	1.126	1.113	...	89,4	124,1	135,3	107,6	65,2	63,0	...	
Perú ^h	19.408	19.818	22.552	19.336	22.796	19.485	22.053	472,9	450,3	472,8	397,5	425,3	348,4	382,7	
República Dominicana	1.799	2.149	2.184	2.199	2.189	2.122	...	71,2	82,2	80,8	78,6	75,6	70,9	...	
Uruguay	3.705	653	3.164	3.134	2.134	1.928	1.613	141,6	24,4	116,2	113,6	76,4	68,2	56,4	
Venezuela ⁱ	8.699	8.062	7.211	7.494	7.887	8.722	8.658	260,4	232,7	200,3	201,2	204,3	217,7	208,2	

... No se dispone de datos.

* La enfermedad no es de notificación obligatoria.

(a) Datos provisionales.

(b) Distrito Federal y capitales de Estado, excepto: São Paulo, 1956-1958; Niterói, 1955, 1957 y 1958. Los datos de 1960 son incompletos.

(c) Excluyendo los Territorios del Noroeste, 1955-1958.

(d) Casos activos de notificación reciente.

(e) Zona de notificación.

(f) Incluyendo Alaska y Hawaii.

Cuadro 2—Número de defunciones por tuberculosis, todas las formas (001-019), con tasas por 100.000 habitantes, en los países de las Américas, 1955-1960

País	Número						Tasa					
	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1955	1956	1957	1958	1959	1960
Argentina	4.786	3.844	...	...	...	...	25,0	19,7	...	...	...	...
Bolivia	1.184 ^a	...	...	...	...	...	37,2 ^a	...	...	...	...	...
Brasil ^b .....	...	4.026	8.522	7.973	8.434	...	...	67,1	87,4	79,7	84,2	...
Canadá	1.382	1.256	1.183	1.027	959	823	8,8	7,8	7,1	6,0	5,5	4,6
Colombia	3.570	3.487	3.614	3.662	3.841	4.074	28,2	26,9	27,3	27,1	27,8	28,8
Costa Rica	220	198	217	165	163	151	23,1	20,0	21,0	15,3	14,5	12,9
Cuba .....	...	...	1.175	1.076	1.146	...	...	...	18,4	16,5	17,2	...
Chile	4.530	4.129	4.110	3.776	4.073	4.032	67,0	59,5	57,7	51,7	54,6	52,9
Ecuador	1.213	1.313	1.420	1.454	...	...	32,9	34,6	36,1	35,9	...	...
El Salvador	456	363	406	432	384	408	20,8	16,0	17,3	17,7	15,2	15,6
Estados Unidos de América ^c	15.016	14.137	13.390	12.417	11.474	...	9,1	8,4	7,8	7,1	6,5	...
Guatemala	1.311	1.439	1.272	1.306	1.207	1.266	40,2	43,0	36,9	36,8	33,1	33,6
Haití .....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	266	278	286	244	297	265	16,0	16,2	16,2	13,3	15,7	13,6
México	7.708	8.434	9.494	9.399	9.168	9.719	26,0	27,6	30,2	29,1	27,5	27,8
Nicaragua	82	88	72	97	113	123	6,6	6,8	5,4	7,0	7,9	8,3
Panamá	203	292	267	266	238	288	22,0	30,8	27,4	26,6	23,2	27,3
Paraguay ^d	242	243	219	220	244	292	...	...	23,6	27,7	28,7	32,4
Perú ^e	2.460	2.582	3.224	2.627	3.182	...	98,3	100,1	118,5	83,6	89,4	...
República Dominicana	768	767	614	476	512	...	30,4	29,4	22,7	17,0	17,7	...
Uruguay	635	...	599	519	507	...	24,3	...	22,0	18,8	18,2	...
Venezuela	1.932	1.723	1.731	1.547	1.466	1.411	32,4	27,8	26,9	23,2	21,2	19,6

(a) 1954.

(b) Los datos de 1956 corresponden al Estado de Guanabara (entonces Distrito Federal) y siete capitales de Estados; los del período 1957-1959 al Estado de Guanabara y capitales de otros Estados y Territorios, con algunas excepciones.

(c) Incluyendo Alaska y Hawaii.

(d) Las tasas de 1957-1960 están basadas en la población de la zona de infección.

(e) Ciudades principales.

muestra representativa de la población; b) establecer cualitativa y cuantitativamente los objetivos del control y medir las realizaciones conseguidas durante un período de tiempo especificado, teniendo especialmente en cuenta la eficacia administrativa de los métodos empleados; c) efectuar una valoración de los recursos mínimos necesarios para alcanzar dichos objetivos sin olvidar que, en el mayor grado posible, el control antituberculoso debe realizarse como parte integrante del programa de salud pública y no como un servicio altamente especializado y costoso, y d) calcular el costo de la consecución de los fines propuestos.

Una vez concluida semejante fase piloto, será posible que las autoridades nacionales de salud elaboren un plan a largo plazo para el desarrollo de un programa nacional, por un período de tiempo

especificado. La rapidez con que dicho programa pueda desarrollarse dependerá de: a) la prioridad concedida a la tuberculosis con relación a otros problemas de salud, considerando los medios de que la autoridad sanitaria pueda disponer, y b) la rapidez con que puedan conseguirse los recursos mínimos y pueda adiestrarse el personal para dicho programa.

Al planear la extensión del control antituberculoso más allá de la primera fase piloto, las autoridades nacionales de salud deberán tener en cuenta que: a) la administración del programa debe apoyarse en gran parte en los medios materiales y de personal de los servicios generales de salud pública, y b) la fase de expansión del programa habrá de tener asimismo objetivos cuantitativos y cualitativos y deberá quedar sujeta a evaluaciones pe-

riódicas hechas por las autoridades encargadas de la zona piloto. La orientación y adiestramiento del personal preciso, puede también efectuarse en la zona piloto como proceso continuo durante las fases experimental y de ampliación.

El Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud, en su 36ª Reunión (Puerto Rico, 1958), consideró a la tuberculosis "como uno de los primeros problemas de salud a resolver en numerosos países del Continente", y encomendó al Director que informara a una próxima reunión del Consejo Directivo sobre las necesidades financieras para la formulación de un plan continental de lucha contra la tuberculosis.¹

El problema de la tuberculosis se discutió extensamente durante la XIII Reunión del Consejo Directivo (Washington, 1961). El Documento CD13/17, Rev. 1,² "Necesidades financieras para la formulación de un plan continental de lucha contra la tuberculosis", presentado por el Director, indicaba que las necesidades financieras adicionales para un programa ampliado antituberculoso se calculaban en unos \$ 63.000.000 anuales, por un período de 10 años, con un total general para el decenio que ascendía a \$ 630.000.000 y comprendía los costos de diversas medidas de control: terapéuticas, preventivas y educativas. El debate que siguió a la presentación del documento indicó la necesidad de obtener información complementaria acerca de la naturaleza y alcance del problema en cada país, a fin de realizar un detenido estudio de la situación que sirva de base a la formulación de programas de control antituberculoso.

En su Resolución XXXVI,³ el Consejo Directivo recomendó a los Gobiernos: a) que investigaran la magnitud del problema de la tuberculosis en sus respectivos territorios, con el fin de establecer un mejor conocimiento de la incidencia y prevalencia de la infección y de la enfermedad, así como que organizaran la búsqueda intensiva de casos; b) que procuraran determinar el costo de las medidas específicas de control de la tuberculosis, de tal manera que les permitiera preparar planes nacionales de lucha antituberculosa, respaldados por un adecuado financiamiento; c) que establecieran metas para ser cumplidas en los próximos diez años, con

el fin de reducir los índices de mortalidad y morbilidad y de prevalencia de la infección, y d) que reorientaran los programas de control de la tuberculosis con el objeto de lograr el mejor rendimiento posible de los recursos humanos y materiales disponibles.

El Consejo Directivo autorizó asimismo al Director para que procurara obtener recursos económicos adicionales que permitieran la ejecución de un programa continental de lucha contra la tuberculosis, incluyendo la investigación de todos aquellos problemas que guarden relación con la enfermedad y que pueda contribuir a su más rápida solución.

A fin de prestar asistencia a los Gobiernos en el control antituberculoso, la Organización está ampliando, dentro de sus posibilidades presupuestarias, sus actividades en esta materia mediante un programa regional (AMRO-110) y varios programas en los países. Esta asistencia consiste en lo siguiente: 1) adiestramiento de personal nacional en las nuevas técnicas y procedimientos de administración del problema de la tuberculosis; 2) encuesta relativa a la situación de la tuberculosis en los distintos países, inclusive el estudio de las tendencias actuales de morbilidad y mortalidad de la enfermedad, evaluación de los recursos existentes en medios materiales y personal adiestrado que puedan utilizarse en un programa eficaz, evaluación de las necesidades y medios posibles de satisfacerlas, etc., y 3) establecimiento de zonas nacionales piloto para los programas.

En el pasado, la colaboración de la Organización se ha dedicado exclusivamente a programas de vacunación colectiva con BCG. En 16 países y territorios (Belice, Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador, Guayana Británica, Guatemala, Honduras, Jamaica, Islas Leeward, México, Paraguay, República Dominicana, Surinam, Trinidad y Tabago e Islas Windward) se han llevado a cabo campañas al respecto. Además, se ha prestado asistencia a tres países en la organización de laboratorios productores de vacuna BCG.

Sin embargo, en los últimos cuatro años, el interés se ha orientado hacia una mejor organización de dispensarios, con especial atención a la quimioterapia y quimioprofilaxis, que ocupan actualmente un lugar preeminente entre las medidas antituberculosas de salud pública. El nombramiento, a mediados de 1960, de un Consultor Regional en Tuberculosis, ha estimulado la labor en este campo.

¹ Documento Oficial de la OPS 27, 439.

² *Ibid.*, 41, 400-404.

³ *Ibid.*, 41, 40-41.

No obstante, dificultades relativas a la contratación de consultores competentes en tuberculosis han demorado la asistencia prestada por la Organización.

Una vez terminada satisfactoriamente una campaña nacional de vacunación con BCG, en 1958, el Gobierno de *Guatemala* solicitó la colaboración de la Organización en la ejecución de un programa piloto de control, basado en la quimioterapia de pacientes y la quimioprofilaxis de contactos. El programa se inició en septiembre de 1958, en el Departamento de Escuintla, extendiéndose más adelante a los Departamentos de Santa Rosa y Sacatepéquez. En 1961 se hizo una evaluación del trabajo realizado en los dos primeros departamentos, con la reorganización del programa y la elaboración de normas y procedimientos.

En 1959, el Gobierno de *México* solicitó la colaboración de la OPS en una encuesta y programa de control relativos a la tuberculosis. Se ha completado ya el adiestramiento de personal para este programa (México-38), así como la preparación de las normas generales de control de la enfermedad en el país. Es de lamentar que dificultades halladas en cuanto a la contratación de un consultor internacional y a la provisión de unidades móviles de rayos X, retrasaran la iniciación de este programa. Ahora bien, el consultor fue nombrado a mediados de 1961 y el equipo llegó en enero de 1962. El programa empezó en Baja California, donde la encuesta preliminar de prevalencia se encuentra en marcha, con la observación ulterior de todos los casos y contactos descubiertos. El Laboratorio de la Universidad Nacional Autónoma de México continuó recibiendo la colaboración y estímulo relativos a la investigación y estudio de micobacterias atípicas.

En *Cuba*, el Gobierno se ha mostrado muy interesado en la ejecución de un programa de control antituberculoso y ha solicitado la cooperación de la Organización. Hasta el momento se han ampliado varios hospitales, aumentando considerablemente el número de camas destinadas a pacientes tuberculosos.

En la *República Dominicana*, la campaña de vacunación con BCG terminó en 1961. Con la colaboración de la Organización se ha preparado un plan de operaciones relativo a un proyecto piloto en San Cristóbal, que se iniciará en 1963, y en el que cooperará el UNICEF. Se espera que el

adiestramiento del personal necesario termine en 1962.

En *Honduras*, un consultor de la Organización colaboró en 1961 con el Gobierno en la preparación de los planes relativos a un proyecto piloto de control en la región meridional del país (Choluteca). Con relación a este proyecto, el Gobierno ha solicitado la cooperación del UNICEF.

En *Panamá* se ha llevado a cabo durante los últimos meses un programa intensivo de descubrimiento de casos, como parte del programa de salud pública de la Zona Central. Para garantizar la máxima participación de una población predominantemente rural y la cooperación máxima por parte de los pacientes, así como de los sospechosos y contactos sometidos a tratamiento o supervisión, se está desarrollando una labor encaminada a despertar el interés de las personas prominentes de cada localidad. El éxito de este plan está sirviendo de estímulo al Gobierno para utilizar el mismo planteamiento en otros campos de la salud pública. El programa de control antituberculoso cuenta con la colaboración de la Organización y el UNICEF.

Desde 1961, un consultor de la OPS está colaborando con el Gobierno de *Colombia* en la reorganización de su servicio de control antituberculoso. Se han realizado particulares progresos en el mejoramiento del intercambio de información, establecimiento de normas uniformes y un sistema más eficaz de registro de datos. Se ha preparado un proyecto piloto para la zona de Santa Marta y sus alrededores, en el cual se estudiarán especialmente la metodología de la inducción de los pacientes tuberculosos ambulantes y sus contactos para que continúen aceptando las drogas durante un período de tiempo suficientemente largo. El proyecto contará con la asistencia del UNICEF.

A fines de 1961, un consultor a corto plazo de la OPS hizo un detallado análisis crítico de los aspectos técnicos y administrativos de las actividades de la *Liga Ecuatoriana Antituberculosa*.

En el *Perú*, la tuberculosis constituye un grave problema de salud pública a pesar de los esfuerzos de los organismos oficiales y privados para controlar la enfermedad. Si bien la mortalidad debida a tuberculosis ha disminuido, no se ha podido conseguir una reducción semejante del número de pacientes y, según las estadísticas oficiales, esta cifra se ha mantenido estacionada. Encuestas realizadas en colectividades urbanas revelaron una pre-

valencia de 2,34 %. Un estudio similar terminado el año último en la zona de Puno indicó una prevalencia de enfermedad activa de 2,82 por ciento.

El Gobierno del Perú ha solicitado la colaboración de la Organización y el UNICEF para un proyecto piloto de control antituberculoso en la zona de Tacna. Este proyecto se encuentra en la actualidad a punto de iniciarse, a la espera únicamente de la llegada del equipo de rayos X que ha de suministrar el UNICEF y del consultor de la OPS que está a punto de ser contratado. Desde 1960 se encuentra en dicho sector del país una consultora de la OPS en enfermería antituberculosa, para prestar asistencia en las zonas de Puno y Tacna.

En Chile se ha propuesto un proyecto piloto, relativo a un grupo de población conveniente, situado al sur de Santiago (Comunas La Cisterna y la Graña). El proyecto prestará especial atención al tratamiento intensivo ambulatorio y domiciliario y tratará de encontrar los métodos más eficaces de observación ulterior que puedan aplicarse al resto del país.

Diversos estudios emprendidos en el altiplano de Bolivia, en 1960, indicaron que la tuberculosis constituye un grave riesgo de salud pública en aquella zona. En 1961, el Gobierno solicitó la colaboración de la Organización y el UNICEF para establecer un proyecto piloto que estudiara la prevalencia de la tuberculosis y el control de la enfermedad, así como para adiestrar al personal nacional en los métodos de control antituberculoso. La Organización facilitará los servicios de un especialista en tuberculosis y de una enfermera, como consultores asignados a este proyecto, el cual se iniciará en 1963.

La Organización ha cooperado asimismo con el Gobierno del Brasil en la preparación de un plan relativo a un proyecto piloto sobre control antituberculoso, a realizar en el Estado de Río Grande do Norte, con la colaboración del UNICEF. Se tenía el propósito de iniciar este programa en 1961, pero las dificultades de obtención de las unidades móviles de rayos X han retrasado su comienzo. Se espera que el programa pueda comenzar a principios de 1963.

En la segunda mitad de 1960 se inició en diversas provincias de la Argentina una encuesta encaminada a determinar la prevalencia de tuberculosis, labor en la que cooperó la Organización facilitando los servicios de tres consultores. El UNICEF

también prestó asistencia a esta encuesta. La encuesta realizada en la provincia del Chaco terminó satisfactoriamente en 1961 y está siendo extendida a la provincia de Neuquén, esta vez a cargo únicamente de personal nacional.

La organización del Centro Nacional Antituberculoso de Santa Fe, realizada con la colaboración de la OPS y el UNICEF, quedó terminada en 1961. Los fines de este centro comprenden el desarrollo de un programa de demostración de control antituberculoso, en zonas rurales y urbanas de la provincia de Santa Fe; el adiestramiento de médicos y otros técnicos; el estímulo de estudios en el campo del control antituberculoso y la educación en salud pública; consultas con las provincias en cuanto a sus planes de control antituberculoso, y, finalmente, el estímulo y la coordinación de estas actividades con las desarrolladas por otros organismos. En la realización del proyecto se han logrado considerables progresos. El centro de salud de Recreo (Santa Fe), que comprende un sanatorio, un gran dispensario piloto y una escuela de control antituberculoso, ha emprendido reformas en sus edificios, ha recibido equipo y ha contratado personal. En la zona del proyecto han comenzado actividades de control y tuvo especial interés la inauguración del primer curso, en mayo de 1962. En esta ocasión, únicamente, el curso estuvo limitado a médicos argentinos. Dos consultores a corto plazo, de la OPS, están prestando servicios en el profesorado, así como un especialista adscrito a la Oficina de la Zona VI.

El centro de Recreo será la base de las actividades técnicas y de investigación del programa de control antituberculoso en la Argentina, y además servirá de centro de adiestramiento interamericano, en sus aspectos docentes.

Bajo el estímulo de la Oficina de Campo de la OPS en El Paso, las actividades del comité antituberculoso de El Paso-Juárez están extendiéndose a otras colectividades gemelas fronterizas.

En el Centro Panamericano de Zoonosis se ha propuesto la ampliación de las instalaciones de laboratorio al objeto de permitir la tipificación de micobacterias en gran escala. De conseguirse apoyo financiero para este proyecto, será posible estudiar la extensión de las repercusiones de la infección bovina en la tuberculosis humana en varios países de América Latina.

Se encuentran adelantados los planes para celebrar, en 1963, un seminario en la Argentina, a fin de analizar la forma de utilizar los nuevos progresos técnicos relativos a la prevención de la tuberculosis, así como de estimular las actividades en los programas de los países. A este seminario asistirán expertos en el control antituberculoso, epidemiólogos y administradores de salud pública de los países de América del Sur. Se proyecta la celebración de otro seminario, en 1964, para los países y territorios de Mesoamérica y el Area del Caribe.

En resumen, es alentador observar el creciente interés en el control antituberculoso, en todo el Continente. Si bien hace cuatro años no se encontraba en funcionamiento más que un solo proyecto piloto, en la actualidad son 10 los que se encuentran en actividad o iniciarán muy pronto sus operaciones. Así, pues, 10 países están cumpliendo la primera recomendación de la Resolución XXXVI de la XIII Reunión del Consejo Directivo.

Estos 10 centros de investigación, adiestramiento y funcionamiento modelo ejercerán una positiva influencia en los países en que han sido creados. En los proyectos se prestará atención, sobre todo, a los aspectos del control antituberculoso que indudablemente predominarán en esta especialidad durante muchos años, a saber: el tratamiento ambulatorio-domiciliario de casos y la protección de contactos por medio de vacunas y drogas. Los medios técnicos ya existen, y los nuevos centros estudiarán la metodología relativa a su aplicación a cuantos los necesiten, a la vez que explorarán la forma de inducir a las poblaciones a que cooperen mediante el uso constante de las drogas durante largo tiempo. Esto representa un punto crucial en la historia del movimiento antituberculoso mundial. El tratamiento hospitalario y la vacunación, hasta hoy tan predominantes, empiezan a desempeñar papeles secundarios y la administración de drogas a pacientes ambulatorios está adquiriendo primordial importancia.

Anexo 7

INFORME SOBRE EL PROGRAMA DE NUTRICION EN LAS AMERICAS¹

INTRODUCCION

Los programas de nutrición han recibido en las Américas un fuerte impulso en los últimos años. Esto obedece a varias causas, entre las que se destacan: a) la existencia de una conciencia, en los poderes públicos, de la severidad y consecuencias de los problemas de nutrición en el Continente; b) la disminución progresiva de ciertas enfermedades transmisibles que ha conducido a poner de relieve otros problemas que con anterioridad no tuvieron alta prioridad en los programas de salud pública; c) el mejor conocimiento científico de los problemas y de los medios de resolverlos y, por último, d) las posibilidades de mayores recursos, tanto nacionales como internacionales, para hacer frente a los problemas.

La XIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, celebrada en Washington, D. C., en octubre de 1961, discutió ampliamente el problema de la nutrición en las Américas y aprobó la Resolución XI,² en la que se enumeraron los problemas más urgentes y se recomendaron las medidas que tanto los Gobiernos como la Organización Panamericana de la Salud debían poner en práctica para la solución de los mismos.

El presente documento responde al último párrafo de la citada resolución, que dice así:

Encomendar al Director que presente anualmente a las reuniones del Consejo un informe dando cuenta de las actividades desarrolladas en materia de nutrición, de acuerdo con este programa, y de los progresos alcanzados para superar los problemas existentes en ese campo.

El documento preparado por la Oficina el año pa-

¹ Documento CSP16/6.

² Documento Oficial de la OPS 41, 24-25.

sado señalaba con algún detalle las características del problema nutricional en la América Latina, por lo cual el que ahora se presenta tiene más bien por objeto ampliar la información sobre los programas que se han llevado a cabo, especialmente sobre los realizados en el último año.

EL PROBLEMA

Se señalaba en la citada resolución de la XIII Reunión del Consejo Directivo que la gravedad del problema de la nutrición en las Américas se reflejaba "en el hecho, entre otros, de que la producción de alimentos *per capita* de la América Latina, en 1959-1960, fue inferior a la que se registraba antes de la segunda guerra mundial".

Desgraciadamente, la situación en este aspecto no ha mejorado en el último año, sino todo lo contrario. El incremento de la población sigue siendo mayor que el aumento de la producción de alimentos. El índice de la producción de alimentos *per capita* ha sido en el año 1960/1961 un 3 % menor que en el año 1959/1960, lo que representa una producción *per capita* de un 5 % más baja que la que existió antes de la segunda guerra mundial.

He aquí los índices:¹

<i>Producción de alimentos per capita</i>	<i>Indice</i>
Promedio antes de la segunda guerra mundial.	104
1948/1949 a 1952/1953	97
1953/1954 a 1957/1958	101
1958/1959	105
1959/1960	102
1960/1961	99

Lo poco que se había ganado en los años 1958/1959 se ha vuelto a perder en 1960/1961. Se han dado razones de orden climatológico para explicar esta disminución de la producción *per capita*, pero ello no demuestra sino que el esfuerzo debe ser mayor.

Se señalaba también en la Resolución XI del último Consejo Directivo que el "problema de la nutrición en las Américas afecta gravemente al estado de salud de las poblaciones, determinando una mortalidad y morbilidad elevadas, especialmente en los niños así como un desarrollo físico y un rendimiento de trabajo insuficientes, todo lo cual tiene

profundas repercusiones en el desarrollo económico y social de los países".

Es evidente que hoy se cuenta con hechos más concretos que los que existían en el pasado para estimar la magnitud del problema nutricional en las Américas. La mortalidad de los niños de 1 a 4 años sigue siendo, en algunos países de la Región, de 20 a 30 veces más alta que la que existe en otros países técnicamente más avanzados, siendo cada día más clara la asociación existente entre dicha mortalidad y las condiciones de nutrición en las poblaciones.

La deficiencia calórico-proteínica de los niños sigue siendo el problema más grave en las Américas. En la mayor parte de los hospitales continúa ingresando gran número de niños que padecen desde la forma extrema de marasmo hasta la clásica del síndrome pluricarencial de la infancia. La gravedad del problema no está reflejada solamente por las altas cifras de mortalidad observadas, sino por las repercusiones que tales condiciones tienen sobre el futuro desarrollo físico y mental de las poblaciones. Otros problemas específicos graves en las Américas son las anemias y el bocio endémico, de lo cual se trató extensamente en el Documento CD13/14² presentado por la Oficina a la XIII Reunión del Consejo Directivo del pasado año.

En ciertas áreas, la deficiencia de vitamina A constituye una causa importante de lesiones oculares, incluso ceguera.

Pero, aparte de estas manifestaciones específicas, América Latina ofrece un panorama de desnutrición global, crónica, caracterizada por un peso y altura inferiores a los normales de acuerdo a su potencial étnico, indiferencia, cansancio y, en consecuencia, baja productividad.

Por todo esto, el problema de nutrición debe ser considerado—según señaló la Resolución XI del último Consejo Directivo—entre los problemas de máxima prioridad en la planificación nacional de salud.

PERSONAL DE LA OSP

La Oficina contaba en 1960 con un asesor de nutrición. En 1962 hay cinco asesores con destino en Washington, Haití, Trinidad, Colombia y Guatemala respectivamente, y sus servicios de asesoramiento se extienden a los Gobiernos de todos los países

¹ *El estado mundial de la agricultura y la alimentación - 1961*, FAO, Roma.

² *Documento Oficial de la OPS 41*, 404-417.

de la Región. Para 1963 se ha incluido en el presupuesto un asesor más.

Es de esperar que este aumento de personal redunde en beneficio de las actividades de nutrición que los Gobiernos vienen impulsando en sus respectivos países.

La Oficina estima que este aumento de personal constituye un paso importante para llevar a cabo la recomendación contenida en el párrafo tercero de la parte dispositiva de la Resolución XI de la XIII Reunión del Consejo Directivo, que dice así:

Dar su pleno apoyo a la intensificación de actividades en este campo, iniciada recientemente, y recomendar además al Director que, dada la gravedad del problema, incluya en los futuros proyectos de presupuesto las asignaciones necesarias para asegurar el desarrollo progresivo de estas actividades.

LA NUTRICION EN LOS PLANES NACIONALES DE SALUD

Uno de los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso (Resolución A.2) aprobado en la reunión de Punta del Este,¹ consiste en "mejorar sustancialmente la alimentación y la nutrición de los grupos más vulnerables de la población, aumentando la ingestión de proteínas de origen animal o vegetal". Otro de los objetivos, sin duda de los más impresionantes, establecidos en dicha resolución, es el de "reducir la mortalidad de los menores de 5 años de edad a la mitad de las tasas actuales".

Es evidente que ambos objetivos son complementarios. Será difícil reducir la mortalidad de niños menores de cinco años en dicha proporción si no se logra mejorar su estado de nutrición, aumentando de manera especial el consumo de proteínas de buena calidad dentro de un marco calórico adecuado. El logro de dichos objetivos exige una planificación adecuada de los programas de nutrición.

En este sentido, la OPS organizó en enero de 1962 una reunión de expertos con el objeto de preparar un informe sugiriendo medidas, tanto inmediatas como a largo plazo, que pudieran aplicarse en América Latina en el campo de la nutrición, dentro de la estructura de los planes nacionales de salud.

El grupo examinó durante cuatro días los problemas existentes en la América Latina, los recursos

disponibles, el orden de prioridades de los programas, las medidas inmediatas requeridas, el adiestramiento de personal, el establecimiento o consolidación de los servicios de nutrición, el fortalecimiento de los programas de higiene maternoinfantil y los estudios que se requieren para un mejor conocimiento de los problemas y sus soluciones.

El informe de este Grupo Asesor en Nutrición será distribuido oportunamente a fin de que los Gobiernos puedan utilizarlo, si así lo desean, en la preparación o revisión de sus planes de nutrición.

PROGRAMAS COORDINADOS DE NUTRICION APLICADA

Estos programas que comenzaron modestamente en 1958, se han extendido apreciablemente en varios países de la Región. El objetivo de estos programas, que llevan a cabo los Gobiernos con la cooperación de la OMS/OPS, la FAO y el UNICEF —y eventualmente la UNESCO— es elevar los niveles de nutrición de la familia campesina por medio de una intensa labor educativa y de fomento de la producción de alimentos a nivel de la escuela y de la familia o comunidad, con la participación de los Ministerios de Salud, de Educación y de Agricultura en un plan de acción coordinada.

Los programas comenzaron en Chile y Guatemala en 1958; en 1959 se inició el del Paraguay; en 1960 se emprendieron los del Ecuador, Costa Rica y Brasil; en 1961 se sumaron cinco países más —Nicaragua, Colombia, Perú, Bolivia y El Salvador—y, finalmente en 1962, tres países—Colombia, Brasil y Paraguay—extendieron sus programas a otras áreas y se incorporaron seis proyectos nuevos, en Panamá, Honduras, Guayana Británica y en las islas de Trinidad, San Cristóbal y Santa Lucía.

Esto da un total de 19 proyectos que se llevan a cabo en 16 países o territorios.

Programas coordinados de nutrición aplicada Número de proyectos

Año	Inicia- dos	Amplia- dos	Conti- nuados	Total
1958	2	—	—	2
1959	1	—	2	3
1960	3	—	3	6
1961	5	—	6	11
1962	5	3	11	19

¹ Documento Oficial de la OEA, Ser. H/XII.1 (esp.), 1961, págs. 30-32.

El interés de los Gobiernos por estos programas se revela también por el hecho de que cinco proyectos nuevos están actualmente en estudio. Es muy factible que en el plazo de uno o dos años casi todos los países de la América Latina y una gran parte de las islas del Area del Caribe, de las Indias Occidentales, cuenten con programas de esta naturaleza. La contribución de los Gobiernos a estos programas ha sido de cierta consideración, difícil de valorar en términos monetarios. Los organismos internacionales especializados, FAO y OMS/OPS, han contribuido con expertos en los campos de nutrición y extensión agrícola. El UNICEF ha asignado hasta la fecha en las Américas la suma total de \$ 1.752.000, destinada a equipo, materiales y estipendios para los participantes en cursos de adiestramiento.

Nunca se había hecho en la América Latina un esfuerzo similar para mejorar las condiciones de nutrición de las poblaciones, esfuerzo que todavía significa solamente un pequeño alivio dentro del enorme problema que existe en el Continente. Pero es de esperar que estos programas, aunados a los planes de desarrollo social y económico, contribuyan a mejorar el bienestar de las poblaciones.

Sería un plan ambicioso para el futuro, pero no imposible, lograr que en todas las escuelas donde existan condiciones físicas y sociales favorables se emprenda un programa de producción de alimentos, especialmente de los alimentos protectores, que son los de más acusada carencia para la familia campesina. En ciertas áreas tal vez sea más conveniente organizar granjas y huertos para la propia comunidad, con carácter demostrativo y educativo, acompañado de un programa de créditos supervisados para las familias rurales, tal como se ha hecho ya en algunos países.

La participación de los centros de salud, así como de las unidades de extensión agrícola, es esencial en el desarrollo del programa, y así lo han comprendido los Ministerios respectivos. La educación de las madres, la rehabilitación nutricional de los niños desnutridos, las campañas contra las enfermedades infecciosas y parasitarias, las demostraciones prácticas sobre preparación de alimentos, figuran entre las actividades que llevan a cabo los centros de salud. El fomento de la producción de alimentos a nivel familiar y su conservación son algunas de las actividades más importantes que desarrollan las unidades de extensión agrícola. Es así como, comen-

zando en áreas de 50.000 a 100.000 habitantes—o aún más si la supervisión es posible—estos programas pueden ir extendiéndose en cada uno de los países del Continente mediante una acción coordinada de los Ministerios de Salud, Educación y Agricultura.

DESARROLLO DE NUEVAS FUENTES DE PROTEINAS

La mayor parte de los Gobiernos han expresado su interés en el desarrollo de nuevos productos ricos en proteínas y que actualmente no se destinan al consumo humano. En vista de las escasas disponibilidades de proteínas provenientes de las tradicionales fuentes de origen animal, tales como la leche, la carne, el pescado y los huevos, es evidente que, como complemento de una política de fomento de tales alimentos, se requiere la utilización de otros recursos potenciales.

La Oficina Sanitaria Panamericana, al igual que la FAO y el UNICEF, ha venido estimulando dicha política en aquellas áreas donde el problema del déficit proteínico es más acentuado.

La mezcla vegetal elaborada en el INCAP, conocida por el nombre genérico de INCAPARINA, se produce actualmente en dos países, habiéndose aumentado la producción del año 1960 al 1961 en un 38 %. Además, en el mes de mayo de 1962 se inauguró en Nicaragua una planta para la producción de INCAPARINA.

Seis países tienen hasta la fecha autorización del INCAP para producir esta mezcla vegetal. El precio de venta es aproximadamente cuatro veces más bajo que el de la leche, siendo similar el contenido y la calidad de proteínas.

En la América Latina vienen desarrollándose otros productos a base de soya y maní. Por otra parte la harina de pescado constituye una fuente importante de proteínas, cuyo consumo humano se ha iniciado ya en Chile y es posible que también comience próximamente en el Perú.

La Oficina estima que este programa de fomento de nuevas fuentes de proteínas de bajo precio constituye una valiosa aportación como instrumento auxiliar en el mejoramiento de la nutrición de los pueblos, siempre que forme parte de una política general de mejoramiento de la alimentación. Al admitir que es un instrumento auxiliar se quiere solamente señalar sus límites, aunque en ciertas áreas

de las Américas pueda ser por el momento el programa clave para prevenir la desnutrición calórico—proteínica en los niños.

ADIESTRAMIENTO

Becas

El Consejo Directivo, en su última reunión, encomendó al Director “que preste especial atención a la preparación del personal necesario para que los distintos países estén en condiciones de llevar a cabo debidamente sus programas de nutrición”.

En consecuencia, la Oficina ha realizado grandes esfuerzos, en este sentido, durante el último año.

En 1961 se concedieron 31 becas para realizar estudios de nutrición, es decir, casi ocho veces más que el promedio de los siete años anteriores. He aquí la relación de las otorgadas durante dicho período:

1954	2
1955	3
1956	2
1957	4
1958	5
1959	7
1960	5
1961	31

Aparte de las becas concedidas con los recursos de la propia Organización, se logró estimular a otros organismos y fundaciones para que, a su vez, aumentaran los recursos destinados a ese fin.

Centros de adiestramiento

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá

Uno de los centros de adiestramiento más utilizados por la Oficina es el INCAP. En este Instituto se ofrecen tres clases de adiestramiento que atienden perfectamente las necesidades de América Latina, y que, al mismo tiempo, son utilizadas por becarios de otras regiones del mundo.

a) *Curso de nutrición en salud pública.* Este curso tiene como propósito ofrecer a médicos egresados de las escuelas de salud pública un adiestramiento intensivo teórico-práctico en nutrición. El obje-

tivo principal que con ello se persigue es capacitar más ampliamente al médico de salud pública en el campo de la nutrición, de modo que ésta forme parte de sus conocimientos y experiencia para el mejor desarrollo de sus actividades.

El curso tiene una duración de 10 semanas y se inicia cada año a mediados de junio. Cada dos años se da también el curso en inglés, en vista de la demanda de otras regiones del mundo.

b) *Formación de nutricionistas no médicas.* Existe una gran urgencia de aumentar el número de nutricionistas no médicas en la América Latina. Sus actividades en materia de encuestas, organización de programas, adiestramiento, supervisión y evaluación constituyen una función indispensable para mejorar el estado de nutrición de las poblaciones.

El Grupo Asesor de la OPS en Nutrición, que se reunió en enero de 1962, estimó que se requiere como promedio una nutricionista no médica por cada 300.000 habitantes. Varios países han establecido ya esta cifra como meta para los próximos años. Para alcanzar dicho promedio en la América Latina será preciso intensificar considerablemente las actividades de adiestramiento, pero la base de tal política consistirá en estimular la ampliación de las funciones docentes de las Escuelas de Dietistas ya existentes—ocho en América Latina—a fin de que, además de facilitar la capacitación necesaria para el trabajo en los hospitales y otras instituciones, puedan actuar en el campo de salud pública.

El INCAP ha organizado un curso de nueve meses, que se ampliará probablemente a 12, a fin de preparar nutricionistas en salud pública, exigiendo como requisito para participar en dicho curso el título de dietista o bien otro en los campos de la bioquímica o la farmacia.

La colaboración de UNICEF en este programa ha permitido al INCAP ampliar su campo de acción en esta clase de adiestramiento.

c) *Médicos nutricionistas.* La escasez de médicos especializados en nutrición en salud pública es una de las limitaciones más serias en la América Latina para impulsar los programas de nutrición.

El INCAP ha establecido un curso especial a tal fin, cuya duración depende de la preparación previa de los candidatos, estimándose en un año el período mínimo de dicho adiestramiento.

El Grupo Asesor de la OPS en Nutrición estimó que será necesario adiestrar 400 médicos nutricionis-

tas en América Latina en los próximos 10 años. Para alcanzar este objetivo habrá que contar no solamente con los cursos que ofrece el INCAP, sino con otros centros de enseñanza del Continente. La Oficina viene prestando especial atención a este asunto.

Finalmente, el INCAP adiestra profesionales en el campo de las investigaciones básicas en nutrición.

Adiestramiento de nutrición en enfermería

La Oficina y el INCAP con el apoyo de UNICEF, están preparando la organización de un seminario para este mismo año, al que asistirá personal supervisor de enfermería de hospitales y de salud pública, así como personal encargado de la enseñanza de nutrición en las Escuelas de Enfermeras. El propósito de este seminario es discutir la clase de adiestramiento que reciben y deben recibir las enfermeras en el campo de la nutrición y la dietética. Se elaborarán las bases para la preparación de un libro de nutrición destinado a las enfermeras, que será publicado por la Fundación Kellogg. Es de esperar que el libro estará listo para su distribución en 1963.

Adiestramiento en nutrición del personal de Servicio Social

En el Instituto Interamericano del Niño (Montevideo) con el apoyo del UNICEF y la colaboración de la FAO, la Oficina de Asuntos Sociales de las Naciones Unidas, la Unión Panamericana y la OPS, se dará un curso de tres meses de duración, a fines de 1962, destinado al personal directivo y encargado de la enseñanza de nutrición en las Escuelas de Servicio Social de América Latina.

Este personal cumple una función de gran importancia en los programas de la comunidad y un enfoque apropiado, social y económico, de los problemas de la nutrición le permitirá ejercer una acción beneficiosa en el mejoramiento de la nutrición. La Oficina colaborará en el curso facilitando los servicios de dos consultores para las clases de nutrición en salud pública.

Curso sobre planificación de programas de educación en nutrición

La Oficina ha preparado un proyecto para la organización de un curso sobre planificación de programas de educación en nutrición, proyecto que

está siendo estudiado actualmente por la FAO y UNICEF. El propósito de este curso, que se espera podrá organizarse de manera periódica, es capacitar en los aspectos metodológicos de la planificación al personal que actualmente está encargado de los programas de educación en nutrición, a fin de que dichos programas se organicen teniendo en cuenta todos los factores que intervienen en esta materia. Asistirían al curso nutricionistas, educadores sanitarios, enfermeras de salud pública, personal especializado en economía doméstica, de los servicios de extensión agrícola y otros que tienen a su cargo funciones de organización, supervisión y evaluación de programas de educación en nutrición. La duración del curso sería de tres meses.

Otros proyectos de adiestramiento

Se están examinando otros proyectos en la América Latina, tales como el adiestramiento en nutrición del personal de los servicios de extensión agrícola, plan que actualmente estudian la FAO y el UNICEF; la organización de Departamentos de Nutrición en las Escuelas de Medicina, que la Oficina considera de alta prioridad; el fortalecimiento de los programas de nutrición en las Escuelas de Salud Pública, y otros que son objeto de estudio en estos momentos.

La Oficina ha tomado con gran interés la recomendación que formuló el Consejo Directivo en su reunión del año pasado, y no escatima esfuerzos en intensificar y extender su acción en el campo del adiestramiento del personal en nutrición, base esencial de todos los programas de mejoramiento de esa materia que los Gobiernos desean implantar en sus países.

PROGRAMAS DE INVESTIGACIONES EN NUTRICION

En el comienzo de este documento se ha señalado que uno de los factores que han conducido al auge en el desarrollo de programas de nutrición en América Latina es la existencia de un buen caudal de conocimientos que sólo necesitan ser puestos en práctica. Sin embargo, es mucho todavía lo que falta conocer en este aspecto.

La Oficina ha venido desarrollando actividades de investigación en el campo de la nutrición desde hace mucho tiempo, especialmente a través del INCAP,

así como, aunque en menor escala, en colaboración con los Institutos de Nutrición del Ecuador y Perú.

Por otro lado, la Sede de la OMS ha dado cierta ayuda al Instituto de Investigaciones Científicas de Venezuela para un estudio sobre anemias.

La creación reciente en la OSP de una Oficina de Coordinación de Investigaciones que desarrollará sus actividades especialmente por medio de un acuerdo establecido con los Institutos Nacionales de Higiene de los Estados Unidos de América, permitirá que las investigaciones de nutrición se amplíen considerablemente.

El Grupo Asesor de la OPS en Nutrición, consideró que, con el fin de dar la debida orientación a los programas de nutrición, era necesario adquirir mayores conocimientos en los aspectos epidemiológicos de la malnutrición, especialmente de la malnutrición proteínico-calórica de los niños, de la hipovitaminosis A, de la arriboflavinosis y del bocio endémico. También señaló que era necesario determinar los efectos de la malnutrición en el desarrollo físico y mental, así como definir mejor la mortalidad atribuible a la malnutrición.

El Grupo destacó también la necesidad de realizar más amplios estudios sobre los alimentos ricos en proteínas, la interacción entre la nutrición y las infecciones, la prevalencia y las causas de las anemias y las necesidades nutricionales, especialmente en la lactancia.

Además de estos problemas concretos, el Grupo señaló que era necesario perfeccionar la metodología para la evaluación del estado nutricional y para la ejecución de programas de educación en nutrición en distintos grupos culturales, socioeconómicos y de edades.

Posteriormente, en el mes de abril, la Oficina convocó en Boston a un grupo de consultores para discutir algunos proyectos específicos de mayor prioridad en investigaciones en materia de nutrición, con el objeto de presentarlos a la reunión del Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas, que tuvo lugar en el mes de junio, en Washington, D. C.

Ante dicho Comité se presentaron cuatro proyectos que se enuncian a continuación:

a) *Efectos de la nutrición sobre el desarrollo físico y mental en los niños.* Este proyecto consiste en estudiar el desarrollo físico y mental de niños pertenecientes a grupos étnicos, sociales y económicos diferentes en varios países de América Latina.

Inicialmente se llevaría a cabo en cuatro países, que cuenten con personal profesional interesado en este estudio.

Siendo un hecho conocido que una gran proporción de niños en la América Latina padecen, en la edad preescolar, manifestaciones de deficiencia calórico-proteínica, es importante precisar en qué grado se marcan los efectos en su subsecuente desarrollo físico y mental. Estudios preliminares realizados en México indican que existe una correlación entre el déficit ponderal de los niños y el déficit mental, secuelas ambos, probablemente, de la malnutrición. Es preciso realizar una investigación más a fondo, estudiando grupos étnicos y sociales diferentes en varios países de América Latina.

b) *Etiología de las anemias.* Las anemias constituyen en la América Latina y en las Indias Occidentales uno de los problemas específicos nutricionales más graves. Existe gran número de interrogantes acerca de su etiología, y se espera que un apropiado enfoque epidemiológico pueda aclarar la situación.

Este proyecto, asociado al que lleva a cabo la Sede de la OMS, se podrá poner en práctica en tres o cuatro países de la Región.

c) *Bocio endémico.* Un consultor nombrado por la OPS preparó un proyecto específico con el objeto de conocer mejor los factores que condicionan y determinan la endemia de bocio. Aunque está fuera de duda el papel que juega la deficiencia de yodo en la etiología del bocio endémico, es probable que haya además otros factores genéticos y alimentarios que expliquen las diferencias encontradas en la prevalencia de bocio y cretinismo en ciertas áreas. Se ha proyectado realizar estudios en cuatro o cinco países a fin de ahondar en la etiopatogénesis de la endemia.

Entretanto, la Oficina procura estimular a los Gobiernos en cuanto al establecimiento de programas de sal yodada.

d) *Relación entre la nutrición y las infecciones.* Las altas tasas de mortalidad por gastroenteritis, sarampión, y otros procesos, asociados a estados severos de desnutrición, obligan a un análisis más a fondo de la situación.

La relación entre la nutrición y las infecciones es dinámica, frecuentemente caracterizada por sinergismo y menos comúnmente por antagonismo. En

general, el éxito del control de uno cualquiera de dichos estados, sea el de desnutrición o el de infección, especialmente en los niños, depende del control del otro. Los estudios iniciados en el INCAP, a los cuales se hizo amplia referencia en el documento del pasado año, han estimulado a la Oficina a ampliar el radio de acción a otros centros de investigación.

Estos cuatro proyectos—desarrollo físico y mental en niños, anemias, bocio endémico, y relación entre la nutrición y las infecciones—serán los que la Oficina estimulará en un próximo futuro, como fase inicial del amplio plan de investigaciones.

Además, la Sede de la OMS continuará, en colaboración con esta Oficina, el programa de investigaciones ya iniciado sobre las anemias y la deficiencia de vitamina A.

PUBLICACIONES

En 1962, la Oficina ha distribuido 4.000 ejemplares de la "Tabla de composición de alimentos, para uso en la América Latina", elaborada por el INCAP y el Comité Interdepartamental de Nutrición para la Defensa Nacional de los Estados Unidos de América.

Comenzó también en mayo de este año la distribución de *Publicaciones Científicas del INCAP, Recopilación N° 4*, que contiene 36 trabajos de investigación en nutrición, en un volumen de 373 páginas.¹

En el Volumen LII, N° 4, de abril de 1962, el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* publicó las conclusiones de los seminarios sobre educación en nutrición que tuvieron lugar en Quitandinha (Brasil) y Guanajuato (México) en 1960 y 1961, respectivamente.

QUINTA CONFERENCIA SOBRE LOS PROBLEMAS DE NUTRICION EN LA AMERICA LATINA

El Gobierno del Perú ha ofrecido generosamente su país como sede para la celebración de la Quinta Conferencia sobre los Problemas de Nutrición en la América Latina, que tendrá lugar en La Molina en el mes de marzo de 1963. Esta Conferencia será auspiciada por la FAO y la OMS/OPS, con la colaboración del Gobierno del Perú. Las cuatro Con-

ferencias anteriores tuvieron lugar en Montevideo (1948), Río de Janeiro (1950), Caracas (1953) y Guatemala (1957).

Se prevé que la Quinta Conferencia examinará, como tema único, el de "Planificación nacional de la política de alimentación y nutrición", y se espera que asistan a ella profesionales en el campo de la economía, la agricultura, la salud pública y, naturalmente, especialistas en nutrición.

La Oficina desea señalar de una manera muy especial la importancia de esta reunión. Su éxito dependerá de la calidad y cuantía de participantes que envíen los Gobiernos. El documento que se prepare en esta reunión podrá tener un gran valor como guía u orientación para la política de alimentación y nutrición dentro de los planes generales de desarrollo social y económico que se preparan en los países. Como en las Conferencias anteriores, los propios Gobiernos sufragarán los gastos de sus delegados, mientras que el Gobierno huésped y los organismos internacionales se harán cargo de la organización de la reunión y de la publicación del informe.

CONCLUSION

Las Américas se orientan decididamente hacia un futuro mejor. Aunque de inmediato no se puedan evaluar los resultados de los esfuerzos que se vienen haciendo, es lo cierto que un nuevo espíritu de acción ha surgido en estos últimos años. El problema nutricional en la América Latina debe ser estudiado por su gravedad, no solamente como problema biológico, sino también como fenómeno económico. No estaría de más que, de vez en cuando, se pensara en la alimentación de los pueblos en términos de capital económico y se destinara a su administración un presupuesto que estuviera en proporción con el capital invertido.

Suponiendo que el gasto diario en alimentación por habitante en la América Latina fuera de \$ 0,25, una simple operación aritmética llevaría a la conclusión de que anualmente se invierten en alimentación aproximadamente 20.000 millones de dólares. Desde el punto de vista económico, la ciencia de la nutrición no consiste, en fin de cuentas, más que en saber invertir, de la mejor manera posible y logrando el máximo rendimiento, el capital que la tierra y el mar, con el esfuerzo del hombre, han puesto en nuestras manos.

¹ *Publicación Científica de la OPS 59.*

Anexo 8

INFORME SOBRE EL ESTADO DEL PLAN CONTINENTAL DE ABASTECIMIENTO PUBLICO DE AGUA Y DE ELIMINACION DE AGUAS SERVIDAS¹

El programa de abastecimiento público de agua, de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, tiene tres años de existencia. Se originó en las reuniones del Consejo Directivo y de la Asamblea Mundial de la Salud, de 1959, en las que se adoptaron resoluciones estableciendo la importancia de las actividades encaminadas a acelerar el abastecimiento de agua potable, en cantidad suficiente, a todas las poblaciones. Los informes presentados al Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, en 1959² y 1960,³ reflejan las primeras actividades desarrolladas para poner en marcha dicho programa en la Región de las Américas.

Desde la presentación del informe del año anterior se ha puesto de manifiesto el éxito obtenido en los programas emprendidos en los dos primeros años. Como ocurre en todo programa, hay que tener presente un período inicial de desarrollo, ya que no es posible lograr resultados tangibles en pocos meses. Así lo demuestra claramente el hecho de que en el informe correspondiente a 1959, no se diera cuenta de ninguna inversión internacional para el abastecimiento de agua en la América Latina durante dicho año; en 1960 tampoco se obtuvieron préstamos, pero, en 1961 y comienzos de 1962, el Banco Interamericano de Desarrollo asignó a este propósito la cantidad de 128.000.000 de dólares. También se obtuvieron préstamos del Banco de Exportación e Importación, y el Banco Mundial tiene en estudio la concesión de otros.

Es interesante señalar también que las inversiones de los Gobiernos en los servicios de abastecimiento de agua van aumentando rápidamente, como se refleja en las asignaciones de los presupuestos nacionales que, el año pasado, excedieron de 100.000.000 de dólares, cantidad que en su mayor parte representa una adición a las asignadas normalmente en los presupuestos ordinarios para la construcción de sistemas de abastecimiento de agua.

Las nuevas construcciones financiadas con préstamos y con fondos nacionales beneficiarán a más de diez millones de personas.

Como se recordará, la primera resolución estableciendo el programa de abastecimiento de agua reconoció el hecho de que uno de los principales obstáculos para la construcción de sistemas de suministro en los países latinoamericanos era la dificultad de encontrar los fondos necesarios. Se recordará también que en las Discusiones Técnicas del Consejo Directivo, en 1959, relativas al problema del abastecimiento de agua, se llegó a la conclusión de que para conseguir inversiones en dichos sistemas era indispensable que existiera una administración, dirección y normas financieras adecuadas. En consecuencia, teniendo en cuenta estas conclusiones, la Organización Panamericana de la Salud adoptó el criterio fundamental que ha seguido en sus actividades durante estos tres últimos años. Este criterio ha sido, en suma, el de que la mejor colaboración que puede aportar la Organización en la solución de dicho problema en los países latinoamericanos consiste en concentrar sus esfuerzos en el establecimiento de organismos de abastecimiento de agua dotados de una buena administración; en dedicar especial atención a los mecanismos de obtención de ingresos, mediante la adopción de tarifas de agua que respondan a un sentido realista, y en inspirar confianza a los inversionistas en cuanto al funcionamiento de dichos servicios. En consecuencia, la Organización Panamericana de la Salud se ha ocupado especialmente de sus programas para el desarrollo de una buena administración y normas fiscales. A este respecto ha organizado una serie de cursos, seminarios y simposios. Asimismo ha prestado servicios de asesoramiento en aquellos campos que ofrecían mayores probabilidades de comprensión de los principios expuestos. En los futuros programas de abastecimiento de agua, estas actividades continuarán recibiendo alta prioridad. El hecho de que en 1960, 1961 y 1962 los bancos internacionales hayan invertido cantidades, cada vez mayores, en sistemas de abastecimiento de agua demuestra la firme con-

¹ Documento CSP 16 13.

² Documento Oficial de la OPS 36, 307-312.

³ *Ibid.*, 41, 418-422.

fianza de las instituciones de crédito en que los préstamos para obras de esta clase serán amortizados con los ingresos de los servicios de suministro. Ahora corresponde a los países confirmar que esta confianza está bien fundada.

Se ha afirmado que las fuentes internacionales de fondos son insuficientes para resolver los problemas de abastecimiento de agua en la América Latina y en otros sectores del mundo, y que estos problemas, en definitiva, tendrán que ser resueltos mediante la utilización de los recursos locales. Si los préstamos destinados a sistemas de abastecimiento de agua ejercen un efecto catalítico en demostrar la posibilidad de establecer buenos sistemas en los diversos países, la inversión de fondos habrá sido provechosa.

A continuación se presenta un breve resumen del estado de ciertos aspectos del programa general de abastecimiento de agua en las Américas, en la fecha de preparación del presente informe:

Estado del Fondo Especial de la OPS para Abastecimiento Público de Agua

En 1961, las aportaciones prometidas al Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua fueron las siguientes: Estados Unidos de América, 150.000 dólares y Uruguay, 20.000 pesos. En 1962, las aportaciones prometidas hasta la fecha son las siguientes: Colombia, 5.000 dólares y Estados Unidos de América, 300.000 dólares. Si se mantiene el actual nivel de gastos, todos los fondos aportados al programa de abastecimiento de agua se habrán invertido para el 1 de enero de 1963. Como se indica en el Apéndice, estos fondos se utilizan principalmente para la prestación de servicios consultivos directos a los Gobiernos. Algunos de los fondos se han utilizado, o se utilizarán, para atender el costo de cursillos regionales y de grupos de estudio; otros, para becas de viajes breves, y otros, en fin, para estudios especiales de interés regional.

La magnitud de los esfuerzos de la Organización para lograr una buena administración y las solicitudes de asistencia técnica, de todas clases, que se reciben de los Gobiernos, son muy superiores a lo que permiten los fondos disponibles en el presupuesto ordinario, y, por consiguiente, para continuar la labor iniciada en ese aspecto, será preciso seguir contando con recursos procedentes del Fondo Especial para Abastecimiento de Agua.

Estado de los planes a largo plazo en materia de abastecimiento de agua

1) Abastecimiento urbano

Son varios los países que han completado planes decenales para el abastecimiento de agua en sus respectivas zonas urbanas. En la mayoría de los casos, estos planes requerirán nuevos estudios de ingeniería antes de que se inicien las actividades de construcción. En algunos casos se han introducido los cambios necesarios en cuanto al sistema de organización y administración, mientras que en otros es todavía mucho lo que queda por hacer.

En general, el programa de abastecimiento urbano de agua va progresando y, al parecer, si las actividades continúan al mismo ritmo, serán muchos los países en que se alcance el objetivo fijado en la Carta de Punta del Este en ese aspecto.

2) Abastecimiento rural

Las perspectivas del abastecimiento rural de agua y las posibilidades de alcanzar, en 10 años, la meta señalada en la Carta de Punta del Este son menos optimistas que las del abastecimiento urbano. Esto obedece a varias razones, entre las que figuran, como más importantes, las siguientes:

a) Los Ministerios de Salud no cuentan con el personal de ingeniería ni con la organización que se requiere para emprender una labor de esta envergadura.

b) El financiamiento de proyectos rurales es más difícil que el de proyectos urbanos, y requiere una mayor concentración de esfuerzos para lograr la aportación de recursos financieros locales.

Ninguno de estos obstáculos es invencible, pero si no son objeto de una atención y una acción inmediata, no se alcanzarán los objetivos propuestos en las zonas rurales. A este respecto es preciso adoptar, por lo menos, las siguientes medidas:

1. Fortalecimiento inmediato de los servicios de saneamiento del medio de los Ministerios de Salud mediante:

a) La elevación del nivel de los servicios de ingeniería, para que pasen a depender directamente del Ministro.

- b) La dotación de las asignaciones presupuestarias y del personal necesario para los servicios nacionales y locales de saneamiento del medio.
- c) El establecimiento de adecuadas escalas de sueldos y puestos de carrera para ingenieros de los servicios de salud, con el fin de atraer y retener un personal competente.

2. Utilización máxima de las fuentes locales de fondos para el abastecimiento rural de agua mediante:

- a) La participación de ingenieros, educadores sanitarios, sanitarios, enfermeras, médicos y otro personal de salud en los programas de educación colectiva relativos a la necesidad y los métodos de obtención de agua potable y en cantidad suficiente para las zonas rurales.
- b) El fomento de proyectos locales, sostenidos con sus propios recursos.
- c) El establecimiento de comités locales cuyos objetivos sean, entre otros, la consecución de fondos locales para contribuir al costo de los servicios de abastecimiento de agua de la colectividad.
- d) La asignación a los ingenieros del Ministerio de Salud de la labor de estudiar nuevas orientaciones y métodos de financiamiento, aplicables a las condiciones locales.
- e) La concentración de actividades en aquellas comunidades rurales en que la población esté más necesitada y muestre mayor interés por colaborar mediante sus propias aportaciones y su trabajo.

En resumen, los objetivos de la Carta de Punta del Este referentes al abastecimiento rural de agua podrán alcanzarse en todos los países, pero la única manera de conseguirlo consiste en fortalecer inmediatamente los servicios de ingeniería de los Ministerios de Salud y en estimular, en el mayor grado posible, la participación de la población local.

Estado de los proyectos

En la actualidad, son muchos los países en que se vienen desarrollando programas de abastecimiento urbano y rural de agua. Unos 26 proyectos, cuentan con fondos internacionales. Ha sido y continuará siendo necesario que transcurra cierto tiempo desde la aprobación de un préstamo hasta que se inicia

la construcción de las instalaciones de esos proyectos. En efecto, hay que completar los planos de ingeniería y pliegos de condiciones definitivos, se han de adjudicar las contrataciones de construcción de obras y provisión de equipo y se han de obtener los suministros. También hay que introducir con frecuencia ciertas modificaciones relativas a administración u organización, que suponen medidas de carácter jurídico y requieren algún tiempo.

Por consiguiente, conviene señalar que el desarrollo de un buen proyecto, desde que se inicia hasta que queda completado, requiere, no meses, sino años.

Las medidas adoptadas por los Gobiernos para asegurar la buena dirección y administración, tan importantes para el éxito de los proyectos de abastecimiento de agua, no han llegado todavía al nivel que sería de desear.

El personal de los servicios de abastecimiento de agua y de saneamiento

Si bien en la mayoría de los países escasea el personal adiestrado, esta circunstancia no tiene por qué ser un obstáculo inmediato para el desarrollo de los programas de abastecimiento de agua. Ahora bien, para alcanzar los objetivos de los planes decenales, se necesitará más personal que el actualmente disponible, y, por consiguiente, todos los países deben tomar medidas inmediatas para obtener el máximo rendimiento del personal de ingeniería con que hoy cuentan y empezar a adiestrar el que será necesario en el futuro. Como ya se ha mencionado, hay que mejorar considerablemente la organización y las condiciones de empleo del personal de ingeniería, pues de lo contrario éste perderá todo estímulo de trabajar como parte integrante del grupo de salud pública.

Los préstamos para el abastecimiento de agua

Puede preverse que, de ahora en adelante, las condiciones de los préstamos internacionales para el abastecimiento de agua irán siendo más estrictas. En este último año y medio hubo que establecer nuevas normas y procedimientos, pero ese período ya ha terminado. Los proyectos bien concebidos, que cuenten con una buena organización, de la que se pueda esperar una administración sana, tendrán ex-

celentes probabilidades de recibir préstamos. En cambio, los proyectos que no reúnan esas condiciones difícilmente lograrán fondos.

La buena administración y el sentido de responsabilidad fiscal son factores que cada vez tendrán mayor importancia.

Los proyectos de abastecimiento de agua en el futuro

La evaluación de las actividades llevadas a cabo por la Organización en el programa de abastecimiento de agua, en estos tres últimos años, conduce a la conclusión de que se ha desarrollado una considerable labor, de conformidad con las orientaciones recomendadas, lo que garantizará el encauzamiento de un creciente volumen de fondos hacia el programa de abastecimiento urbano de agua. Dada la necesidad de asegurar que los préstamos se utilicen debidamente y que los sistemas que los reciban estén en condiciones de llegar a mantenerse con sus propios recursos, mediante una organización y administración que respondan a sanos principios, se considera necesario el apoyo constante a los programas de colaboración con los Gobiernos en las actividades encaminadas a fortalecer la organización y administración de esos sistemas de abastecimiento de agua. Al mismo tiempo, se ha de facilitar la ampliación de los programas nacionales, para que abarquen los sistemas de abastecimiento de agua financiados totalmente con fondos locales. La evaluación de los programas indica también que, por los notables progresos registrados en los medios urbanos, hay que dedicar mayor atención a las colectividades más pequeñas y a los medios rurales. En consecuencia, las actividades de la Organización se concentrarán, cada vez más, en los métodos de colaborar con los Gobiernos para que puedan atender mejor el problema de las colectividades rurales. En la actualidad se llevan a cabo estudios encaminados a encontrar mecanismos, de financiamiento y administración, que sean adecuados para los sistemas locales de abastecimiento rural de agua. Por consiguiente, este programa ampliará los objetivos preliminares de la Organización y se extenderá a todo el campo del abastecimiento de agua, tanto rural como urbano. En todos los programas futuros se insistirá, muy especialmente, en el adiestramiento de personal, para que se haga car-

go, a nivel local, de la labor que han de llevar a cabo los Gobiernos, y en la aportación de los máximos recursos locales. También se dedicará atención al adiestramiento de ingenieros durante el servicio, por medio de cursillos, seminarios, simposios y becas de viaje. Se considera que, con el perfeccionamiento y la mejor utilización del personal existente, se podrán concentrar los limitados recursos actuales en la forma que garantice mejor la ejecución satisfactoria de los programas proyectados.

Se estima que los acuerdos del Consejo Directivo y de la Asamblea Mundial de la Salud, destacando la importancia del agua para la salud, y concediendo prioridad a los programas de cooperación en la solución de los problemas de la falta de agua, han contribuido considerablemente a llamar la atención de las altas personalidades mundiales sobre la importancia del agua para el desarrollo social y económico. La importancia del agua para la vivienda, el turismo, la industria y la urbanización convence aún más a los planificadores nacionales de la necesidad de conceder alta prioridad a los servicios de abastecimiento. Así, pues, se tiene la impresión de que los economistas, banqueros y autoridades nacionales están ya firmemente convencidos de la prioridad que merece el abastecimiento de agua en todos los planes nacionales.

Corresponde a los Ministerios de Salud aprovechar la presente oportunidad en el ejercicio de sus funciones.

Resumen

En este breve informe se ha tratado de presentar la labor de la Organización Panamericana de la Salud en el programa regional de abastecimiento de agua. Las actividades que se han desarrollado en casi todos los países de la Región, durante este último año, indican claramente la solidez de los criterios que sirven de base al programa de la Organización. Se evidencia, asimismo, que, en casi todos los casos, los Gobiernos que han establecido un plan decenal para el abastecimiento de agua podrán alcanzar sus objetivos si las actividades prosiguen al mismo ritmo.

La Organización tratará, cada vez con más empeño, de encontrar soluciones a los problemas del abastecimiento rural de agua, e informará a los Gobier-

nos de los resultados de esta labor con la esperanza de que en muchas zonas puedan alcanzarse también, en años, los objetivos fijados en ese aspecto. La Organización continuará ofreciendo servicios de todas

clases a los Gobiernos, para cooperar con ellos en la búsqueda de soluciones a los numerosos problemas con que han de enfrentarse en los programas de abastecimiento urbano y rural de agua.

Apéndice

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL ÚLTIMO AÑO EN MATERIA DE ABASTECIMIENTO DE AGUA

Las actividades llevadas a cabo por la Organización en el curso de este último año, en materia de abastecimiento de agua, consistieron en lo siguiente:

1. Servicios de asesoramiento a los Gobiernos de Bolivia, Colombia, El Salvador, Honduras, Panamá, Perú y Venezuela, en relación con los planes, a largo plazo, de abastecimiento de agua.

2. Servicios de asesoramiento, en cuanto al trazado de sistemas de abastecimiento de agua, a los Gobiernos de Colombia, Ecuador, Guatemala, Haití, México, República Dominicana, Santa Lucía y Venezuela.

3. Adiestramiento, en materia de trazado de sistemas de abastecimiento de agua, de ingenieros procedentes de El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua y Panamá.

4. Servicios de asesoramiento en contabilidad de los servicios de abastecimiento de agua, a los Gobiernos del Brasil, Colombia, Panamá, Perú y Venezuela.

5. Colaboración con los Gobiernos del Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, Perú y Venezuela, en relación con la administración de sistemas de abastecimiento de agua.

6. Cooperación en la solución de problemas técnicos del trazado de sistemas de abastecimiento de agua en Belice, Chile, Ecuador, Guatemala, Santa Lucía y Venezuela.

7. Colaboración con los Gobiernos del Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Panamá, Perú y Venezuela, en la preparación de documentos para solicitar préstamos.

8. Servicios consultivos a los Gobiernos de Colombia, Perú y Venezuela, en materia de información pública y educación en sistemas de abastecimiento de agua.

9. Colaboración con el Gobierno de Honduras en lo relativo al establecimiento de un laboratorio de abastecimiento de

agua y evaluación de la situación general, en otros seis países, en relación con los laboratorios de abastecimiento de agua y control de la calidad de ésta.

10. Se ofreció oportunidad a ingenieros de todos los países de la Región para que facilitaran información sobre los criterios seguidos en cuanto al trazado de sistemas de abastecimiento de agua. Estos criterios serán examinados en un seminario regional que se celebrará, con este fin, en septiembre de 1962.

11. Colaboración con los Gobiernos del Brasil, Colombia y Guatemala en problemas relativos a la fluoruración del agua mediante espato-flúor.

12. Colaboración con los Gobiernos de Barbada, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, Haití, República Dominicana, Santa Lucía y Venezuela, en materia de tarifas de agua y financiamiento de sistemas de abastecimiento de agua.

13. Actividades conjuntas de la Organización y el Banco Interamericano de Desarrollo, en relación con la asistencia técnica a Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Paraguay y Perú. Estas actividades abarcaron desde estudios preliminares de ingeniería a la colaboración en aspectos administrativos después de recibidos los préstamos.

14. Cooperación en los aspectos técnicos de la perforación de pozos y el aprovechamiento de aguas subterráneas, en la Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Guayana Británica, México, Paraguay y Venezuela.

15. Colaboración en la revisión de planes y presentación de peticiones de préstamos, facilitada en la Oficina de Washington a delegaciones del Brasil, Colombia, Ecuador, Panamá, Perú y Venezuela.

16. Consultas generales, relacionadas con el desarrollo de programas de abastecimiento de agua, en Barbada, Belice, Dominica, Ecuador, Granada, Haití, México, Nicaragua, Paraguay, República Dominicana y Santa Lucía.

**INFORME DEL DIRECTOR SOBRE LA POLÍTICA Y PROGRAMA
DE INVESTIGACIONES DE LA ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA DE LA SALUD¹**

Durante el cuatrienio que acaba de cumplirse y en los seis primeros meses del año actual se han registrado importantes adelantos en el programa de investigaciones médicas de la Organización. El programa se emprendió de conformidad con los objetivos básicos de la Organización expuestos en el Artículo 1 de la Constitución de la OPS, que dice así:

La Organización Panamericana de la Salud tendrá como propósitos fundamentales 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.

Teniendo en cuenta los propósitos de la Organización y la creciente importancia de la investigación como componente esencial de un vasto programa para el mejoramiento de la salud en las Américas y en cumplimiento de las instrucciones contenidas en la Resolución XXXVIII de la XIII Reunión del Consejo Directivo,² celebrada en Washington, D. C., en octubre de 1961, se han llevado a cabo estudios que servirán de guía para las actividades ampliadas e intensificadas de investigación y de adiestramiento en esta materia, con el fin de resolver los problemas de salud que todavía están pendientes de solución o que han sido resueltos en forma insuficiente. A medida que el programa se desarrolle irá considerando las necesidades específicas y oportunidades de investigación que existan en los países de la Organización. Dará especial importancia a proyectos de investigación que requieran esfuerzos coordinados de más de un país y actividades que estimulen una aplicación más amplia de los conocimientos que se poseen al presente y de los que vayan adquiriéndose sobre los problemas especiales de cada país. Además de contar con los grandes y crecientes recursos de las Américas, la OPS podrá utilizar la diversificada experiencia de la Organización Mundial de la Salud. Las orientaciones y los programas de ambas organizaciones estarán perfectamente coordinados y se tendrán

en cuenta las oportunidades y especiales necesidades y requerimientos de las Américas.

**Acuerdo entre la Organización Panamericana
de la Salud y el Servicio de Salud Pública
de los Estados Unidos de América**

Importante acontecimiento del cuatrienio, que fortaleció grandemente las actividades de investigación de la Organización, fue el acuerdo anunciado conjuntamente el 16 de diciembre de 1960, entre la Organización Panamericana de la Salud y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América. El acuerdo, preparado en forma de "declaración de estipulaciones"³ entre las dos organizaciones, se concentraba en tres puntos principales: 1) colaboración entre el personal de ambas organizaciones; 2) intensificación de las actividades de la OPS en el campo de las investigaciones y 3) determinación de la clase de colaboración que el citado Servicio de Salud Pública puede prestar en las actividades de investigación de la OPS. En virtud del acuerdo, el Servicio de Salud Pública estudiará las propuestas para la concesión de subvenciones a investigadores que deseen participar en programas de esa clase coordinados por la OPS, así como las solicitudes de subvención para investigaciones que lleve a cabo directamente el personal de la Organización.

De conformidad con el espíritu de este acuerdo, en 1960 la Organización sugirió a la Oficina de Economía de Salud Pública de la Universidad de Michigan, que recabara de los Institutos Nacionales de Higiene, del mencionado Servicio de Salud Pública, una subvención para investigaciones destinada a estudiar las repercusiones económicas de la erradicación de la malaria en las Américas, y ofreció complementar esa ayuda con una aportación equivalente al 10 % de la cantidad que concedieran los citados Institutos. En consecuencia, cuando se otor-

¹ Documento CSP16 '35.

² Documento Oficial de la OPS 41, 43.

³ *Ibid.*, 41, 426-427.

gó la cantidad de \$ 95.000 para estudiar el problema durante tres años, la Organización Panamericana de la Salud aportó una contribución de \$ 9.500. Además de este estudio, que ya se está realizando, la Organización Panamericana de la Salud ofrecerá servicios de asesoramiento para la planificación de los trabajos de campo y selección de las áreas que hayan de ser objeto de la investigación.

Otro ejemplo de eficaz colaboración, de conformidad con el acuerdo, es el estudio comparado de tasas de mortalidad, por causas, en nueve ciudades americanas, que en 1961 fue organizado por el Departamento de Estadísticas de Salud de la Organización. Este estudio ofrece la perspectiva de proporcionar datos valiosos para futuros estudios epidemiológicos sobre diferencias geográficas en la distribución de enfermedades fatales.

También se están ampliando las actividades de investigación y adiestramiento en el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa y el Centro Panamericano de Zoonosis. Estos programas se apoyan sólidamente en probados sistemas de cooperación internacional entre los países interesados. En todos los casos, la OPS proporciona apoyo administrativo y logístico y supervisión técnica. Es satisfactorio observar que estos centros van recibiendo, en escala creciente, importantes subvenciones para ampliar sus actividades de investigación. De esta suerte, la Organización sirve a sus Gobiernos manteniendo un pequeño núcleo central de expertos capaz de atraer científicos y facilitar la obtención de subvenciones, condiciones ambas que son indispensables para resolver los difíciles problemas de la malnutrición, de la fiebre aftosa y de las zoonosis.

Es evidente que, a medida que se han ido ampliando los intereses y actividades de la Organización en materia de investigación, la Sede ha asumido mayor responsabilidad en lo relativo a proporcionar orientaciones sólidas y apoyo logístico a los programas existentes y ha desarrollado estudios con miras a solucionar muchos otros problemas de carácter internacional que en la actualidad no están directamente incluidos en el programa de la Organización.

La Oficina de Coordinación de Investigaciones

Reconociendo la necesidad de la Organización y sus excepcionales recursos y objetivos, y ateniéndose

además al espíritu del acuerdo de diciembre de 1960, los Institutos Nacionales de Higiene de los Estados Unidos de América otorgaron en 1961 una subvención de \$ 120.750, que permitiera a la OPS llevar a cabo los necesarios estudios básicos para una adecuada, eficaz y fructífera ampliación de su política y programa de investigaciones. Con el objeto de ayudar al Director y a los departamentos técnicos de la Organización a realizar dichos estudios, se creó a fines de 1961 una Oficina de Coordinación de Investigaciones. Entre los temas que hasta ahora se han seleccionado como campos de investigación y para los cuales se requieren actividades de adiestramiento sobre una base más amplia y coordinada figuran los siguientes: virus transmitidos por artrópodos, enfermedad de Chagas, fiebre aftosa, lepra, malaria, peste y esquistosomiasis. Campos más amplios en los que se necesita intensificar la investigación son los de las zoonosis en general, la nutrición, la higiene dental, la higiene radiológica, la higiene materno-infantil, la higiene ambiental, la atención médica y la economía de la salud.

El presente informe, junto con el Documento RES1/19,¹ ofrece una apreciación completa del programa de investigaciones existente y examina varias propuestas de ampliación de dicho programa. Consultores y miembros especializados del personal examinaron el estado de los conocimientos en cada uno de dichos campos, hicieron una estimación de los recursos disponibles para su estudio y propusieron planes de investigación que ofrecen buenas perspectivas.

El informe del Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas

Para asegurar el estudio más amplio y certero posible de estos difíciles y complejos problemas, es inapreciable la ayuda del Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas. Este grupo de doce distinguidos científicos, educadores y administradores de las Américas celebró su primera reunión en Washington, del 18 al 22 de junio del presente año, para examinar los informes y recomendaciones de los consultores y de los departamentos técnicos y centros de investigación de la Organización. El in-

¹ Informe de la Primera Reunión del Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas, 1962 (Documento mimeografiado).

forme del Comité que contiene sus recomendaciones y resúmenes de los documentos que se examinó puede servir de información y guía a los Gobiernos de la Organización y de la Conferencia. Es de observar que, en algunos casos, se proponen nuevos estudios e informes adicionales.

En un mundo que se transforma tan rápidamente, en un mundo interdependiente en el que constantemente se registran adelantos revolucionarios en todas las ramas de la ciencia y de la tecnología, sobre todo en el campo biomédico, la labor de planificación y coordinación tiene que avanzar de una manera continua. Sin embargo, este informe se ha preparado con plena confianza en que se poseen ya las líneas generales de una política a largo plazo de la Organización en materia de investigaciones, y en que, con la aprobación de la Conferencia, sus Gobiernos tendrán la seguridad de un programa de investigación y de adiestramiento en esta materia intensificado y ampliado, con el cual desearán cooperar. Si bien la Organización ha demostrado durante años que la combinación de recursos en un ataque concertado a problemas sin resolver es un método muy adecuado para obtener resultados en beneficio de todos a un costo razonable, la investigación biomédica en las Américas no puede ser, a la larga, sino la suma de los intereses y de los recursos que los países de la Organización le dediquen.

En relación con este problema, el Comité Asesor recomendó (pág. 7, párrafo primero) que:

... cada país, mediante... un consejo nacional de investigación o por algún otro medio, estudie a fondo los programas en materia de salud y ciencias afines, a fin de determinar en qué sectores debe y puede estimularse la labor de investigación y designarse personal de carrera para obtener el máximo provecho. Se recomendó que la OPS apoye esos estudios facilitando servicios de consultores.

Esos estudios serían de incalculable valor para la Organización en la formulación de su programa destinado a atender las necesidades y oportunidades de cada país y de las Américas en conjunto.

Definición de la investigación

Considerando la investigación en términos amplios, el Comité formuló algunas observaciones ilustrativas sobre las llamadas investigaciones "fundamentales" y "aplicadas". A este respecto se indica en el informe (pág. 1, último párrafo):

Estimó que toda investigación auténtica y de buena calidad es fundamental si contribuye a una más completa comprensión de los multifacéticos aspectos de problemas complejos. Este es particularmente el caso cuando se trata del hombre, que es el objeto central de su preocupación.

Además, el Comité señaló (pág. 2):

La ciencia fundamental no se distingue por el empleo *per se* de los métodos matemáticos, físicos o químicos en un problema, sino más bien por la idoneidad de la investigación para una solución intelectual y prácticamente satisfactoria del problema planteado.

El apoyo de la investigación médica en América Latina tiene como finalidad inmediata la solución de problemas relativos a la salud con miras a promover el bienestar del hombre. . . El objetivo a largo plazo consiste en promover el mejoramiento de la comunidad en sus aspectos más humanos mediante el cultivo de la ciencia.

Estos distinguidos maestros de la ciencia y de los asuntos públicos abordaron con ese amplio criterio filosófico, pero al mismo tiempo práctico, su análisis de los temas de los documentos; su consejo fue sumamente útil y siempre resultó práctico.

El programa ampliado y las prioridades en la investigación

El Comité examinó las necesidades y recomendaciones para intensificar las actividades de estudio de la enfermedad de Chagas, la malaria, la esquistosomiasis, la lepra, la peste, las enfermedades víricas transmitidas por artrópodos y algunas zoonosis. Estudió además informes y recomendaciones sobre campos más generales: higiene ambiental, odontología de salud pública, higiene materno-infantil, nutrición, higiene radiológica, atención médica y economía de la salud.

La Organización estudia actualmente los análisis, prioridades y recomendaciones del Comité con el propósito de desarrollar un programa de acción en consonancia con sus recursos. Es evidente que el alcance y diverso carácter del programa ampliado es de tal índole que se necesitará mucho tiempo para poner en práctica todos los planes de investigación, propuestos por el Comité, que ofrecen buenas perspectivas.

Puede afirmarse, sin embargo, que la Organización y sus Gobiernos tienen ahora en sus manos un sólido repertorio de conocimientos actualizados sobre una amplia variedad de necesidades en materia de

investigación, urgentes problemas que reclaman solución y planes interesantes para estudios intensificados.

Por lo que respecta a prioridades, el Comité formuló las siguientes observaciones (pág. 4) :

Hay varios fundamentos para establecer un orden de prelación. El proyecto de investigación debe ser de interés para el campo de la salud y, en cierto modo, ofrecer perspectivas de proporcionar conocimientos nuevos e importantes y un mayor bienestar humano. Rara vez es posible formarse una idea exacta de la importancia económica del problema que debe estudiarse, por la falta de datos en esta materia. Teniendo en cuenta que serán contadas las ocasiones en que pueda aplicarse este importante criterio, las investigaciones sobre enfermedades de elevada morbilidad y mortalidad tenderán a gozar de alta prioridad. En lo que concierne al apoyo de proyectos es condición *sine qua non* que los centros cuenten con personal competente y que dispongan de medios adecuados para llevarlos a cabo. Es también importante que el proyecto de investigación no duplique otras investigaciones en curso. En igualdad de circunstancias, se ha de dar preferencia a los programas de especial interés para América Latina o a los que entrañan la cooperación internacional. Por último, el Comité convino en que cabría tomar en consideración un proyecto, aunque no reuniera varias de las condiciones mencionadas si su apoyo pudiera tener un efecto favorable sobre el potencial de investigación del país.

Los factores que ponen límites a la realización de las iniciativas presentadas en el programa son los recursos con que se cuenta para la investigación, la disponibilidad de personal capacitado, y los recursos e impulso institucionales. Aunque en Centroamérica y Sudamérica hay varios destacados programas y centros de investigación, los importantes problemas de salud que se hallan en estudio requieren un sostenido esfuerzo de desarrollo de la investigación por las Américas en conjunto y por parte de cada uno de los países interesados, a fin de disponer de los recursos institucionales, nacionales e internacionales, que se requieren para alcanzar los fines propuestos.

Convencido de que la primera condición para emprender con éxito una investigación es contar con personas de imaginación, adiestradas y hábiles, que dispongan del equipo necesario para su trabajo, el Comité hizo hincapié en las siguientes consideraciones (pág. 3, primer párrafo) :

Una política a largo plazo de desarrollo científico debe tener como fundamento el descubrimiento de jóvenes con talento científico, y su estímulo y promoción mediante la concesión de becas y otros medios. Debe hacerse todo lo posible por identificar los mejores centros de investigación existentes a fin de robustecer y complementar sus investigaciones y alentarlos

a impulsar sus propios programas de estudio para graduados. Es indispensable adoptar disposiciones para completar la educación de jóvenes aprovechando las posibilidades de esos centros y reservando los viajes al extranjero para casos excepcionales en que resulten realmente necesarios. Los centros docentes y de investigación deben respaldarse con becas, suministro de equipo y pago de gastos de estudiantes.

Puede observarse que el programa ampliado versa sobre tres amplios campos de investigación que influyen directamente en la salud y bienestar de la población de las Américas. Son los siguientes :

- 1) Investigación biomédica sobre ciertas enfermedades transmisibles cuyo conocimiento es insuficiente o nulo en la actualidad, con el fin de llegar a su control y posiblemente a su erradicación ;
- 2) Investigación fundamental y aplicada sobre higiene ambiental, especialmente la relativa a saneamiento, abastecimiento de agua potable, eliminación de desperdicios, y problemas de higiene del trabajo ; y
- 3) Investigación biosocial sobre cuestiones de economía y antropología social de la salud y atención médica.

Si se examinan los programas de la Organización, tanto en el pasado como en la actualidad, es evidente que en el transcurso de los sesenta años de historia de la misma se ha concedido y se continúa concediendo la más alta prioridad a las enfermedades transmisibles. Así seguirá siendo, pero si realmente existe algún medio de someter a control dichas enfermedades, este medio sólo podrá hallarse adquiriendo, mediante la investigación biomédica de los agentes y vectores de esas enfermedades, los conocimientos necesarios para dominarlos eficazmente. Estos problemas de salud son internacionales, y la Organización está en perfectas condiciones para dirigir las campañas y coordinar los esfuerzos conjuntos de los países para resolverlos.

La segunda categoría de problemas se refiere a la influencia del ambiente sobre la salud y las enfermedades. Son problemas múltiples. Consta perfectamente que hay en las Américas varias regiones en que prevalecen condiciones de insalubridad y otras adversas. Para abordar estos problemas hay que llevar a cabo investigaciones sobre la posibilidad y forma de aplicar principios conocidos a situaciones locales que presentan grandes diferencias en las Américas. Para alcanzar este objetivo, el Comité recomendó (pág. 11, párrafo segundo) que en cada país se

estableciera una estación experimental asociada a una institución técnica,

... donde se pueda estimular la solución de problemas de aplicación de la investigación, la adaptación de principios conocidos y el adiestramiento de personal de tecnología...

Estos problemas urgentes sólo pueden ser resueltos por los países mismos, pero la OPS puede cooperar con ellos prestándoles, si así lo solicitan, servicios consultivos para planear las estaciones experimentales y los programas de investigación.

La tercera amplia categoría se refiere a los aspectos sociales y económicos de la salud y las enfermedades y de la atención médica. Con respecto a los factores ecológicos sociales, el Comité recomendó además (pág. 12, primer párrafo):

La necesidad de explorar los métodos antropológicos, el comportamiento humano y los mecanismos de educación en masa para aceptar nuevas ideas y modificar los sistemas de hábitos existentes, es tan importante en la solución de problemas relacionados con el ambiente como lo es en relación con todas las actividades de salud pública, y merece destacarse cuando se examine el problema de la investigación aplicada.

Reconociendo que, en realidad, es muy grande, y puede seguir aumentando, la distancia que separa lo que se sabe de la salud y las enfermedades y lo que se aplica en la práctica, el Comité hizo observar (pág. 38, párrafo segundo) que:

... la investigación sobre la atención médica y sus aspectos económicos ayudaría a vincular la salud con el crecimiento y desarrollo generales de un país y a sentar las bases para constituir un repertorio general de doctrinas relativas a estas cuestiones. Este tipo de investigación encaja muy bien con el actual y oportuno interés en la planificación racional de muchos aspectos del desarrollo económico y social del Hemisferio.

Terminó (pág. 38, último párrafo) adjudicando a este campo de la investigación

... un alto nivel de prioridad a la par con la investigación médica y biológica.

Por consiguiente, teniendo en cuenta la urgencia, la Organización intensificará sus esfuerzos en su colaboración con los países que deseen organizar actividades de investigación a fin de acortar dicha peligrosa distancia. Es evidente el carácter esencial de esta medida para el éxito de los planes nacionales de desarrollo a realizar, en consonancia con la Carta de Punta del Este, en los próximos 10 años.

En este campo vasto e importante, como en la esfera general de la investigación médica y biológi-

ca, los recursos nacionales e internacionales disponibles para llevar a cabo los estudios necesarios y para el adiestramiento de investigadores determinan el ritmo con que puede avanzarse para alcanzar los fines propuestos.

Política de la OPS en materia de investigaciones

De las consideraciones expuestas se desprenden con claridad las líneas generales de una política de investigaciones de la OPS. Es una política que se ha venido plasmando durante varios años, a medida que la Organización adquiría experiencia resolviendo problemas que se le planteaban para alcanzar sus objetivos a largo plazo. Con todo, ante la expansión de sus responsabilidades, que se ampliarán mucho en el futuro, y que en gran parte se reflejan en los documentos antes citados, conviene exponer explícitamente la política que, con la aprobación de la Conferencia, guiará el programa de acción de la Organización en los próximos cuatro años.

La política de la OPS en materia de investigaciones consiste en colaborar con los países de las Américas en el desarrollo de los necesarios recursos en ese aspecto para resolver los más apremiantes problemas de salud de la población.

La filosofía en que se inspira la política propuesta es que la mala salud y la enfermedad comprenden el complejo de funciones del organismo humano como entidad biológica e, inseparablemente, también la interacción del individuo con su ambiente social y físico. En pocas palabras: la investigación biomédica abarca el estudio de todos los factores biológicos y ambientales que, de perder su equilibrio o estar incontrolados, pueden causar mala salud, enfermedad o incapacidad del individuo para funcionar como ser humano normal.

Para encontrar condiciones de vida modernas, sanas, es preciso investigar cómo vive una colectividad, ya sea rural o urbana: analizar sus sistemas de comunicaciones e instituciones y pautas culturales, así como el ambiente físico en que funcionan sus servicios de salud. Fundándose en estos datos básicos de la investigación, pueden elaborarse planes

prácticos que comprendan no sólo los servicios de atención médica requeridos sino también la necesaria intervención de la población misma en todos los aspectos de la medicina preventiva y el control de las enfermedades a fin de crear un ambiente saludable, saneado, en el hogar, en el lugar de trabajo y en los sitios de recreo.

Como se señala al principio de este informe, el programa de investigación ampliado, a medida que se desarrolle, se relacionará con las necesidades específicas y oportunidades que en materia de investigación existen dentro de los países de la Organización. Dará mayor importancia a proyectos de investigación que requieran esfuerzos coordinados por parte de más de un país y actividades de investigación que estimulen una más amplia aplicación de los conocimientos tradicionales o modernos a los problemas peculiares de cada país. Se emprenderán investigaciones encaminadas a resolver los problemas operacionales de los programas mismos, especialmente aquellas que ayuden a los países de las Américas a alcanzar los objetivos relativos a la salud comprendidos en los planes nacionales de desarrollo. Además de los crecientes recursos de las Américas, la OPS utilizará la experiencia diversificada de la Organización Mundial de la Salud. Las actividades de ambas Organizaciones estarán perfectamente coordinadas y tendrán en cuenta las necesidades y requerimientos especiales de las Américas.

Ejecución de la política

En la ejecución de la política de investigación, previa aprobación de la Conferencia, se prestará a los Gobiernos de la Organización la colaboración que soliciten a fin de evaluar el estado de sus recursos en materia de investigaciones y fomentar su desarrollo para la solución de los problemas nacionales de salud. Dicha colaboración se prestará en forma de servicios consultivos para organizar actividades de investigación y programas de adiestramiento en las instituciones de enseñanza e investigación existentes y, contribuirá, además, a organizar las nuevas instituciones que sean necesarias. La citada colaboración comprenderá también un estudio, al que se atribuirá alta prioridad, de los aspectos económicos y financieros de los servicios de salud y atención médica en la planificación del desarrollo nacional,

aspecto de la investigación fundamental hasta ahora descuidado.

Varios países de las Américas tienen problemas de salud análogos y cuando dos o más de ellos deseen poner en común sus limitados recursos en un centro de investigación internacional con el propósito de alcanzar los fines a que todos ellos aspiran, y soliciten la colaboración de la OPS, ésta los atenderá dentro de los recursos de que disponga, como ha venido haciendo, ofreciéndoles su experiencia y consejo en este aspecto de la cooperación interamericana. Por otra parte, la OPS procurará atraer el interés de las organizaciones que conceden fondos, a condición de que los países interesados contribuyan con el mínimo de medios, instalaciones y personal indispensables en esa actividad de cooperación.

Reconociendo que el establecimiento de un centro internacional de investigación es tarea que requiere cierto tiempo y percatada, por otra parte, de varios de los proyectos de investigación del programa ampliado presentados en este documento, deben llevarse a cabo con la menor demora posible, la Organización se encargará de coordinar la planificación de los esfuerzos que, en este aspecto, lleven a cabo conjuntamente los países interesados. Además, procurará apoyar las gestiones de los países para obtener los fondos necesarios.

Por otra parte, tratará en lo sucesivo, como ha sido su norma en el pasado, emplear todos los medios a su disposición para fomentar las relaciones entre los investigadores y las autoridades de salud pública, así como entre las instituciones docentes y de investigación. Seguirá patrocinando conferencias de investigación, medios de comunicación y becas, e instituirá un programa de preparación de investigadores y apelará a otros medios para acrecentar el intercambio de información y aptitudes a fin de desarrollar una mayor vinculación entre los que se dedican a las ciencias de la salud en las Américas.

Para facilitar la consecución de estos fines, la Oficina de Coordinación de Investigaciones preparará y mantendrá actualizada una lista de instituciones de investigación de las ciencias de la salud y de su personal en las Américas, basada en los inventarios y repertorios nacionales.

A medida que se vaya realizando en la práctica esta política, se procederá anualmente a un examen y evaluación que se presentará al Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas para que lo estudie y formule las recomendaciones pertinentes. También

se presentarán informes anuales al Consejo Directivo y a los Gobiernos de la Organización.

Tanto la ejecución del programa como de la política de investigaciones se someterán a la consideración de la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana, que se celebrará en 1966.

Gestiones financieras

Hasta la fecha, el programa de investigaciones de la Organización se ha mantenido y ampliado con inversiones, relativamente pequeñas, de los Gobiernos, en cantidad suficiente para costear un reducido número de expertos, la mayoría de ellos dedicados a diversos campos.

Dicha inversión ha producido grandes beneficios gracias a que la calidad de la labor realizada ha atraído el interés de otros científicos y organismos que otorgan subvenciones.

Para proyectos realizados en los centros de investigación y en la Sede se han obtenido aportaciones que exceden de un millón de dólares anuales en forma de subvenciones concedidas con ese fin por los Institutos Nacionales de Higiene de los Estados Unidos de América, fundaciones privadas y otras fuentes.

Aun cuando los citados Institutos prorroguen, como se prevé, por un año más la actual subvención

para las actividades de planificación y coordinación, la Organización tendrá que consignar créditos—a medida que se intensifique la ejecución del programa—por la suma de \$ 100.000 en 1964, \$ 125.000 en 1965 y \$ 150.000 en 1966, para sufragar los costos del funcionamiento de esta Oficina.

El programa en sí, que se refleja en el informe de la reunión del Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas, se financiará, proyecto por proyecto, a medida que las organizaciones que conceden fondos se convenzan de su valor e importancia para la salud en las Américas.

Conclusión

Las Américas están en movimiento y la misión de la Organización en los vastos esfuerzos internacionales y nacionales para elevar el nivel de vida de la población y crear una vida más sana para todos, es de extraordinaria importancia. Para hacer frente a sus responsabilidades ante los Gobiernos en un período de adelantos revolucionarios en la ciencia, la investigación biomédica tiene que ampliarse en varias direcciones si se quiere que la OPS siga mereciendo de la colectividad internacional de las Américas la misma confianza de que ha gozado durante los pasados sesenta años, gracias a los servicios que ha prestado para combatir las enfermedades y prolongar la vida productiva.

Anexo 10

INFORME RELATIVO AL PROGRAMA DE INVESTIGACION SOBRE LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD EN LAS AMERICAS¹

De acuerdo con los planes presentados por el Director a la XIII Reunión del Consejo Directivo en octubre de 1961,² la Organización ha iniciado un programa de investigación sobre estadísticas de mortalidad. Este programa tiene por objeto obtener datos fundamentales tan comparables como sea posible, a fin de que sirvan de base para la investigación

epidemiológica en las Américas. Debido a diferencias en la proporción de certificaciones efectuadas por el personal médico, la terminología en uso, los puntos de vista nosológicos, la ausencia de normas de diagnóstico y los métodos para certificar la causa fundamental de fallecimiento, no son comparables las actuales estadísticas de mortalidad de los distintos países. Como primera medida para obtener datos satisfactorios se consideró que era conveniente reunir

¹ Documento CSP16/36.

² Documento Oficial de la OPS 41, 89-91.

información de grandes ciudades donde algunos de esos problemas no son tan graves, gracias a que en ellas se cuenta con servicios médicos fácilmente accesibles y la mayoría de las defunciones son certificadas por médicos. La manera de proceder consiste en investigar cada defunción mediante entrevistas en el hogar, el hospital y la clínica y con el médico, a los efectos de obtener el registro más completo posible de la enfermedad que produjo el fallecimiento, inclusive los resultados de laboratorio y otros procedimientos de diagnóstico y los hallazgos de la autopsia. Se prevé un estudio por muestras de unas 2.000 defunciones por año de personas de 15 a 75 años de edad, acaecidas en cada una de 10 ciudades en 1962 y 1963, con un total de 40.000 cuestionarios para análisis.

En la citada reunión de 1961, el Consejo Directivo apoyó este programa por medio de la Resolución VII, en la que recomendó a los Gobiernos de la Organización que a su vez dieran todo su apoyo al desarrollo del mismo, a fin de que las ventajas de esta primera investigación intensiva de la mortalidad, sobre una base regional, fuesen plenamente utilizadas no sólo como orientación para los estudios epidemiológicos, sino también para el mejoramiento de la calidad de las estadísticas de mortalidad que son indispensables para los planes de salud; y recomendó igualmente al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que la Organización cooperara con los investigadores en las ciudades seleccionadas, para asegurar que esta investigación coordinada proporcionará datos básicos comparables, y que los resultados del programa de investigación fuesen plenamente utilizados en los servicios de salud, en los estudios epidemiológicos y en la enseñanza en las escuelas de medicina.¹

En 1961 se llevaron a cabo las fases de planificación del programa de investigación, empezando con una Conferencia de Planificación en mayo para examinar el fundamento de la propuesta. En el desarrollo de los planes y la elaboración del cuestionario para el estudio de enfermedades y lesiones mortales en ciudades de las Américas participaron autoridades en materia de clasificación de enfermedades y causas de mortalidad: el Dr. Percy Stocks, ex Director del Centro de la OMS para la Clasificación de Enfermedades, de Inglaterra; Dr. Darío Curiel, Director del Centro Latinoamericano de Clasifica-

ción de Enfermedades, de Venezuela, y el Dr. Iwao Moriyama, del Centro Nacional de Estadísticas de Salud, de los Estados Unidos de América. La Conferencia estuvo de acuerdo en que era muy importante establecer un panorama exacto y completo de la mortalidad por edades entre la población adulta de ciudades seleccionadas de las Américas, y que el esfuerzo y los gastos que supone tal investigación quedarían plenamente justificados.

A fin de seleccionar las ciudades y los colaboradores debidamente preparados, según se indicaba en la propuesta, se visitó a posibles colaboradores en escuelas de medicina, de salud pública y servicios nacionales de salud. En agosto de 1961 se realizaron pruebas piloto con el cuestionario y se completaron más de 500 cuestionarios en ocho ciudades. El análisis de la prueba piloto demostró que la estructura y contenido del cuestionario eran en general adecuados para los fines del estudio. En noviembre de 1961, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América concedió, a través de los Institutos Nacionales de Higiene, una subvención para actividades sobre el terreno del programa de Investigación Interamericana de Mortalidad, por un período de dos años a partir de 1962 y hasta 1964.

Del 22 al 30 de enero de 1962 se celebró la conferencia de planificación de protocolos, a la que asistieron los principales colaboradores, para establecer el cuestionario y los procedimientos estándares definitivos que se aplicarían en todas las ciudades comprendidas en el programa. Se publicó un *Manual de procedimientos* con el fin de mantener la uniformidad en toda la investigación.

El trabajo sobre el terreno se inició a base de las defunciones de adultos de 15 a 74 años ocurridas en enero de 1962 en cinco ciudades: Bogotá, Colombia; Caracas, Venezuela; La Plata, Argentina; Lima, Perú; y São Paulo, Brasil. Por otra parte, se emprendió la investigación de los fallecimientos ocurridos en marzo en la Ciudad de Guatemala y en México, D. F., y los que tuvieron lugar en mayo en Cali, Colombia. A causa de las condiciones locales se atrasó la iniciación del proyecto en Santiago, Chile. Hubo atrasos en la formulación de planes para incluir una o más ciudades de países de habla inglesa; no obstante, se espera incluir en breve dos de esas ciudades. Los principales colaboradores (mencionados en el Apéndice) son epidemiólogos, estadísticos y otros miembros del profesorado de

¹ Documento Oficial de la OPS 41, 21-22.

escuelas de salud pública, escuelas de medicina y servicios nacionales de salud.

A fines de junio de 1962 se habían llenado cuestionarios en siete ciudades, que estaban ya listos para su análisis destinado a este primer informe preliminar. Esos cuestionarios fueron revisados por los árbitros médicos (Dr. Stocks y Dr. Curiel) y ambos asignaron independientemente la causa fundamental de defunción según las normas internacionales. Si a juicio del árbitro no había pruebas suficientes para justificar la designación de una sola causa, designaba dos con cierta ponderación.

Los trabajos no se iniciaron en la misma época en cada ciudad; por consiguiente, el número de cuestionarios completados precedentes de esas ciudades y listos para su análisis acusaba considerables variaciones, como se indica a continuación:

Bogotá	287
Caracas	335
Ciudad de Guatemala	130
La Plata	384
Lima	339
México, D. F.	30
São Paulo	56

Debido a que el número de fallecimientos investigados en México y São Paulo era inferior a 100, ambas ciudades han sido excluidas del presente análisis. Aunque el número de defunciones examinadas en las otras cinco ciudades no era suficientemente

importante para realizar un estudio detallado, se hizo este análisis preliminar principalmente con el objeto de evaluar los procedimientos y determinar si los datos son adecuados a los fines para los cuales se concibió el programa.

Para el estudio se seleccionaron ciudades de las cuales se estimó que sus residentes tenían fácil acceso a servicios de hospital y atención médica, y que, por lo tanto, las historias clínicas y pruebas de diagnóstico serían satisfactorias. En esta etapa es conveniente resumir dichas pruebas como medida de la calidad de los datos de las ciudades.

El primer método para evaluar el material a este respecto consiste en examinar las defunciones según el lugar de fallecimiento (cuadro 1). En tres de las cinco ciudades, más de la mitad de las defunciones ocurrieron en un hospital. Los fallecimientos que ocurren en servicios de emergencia se incluyen como defunciones en hospitales, ya que esos servicios tienen el equipo necesario y los medios de diagnóstico de un hospital.

Más del 60 % de esas defunciones correspondían a personas que habían pasado el último año de vida o fallecido en el hospital (cuadro 2). La proporción que no recibió atención médica el último año es pequeña. Muchos de los clasificados sin atención médica o respecto de los cuales no pudo obtenerse información, es decir el grupo "sin especificar", fallecieron a causa de accidente u otra violencia. Por consiguiente, la atención médica que proporcionan los hospitales o los médicos en clínicas.

Cuadro 1—Defunciones, por lugar en que ocurrieron, en cinco ciudades incluidas en la Investigación Interamericana sobre las causas de Mortalidad
Datos preliminares correspondientes a junio de 1962

Lugar de defunción	Bogotá		Caracas		Guatemala		La Plata		Lima	
	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje
Total	287	100	335	100	130	100	384	100	339	100
Hospital ^a	161	56,1	195	58,2	49	37,7	186	48,4	177	52,2
Hogar	107	37,3	112	33,4	78	60,0	175	45,6	113	33,3
Lugar público ^b	15	5,2	24	7,2	2	1,5	19	5,0	13	3,9
Sin especificar y otros	4	1,4	4	1,2	1	0,8	4	1,0	36	10,6

(a) Comprende otras instituciones y servicios de emergencia.

(b) Comprende casos en tránsito al hospital, consultorio del médico, etc.

Cuadro 2—Atención médica registrada en cinco ciudades incluidas en la Investigación Interamericana sobre las causas de Mortalidad
Datos preliminares correspondientes a junio de 1962

Tipo de atención recibida durante el último año de vida	Bogotá		Caracas		Guatemala		La Plata		Lima	
	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje
Total	287	100	335	100	130	100	384	100	339	100
Hospital	182	63,4	233	69,6	88	67,7	245	63,8	207	61,1
Médico ^a	77	26,8	51	15,2	30	23,1	127	33,1	79	23,3
Otro o ninguna	13	4,6	16	4,8	10	7,7	9	2,3	1	0,3
Sin especificar	15	5,2	35	10,4	2	1,5	3	0,8	52	15,3

(a) Sin incluir pacientes que también recibieron atención hospitalaria.

y consultorios o en el hogar parece ser suficiente para dar información bastante completa. Ciertamente, se han encontrado algunas dificultades para obtener datos sobre el terreno. En general, sin embargo, la situación es favorable y los principales colaboradores tienen bastante éxito venciendo muchas dificultades para localizar familias, médicos, registros de hospital, etc.

El valor de los datos aumenta si, además de las historias clínicas, se dispone de hallazgos de laboratorio y patológicos para emplearlos en la asigna-

ción de causas de fallecimiento. En el cuadro 3 se indica la proporción de esas defunciones en que se realizaron autopsias. A este respecto, se observa una marcada variación en las cinco ciudades. En Caracas y Bogotá, los porcentajes son altos; sin embargo, muchas de las autopsias medicolegales correspondientes a Bogotá fueron incompletas, practicadas principalmente en defunciones debidas a causas externas. El porcentaje más alto de defunciones, con autopsia completa, fue el de Caracas, con 28,3. Los otros fueron: 12,2 % en Bogotá; 8,5 en Gua-

Cuadro 3—Defunciones, por clases de autopsia, en cinco ciudades incluidas en la Investigación Interamericana sobre las causas de Mortalidad
Datos preliminares correspondientes a junio de 1962

Clase de autopsia	Bogotá		Caracas		Guatemala		La Plata		Lima	
	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje
Total de defunciones	287	100	335	100	130	100	384	100	339	100
Defunciones con autopsia	103	35,9	98	29,3	13	10,0	17	4,4	67	19,8
Autopsias en hospital	39	13,6	48	14,3	9	7,0	10	2,6	17	5,0
Completas	30	10,5	48	14,3	9	7,0	7	1,8	8	2,3
Incompletas	9	3,1	—	—	—	—	3	0,8	2	0,6
Sin especificar	—	—	—	—	—	—	—	—	7	2,1
Autopsias medicolegales	61	21,2	50	14,9	2	1,5	6	1,6	47	13,9
Completas	5	1,7	47	14,0	2	1,5	—	—	1	0,3
Incompletas	56	19,5	—	—	—	—	5	1,3	46	13,6
Sin especificar	—	—	3	0,9	—	—	1	0,3	—	—
Sin especificar la clase de autopsia	3	1,0	—	—	2	1,5	1	0,3	3	0,9

temala; 2,6 en Lima, y 1,8 en La Plata. En algunas de las ciudades la ampliación de la labor patológica es, pues, de gran urgencia. Se espera que este programa conducirá a nuevas investigaciones epidemiológicas sobre el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, donde los hallazgos patológicos serán esenciales para establecer un diagnóstico exacto. La falta de autopsias revela la inmediata necesidad de adiestrar patólogos para los servicios hospitalarios y medicolegales, a fin de que puedan efectuarse aquéllas de una manera completa.

En los casos de esas ciudades se realizaron exámenes de laboratorio, electrocardiogramas, exámenes con rayos X, lecturas de la presión sanguínea, etc., en diferentes proporciones; en general se observó que esos procedimientos de diagnóstico se usan con relativa frecuencia y, por ende, son pruebas útiles para la determinación de la causa de defunción.

Una vez que se hayan reunido datos correspondientes al período de dos años, se proyecta calcular, respecto de cada ciudad, las tasas específicas de mortalidad según la edad y las tasas ajustadas según la edad por causas. Esta clase de análisis no puede realizarse por ahora debido al reducido número de defunciones comprendidas en la investigación. Sin embargo, la distribución de la mortalidad por grupos de causas es útil para obtener información preliminar acerca de la mortalidad en el grupo de 15-74 años de edad en esas ciudades. En el cuadro 4 se presenta el número de defunciones correspondientes a 17 grupos de causas, con las distribuciones porcentuales.

Dos árbitros médicos han asignado independientemente las causas de defunción y se han combinado sus decisiones. Cuando un árbitro estaba en duda, asignó dos causas, dando a la causa más probable

Cuadro 4—Asignación de causas de defunción por los árbitros médicos* en cinco ciudades
Datos correspondientes a junio de 1962

Grupos de causas Clasificación Internacional de Enfermedades	Bogotá		Caracas		Guatemala		La Plata		Lima	
	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje
Total	287	100	335	100	130	100	384	100	339	100
Tuberculosis, todas las formas (001-019)	26,8	9,3	13,3	4,0	4,3	3,3	3,5	0,9	48,5	14,3
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias (020-138)	7,5	2,6	10,2	3,0	5,8	4,5	5,5	1,4	4,0	1,2
Neoplasmas malignos (140-205)	41,5	14,5	79,0	23,6	33,8	26,0	119,2	31,1	68,0	20,1
Diabetes mellitus (260)	6,0	2,1	9,8	2,9	4,5	3,5	13,0	3,4	6,5	1,9
Lesiones vasculares que afectan al sistema nervioso central (330-334)	18,2	6,3	23,3	7,0	6,8	5,2	40,3	10,5	23,8	7,0
Enfermedades del corazón (410-443)	48,7	17,0	82,3	24,6	14,2	10,9	84,8	22,1	54,0	15,9
Otras enfermedades del aparato circulatorio (400-402, 444-468)	11,3	3,9	5,8	1,7	3,7	2,8	14,5	3,8	15,1	4,5
Influenza y neumonía (480-493)	13,0	4,5	4,2	1,2	1,3	1,0	1,2	0,3	8,7	2,6
Bronquitis (500-502)	4,8	1,7	0,2	0,1	1,2	0,9	8,2	2,1	2,0	0,6
Cirrosis hepática (581)	5,5	1,9	4,5	1,3	6,7	5,2	10,5	2,7	7,2	2,1
Otras enfermedades del aparato digestivo (530-580, 582-587)	20,3	7,1	15,0	4,5	7,3	5,6	15,2	4,0	21,2	6,2
Nefritis y nefrosis (590-594)	9,7	3,4	4,3	1,3	1,8	1,4	4,0	1,0	10,8	3,2
Partos y complicaciones del embarazo, etc. (640-689)	6,3	2,2	1,7	0,5	3,0	2,3	4,0	1,0	8,0	2,4
Accidentes (E800-962)	28,2	9,8	27,5	8,2	6,3	4,9	13,7	3,6	27,8	8,2
Suicidios, homicidio y otras violencias (E963-999)	17,0	5,9	30,3	9,0	2,0	1,5	10,0	2,6	5,2	1,5
Todas las demás causas especificadas (otras categorías)	21,7	7,6	21,4	6,4	17,6	13,5	29,1	7,6	24,2	7,1
Síntomas, senilidad y estados mal definidos (780-795)	0,5	0,2	2,2	0,7	9,7	7,5	7,3	1,9	4,0	1,2

* Fracciones debidas a la asignación de causas múltiples por los árbitros.

la ponderación de dos y a la menos probable una ponderación de uno. Como consecuencia de esta ponderación, algunas cifras de defunciones que figuran en el cuadro se han expresado en fracciones. Es evidente que las causas de defunción difieren en esas cinco ciudades. Debe tenerse en cuenta la influencia de la edad. La población de La Plata, Argentina, es de edad algo mayor que la de otras ciudades, por lo que en ella puede haber proporcionalmente más fallecimientos producidos por ciertas causas. En esos datos preliminares, la distribución de las defunciones en esas cinco ciudades se presenta por grupos de edades en el cuadro 5. Casi dos tercios de los fallecimientos en dicha ciudad corresponden a personas de 55-74 años de edad, mientras que en las otras ciudades las proporciones son más bajas.

Los dos grupos principales de causas en todas las ciudades fueron neoplasmas malignos y enfermedades del corazón, pero varió su relativa importancia.

Aunque el número de defunciones debidas a esas causas no es lo suficientemente importante para deducir conclusiones, parece haber diferencias en el cáncer según el lugar y en los tipos de enfermedades del corazón en esas ciudades. Por tanto, ese número da a entender que este programa de investigación revelará la información fundamental que se necesita como base para nuevas investigaciones epidemiológicas en las Américas.

La tuberculosis fue una importante causa de mortalidad en Lima (ocupó el tercer lugar), pero sólo una causa menor en La Plata, Argentina. En Bogotá fue la cuarta causa principal, superada por las en-

fermedades del corazón, los neoplasmas malignos y los accidentes.

Las asignaciones finales de causas de fallecimiento por los árbitros médicos fueron comparadas con las indicadas en los certificados originales de defunción. Sólo fue posible hacer estas comparaciones en el caso de cuatro ciudades. Quedó de manifiesto que los datos adicionales reunidos en este programa de investigación permitían la asignación de causas a categorías más específicas. Un grupo importante en el que la información adicional permitió una asignación más explícita en cada una de las ciudades fue el de mortalidad materna, Categorías 640-689 (enfermedades del embarazo, del parto y del puerperio). En esas cuatro ciudades solamente 12 fallecimientos se clasificaron como mortalidad materna en los certificados de defunción. Por otra parte, según la información adicional de hospitales y médicos, 20 debieran haberse asignado en esa forma. Este hallazgo no es inesperado, por cuanto al médico que atiende en el momento del fallecimiento no siempre puede estar enterado de lo que ocurrió durante el parto o el aborto. La información adicional permitió también efectuar cambios en las asignaciones a lugares específicos de neoplasmas malignos y tipos de enfermedades del corazón, así como modificaciones de un grupo de enfermedades a otro.

En este programa, los registros médicos y de hospitales, así como las entrevistas con los médicos, van proporcionando la información complementaria que se desea obtener para indicar la causa de la enfermedad mortal y la naturaleza de la lesión con apoyo de pruebas. Se espera mejorar la calidad de los datos a medida que avancen los trabajos sobre

Cuadro 5—Defunciones, por grupos de edades, en cinco ciudades incluídas en la Investigación Interamericana sobre las causas de Mortalidad
Datos preliminares correspondientes a junio de 1962

Grupo de edades (en años)	Bogotá		Caracas		Guatemala		La Plata		Lima	
	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje
15-74	287*	100	335	100	130	100	334	100	339	100
15-34	60	20,9	77	23,0	23	17,7	26	6,8	81	23,9
35-54	103	35,9	96	28,6	33	25,4	110	28,6	104	30,7
55-74	123	42,9	162	48,4	74	56,9	248	64,6	154	45,4

* Comprende una persona de edad no especificada.

el terreno y que los médicos se familiaricen más con los datos necesarios para asignar las causas de defunción.

Aunque éste es solamente un informe preliminar, el análisis indica que se obtendrán datos para realizar los objetivos del programa de investigación. Cada uno de los colaboradores tiene oportunidad de emprender estudios especiales sobre cualquier aspecto del programa que sea de interés para su respectiva ciudad. El fomento de esta investigación marca el principio de una nueva era en la labor de cooperación en el campo de la estadística en las Américas. Serán muchos los resultados principales y secundarios que se obtengan. Se estima que el continuo interés y apoyo por parte de los Gobiernos de la Organización contribuirá al éxito de esta Investigación Interamericana de Mortalidad, echándose así los cimientos para una nueva labor cooperativa sobre los estudios geográficos de las enfermedades.

El Comité Regional Asesor sobre Estadísticas de Salud en su segunda reunión, celebrada en junio de 1962, examinó los progresos alcanzados en este programa de investigación. En esa reunión se discutió el problema de la excesiva mortalidad de niños del grupo de 1-14 años de edad en muchas zonas de las Américas, causada por enfermedades transmisibles comunes de la infancia, como el sarampión, la tos ferina y la difteria, y las enfermedades diarreicas y respiratorias. En una de las ciudades participantes se ha iniciado ya un estudio de la mortalidad infantil utilizando los procedimientos de la Investigación de Mortalidad. Se estima que sería aconsejable investigar detenidamente la causa de la excesiva mortalidad infantil en varias de las ciudades con elevadas tasas de mortalidad. Teniendo en cuenta

que las enfermedades víricas pueden ser una de las causas de la excesiva mortalidad, convendría que las ciudades en que se lleve a cabo tal investigación dispusieran de servicios de laboratorio adecuados, incluso de un laboratorio de virología para la confirmación del diagnóstico.

El Comité Asesor expresó en su informe que, a su juicio, "a medida que la Organización avance en la Investigación de Mortalidad, estará en posición de emprender otros proyectos de investigación. El Comité da su apoyo y estímulo a la Organización para que amplíe su programa de investigación a fin de interpretar las pautas de mortalidad en la Región".¹

El Comité recomendó también que "la Organización prosiga con el planeamiento de la investigación epidemiológica sobre cáncer y continúe fomentando el estudio de la incidencia de esta enfermedad".² Se sugirió que a principios de 1963 se convoque una reunión de especialistas con intereses en programas específicos en este campo, para planificar la investigación sobre la epidemiología del cáncer.

La Organización está iniciando activamente la investigación geográfica necesaria para la interpretación de las enfermedades en la Región. Este programa es posible gracias al espíritu de cooperación y colaboración de los dirigentes de salud de las Américas expresado en el establecimiento de la Organización Panamericana de la Salud, en el Código Sanitario Panamericano y en las decisiones de las Conferencias Sanitarias Panamericanas.

¹ *Publicación Científica de la OPS* 65, 19.

² *Publicación Científica de la OPS* 65, 13.

Apéndice

PRINCIPALES COLABORADORES EN LA INVESTIGACION INTERAMERICANA DE MORTALIDAD

Bogotá, Colombia: Dr. Luis E. Giraldo, Profesor Auxiliar, Departamento de Epidemiología, Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional, Bogotá

Cali, Colombia: Dr. Pelayo Correa, Profesor de Patología y Jefe del Departamento de Patología, Facultad de Medicina, Universidad del Valle, Cali

Dr. Bernardo Aguilera (colaborador principal), Jefe Adjunto del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad del Valle, Cali

Caracas, Venezuela: Dr. Carlos Luis González, Asesor técnico, Dirección de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas

Ciudad de Guatemala, Guatemala: Dr. J. Romeo de León, Jr., Oficial médico, Sección de Epidemiología, División de Salud Pública, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), Ciudad de Guatemala

La Plata, Argentina: Dr. Carlos Ferrero, Director de Bioestadística, Ministerio de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires, La Plata, y Profesor de Bioestadística, Escuela de Salubridad, Universidad de Buenos Aires

Lima, Perú: Dr. Abelardo Temoche, Oficial de Salud Pública, Comisión Nacional de Planificación de Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y Profesor de Estadísticas Médicas, Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos, Lima

México, D. F.: Dr. Miguel Angel Bravo Becherelle, Investigador científico, Laboratorio de Epidemiología y Bioestadística, Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, México, D. F.

Santiago, Chile: Dra. Adela Legarreta, Profesora del Departamento de Bioestadística, Escuela de Salubridad, Universidad de Chile, Santiago

São Paulo, Brasil: Dra. Elza Berquó, Profesora de Bioestadística, Departamento de Estadística, Facultad de Higiene y Salud Pública, Universidad de São Paulo
Dr. Giraldo García Duarte (colaborador de la investigación en Ribeirão Preto), Profesor Adjunto de Higiene de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto

Anexo 11

INFORME SOBRE LAS ACTIVIDADES DE SALUD DESARROLLADAS DE CONFORMIDAD CON LA CARTA DE PUNTA DEL ESTE Y PROYECCIONES FUTURAS¹

La finalidad primordial de la Alianza para el Progreso, según se expone en la Carta de Punta del Este, es procurar una vida mejor a los pueblos de las Américas, acelerando el desarrollo económico y social. Para alcanzar este objetivo, las Repúblicas americanas han convenido en trabajar para alcanzar ciertas metas fundamentales en la presente década. Han reconocido que para alcanzar estas metas, la tasa de crecimiento económico en cualquier país de la América Latina no debe ser inferior al 2,5 % anual por habitante y, lo que es aún más importante, que no puede ya aguardarse a que el bienestar y la prosperidad se produzcan mucho más tarde como consecuencia de dicho desarrollo económico. Han convenido además en que existen relaciones recíprocas entre el desarrollo económico, el nivel de vida y el bienestar y en que el crecimiento económico debe ir acompañado del progreso social, ya que el anterior desarrollo económico no ha producido automáticamente un mejoramiento social homogéneo.

Las actividades de salud dentro del marco de la Carta

El objetivo de la Carta en el campo de la salud es el siguiente:

Aumentar en un mínimo de cinco años la esperanza de vida al nacer y elevar la capacidad de aprender y producir, mejorando la salud individual y colectiva.

Para alcanzarlo será necesario:

...suministrar en el próximo decenio agua potable y desagüe a no menos del 70 % de la población urbana y del 50 % de la rural; reducir la mortalidad de los menores de cinco años, por lo menos a la mitad de las tasas actuales; controlar las enfermedades transmisibles más graves, de acuerdo con su importancia como causas de invalidez o muerte; erradicar aquellas enfermedades para las cuales se conocen técnicas eficaces, en particular la malaria; mejorar la nutrición; perfeccionar y formar profesionales y auxiliares de salud en el mínimo indispensable; mejorar los servicios básicos de la salud a nivel nacional y local; intensificar la investigación científica y utilizar plena y más efectivamente los conocimientos derivados de ella para la prevención y la curación de las enfermedades.²

Las medidas cuya adopción se recomienda a los Gobiernos a este efecto, están expuestas en la Resolución A. 2 del Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso.³ Comprenden la terminación y ampliación de los proyectos en ejecución,

¹ Documento CSP16/7.

² Documento Oficial de la OEA, Ser. H/XII.1 (esp.), 1961, pág. 11.

³ Documento Oficial de la OEA, Ser. H/XII.1 (esp.), 1961, págs. 30-32.

la formulación de proyectos para su desarrollo progresivo y la preparación de planes nacionales de salud para la presente década. Ahora bien, hay que poner de relieve que la formulación de planes no debe, en modo alguno, interrumpir las actividades encaminadas a la solución de los problemas actuales. Por el contrario, los programas deberían continuar y ampliarse no sólo porque sirven una finalidad social inmediata, sino también porque serán incluidos en un plan nacional bien concebido. Se han asignado funciones específicas a la Oficina Sanitaria Panamericana en la formulación y ejecución de programas y el establecimiento de sistemas de planificación en salud.

Este informe sobre las actividades llevadas a cabo por la Oficina en cumplimiento de las funciones que le asigna la Carta de Punta del Este sigue la misma pauta señalada en la Resolución A-2. Expone sucesivamente las medidas a corto y largo plazo, aunque sólo en líneas generales, ya que el Informe Cuadrienal y el Informe Anual que han de presentarse a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana ofrecerán una exposición sucinta de los antecedentes y una descripción detallada de las actividades ordinarias.

Continuación y ampliación de las actividades ordinarias

Han continuado y se han ampliado las actividades ordinarias de la Oficina encaminadas a abordar problemas a los que se presta prioridad en los principales campos de la salud de las Américas. Se han logrado progresos importantes en los programas de erradicación de la malaria, muchos de los cuales han pasado ya, o están pasando, a la fase de consolidación. Se han intensificado los programas de erradicación del *Aedes aegypti* y se han incrementado las actividades contra la frambesia, la viruela, la tuberculosis, la lepra y otras enfermedades crónicas. Se han perfeccionado y ampliado los servicios de asesoría para el fortalecimiento de los servicios nacionales y locales de la salud. Se ha dedicado mayor atención a aspectos específicos tales como las estadísticas de salud, la atención médica, la enfermería, la higiene mental, la protección contra las radiaciones y la higiene del trabajo. En el campo de la educación y adiestramiento, se ha prestado especial atención al fomento del adiestra-

miento del personal auxiliar, y se han facilitado continuamente servicios de asesoramiento a escuelas de preparación profesional y subprofesional. En el Informe Anual del Director, correspondiente a 1961, (*Documento Oficial No. 44*), se encontrará una exposición detallada de la labor realizada en cada uno de estos campos. Merecen también especial mención los proyectos de abastecimiento de agua y de saneamiento básico, cuya elaboración y ejecución han adquirido impulso desde que el Banco Interamericano de Desarrollo y otras instituciones, tales como el Banco Mundial, el Banco de Exportación e Importación y la Agencia para el Desarrollo Internacional, de los Estados Unidos de América, han resuelto financiar proyectos de abastecimiento de agua y eliminación de aguas servidas.

Con motivo de la asignación de fondos para abastecimiento de agua, en el Programa de Préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo, los Gobiernos han presentado ya al mencionado Banco un considerable número de solicitudes de préstamos para la construcción y mejoramiento de los correspondientes sistemas de suministro. La OSP ha colaborado con el Banco y con los Gobiernos en la preparación y en las medidas relacionadas con muchas de estas solicitudes. Esta colaboración se ha prestado por medio del personal permanente y de consultores a corto plazo, y se ha extendido a los estudios preliminares, preparación de solicitudes de préstamo y estudio de estas solicitudes. Se espera que aumente el volumen de esta clase de servicios. Con los planes de construcción que se proyectan o que ya están en marcha, no cabe duda que aumentará la demanda de servicios consultivos a fin de que, después de la inversión, quede debidamente garantizada la buena administración, mantenimiento y ampliación constante de los sistemas de abastecimiento de agua, de acuerdo con las necesidades existentes en cada momento. La Organización, preparándose para estas actividades, ha nombrado a un consultor en ingeniería, especializado en administración de sistemas de abastecimiento de agua, y se están elaborando planes para contar con los adecuados servicios consultivos, así como para que los Gobiernos puedan disponer de los programas de adiestramiento que necesiten.

En el campo de la investigación se ha dado otro paso adelante con el establecimiento de una Oficina de Coordinación de Investigaciones, que ya está estudiando los programas y la situación en el campo

de la salud en las Américas, con particular atención a los problemas de personal, materiales y otros recursos y necesidades. Este estudio se viene llevando a cabo con la colaboración de grupos especializados, que se ocupan de determinadas enfermedades o de ciertos problemas, y será examinado por el Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas, integrado por destacados científicos y administradores del Hemisferio. A base de estas actividades se elaborará un programa que permitirá a la OPS ofrecer un mayor apoyo a los Gobiernos en el campo de las investigaciones sobre la salud. Al mismo tiempo, se espera que este estudio revele nuevos campos de investigación, a los que se dedicará el personal de la OPS en colaboración con los científicos de los Gobiernos, en proyectos de carácter internacional que habrán de llevarse a cabo para contribuir a la solución de los problemas de salud.

Proyectos de ejecución progresiva

Entre los grupos de estudio para tareas de programación, previstos en la Resolución A. 4¹ con la misión de llevar a cabo investigaciones y análisis para que, aprovechando las experiencias de los Gobiernos, preparen informes y lleguen a conclusiones de carácter general que puedan servir de base en la preparación de planes nacionales de desarrollo, se asignó a la Oficina la función específica de organizar el grupo encargado del estudio de la salud. Se encomendó a este grupo que analizara los objetivos generales de la Carta, en materia de salud, antes mencionados, que estudiara las medidas más eficaces para alcanzar las metas correspondientes y que formulase recomendaciones concretas a los Gobiernos y a las organizaciones internacionales de salud.

Teniendo en cuenta que los objetivos generales de la Carta en lo relativo a la salud comprende varias metas, se consideró conveniente reunir varios grupos asesores. En los últimos tres meses, estos grupos asesores, integrados por personas de mucha experiencia y procedentes de distintos países del Continente, así como de organizaciones internacionales de salud, públicas y privadas, se han reunido y han estudiado sucesivamente los aspectos relativos al saneamiento del medio, atención médica, enseñanza

de la medicina, nutrición y planificación en materia de salud. En la actualidad se procede a examinar sus informes, que serán presentados oportunamente a los Gobiernos. Huelga decir que estos grupos asesores han procurado tratar los problemas únicamente desde un punto de vista regional; corresponderá a los Gobiernos adaptar sus conclusiones y recomendaciones a las necesidades de los respectivos países.

Además, los funcionarios de la Oficina, utilizando la información facilitada por los Gobiernos y por el personal de campo, han emprendido estudios análogos de otros problemas a los que se asignó alta prioridad en la Carta: higiene maternoinfantil, malaria, viruela y tuberculosis, lepra, treponematosi, esquistosomiasis y peste.

Se espera que estos informes servirán de orientación para la planificación y ejecución de programas por los Gobiernos y organizaciones internacionales que colaboran con ellos.

Planificación en materia de salud

Entre las principales medidas a largo plazo cuya adopción se recomendó a los Gobiernos, figuran la preparación de planes nacionales de salud para la presente década y la creación de unidades de planificación y evaluación en los Ministerios de Salud, con la debida representación ante los organismos nacionales de planificación general del desarrollo económico y del progreso social, a fin de asegurar la correspondiente coordinación. La planificación, la determinación debidamente estudiada de prioridades para la asignación de recursos, no es un fin en sí misma, sino sólo un método, un mecanismo para encauzar las inversiones hacia la consecución de metas específicas. Pero el proceso de la planificación es dinámico, pues alcanzar una meta es sólo punto de partida para alcanzar otra. Es necesario, pues, revisar continuamente los progresos logrados; en consecuencia, planificación y evaluación son aspectos complementarios, algo así como el anverso y el reverso de la misma medalla.

La Oficina ha facilitado ya servicios consultivos a los Gobiernos de Haití y de la República Dominicana para cooperar en el desarrollo de los planes nacionales de salud. Se están adoptando medidas encaminadas a proporcionar servicios consultivos al Ecuador. Funcionarios de la Oficina han empezado a trabajar con el grupo de expertos en planifica-

¹ Documento Oficial de la OEA, Ser. H XII.1 (esp.), 1961, págs. 34-35.

ción, establecido de conformidad con la Carta de Punta del Este, para estudiar los aspectos de salud de los planes nacionales de desarrollo que ya han presentado varios Gobiernos.

La Oficina ha iniciado también las gestiones para el adiestramiento de funcionarios destinados a trabajar en las unidades de planificación y evaluación. Se han concluido las negociaciones con el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, fundado bajo la égida de la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y del Banco Interamericano de Desarrollo, con sede en Santiago de Chile. En octubre de 1962 comenzará el primer curso intensivo de adiestramiento, de tres meses de duración. La Oficina adjudicará 20 becas por año en los próximos cinco años para facilitar la asistencia a estos cursos de altos funcionarios de los Ministerios de Salud y profesores de Escuelas de Salud Pública. También se han iniciado negociaciones con la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins y la Agencia para el Desarrollo Internacional, de los Estados Unidos de América, a fin de organizar conjuntamente un cursillo de adiestramiento en planificación, dedicado a personal de salud, para complementar el de la CEPAL. Se espera que el primer cursillo de 20 personas se inicie en 1963 y que puedan ofrecerse cursos de tres meses cada año.

Por otra parte, en colaboración con el Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES), de la Universidad Central de Venezuela, en Caracas, se está preparando un manual que trata de los principios y métodos de la planificación. Se espera que ese manual, con las debidas revisiones y las experiencias obtenidas en la práctica, sirva de guía para la formulación de planes de salud encuadrados en el marco de los planes de desarrollo nacionales.

Servicios de planificación

Se procede asimismo al fortalecimiento de los servicios de planificación de la Oficina, con el objeto de que ésta pueda prestar a los Gobiernos los servicios de asesoramiento que éstos necesiten para la planificación en el campo de la salud, y desempeñar la función que le corresponde como organismo especializado en estas actividades en el Hemisferio. Por otra parte, se estudia la posibilidad de que la Oficina coopere más estrechamente con las misiones

económicas destinadas a los países del Continente a fin de lograr que los aspectos de salud sean tenidos debidamente en cuenta en los planes nacionales de desarrollo, y se proyecta realizar gestiones en ese sentido.

Conclusiones

Estas son, pues, las líneas principales seguidas por la Oficina en cumplimiento de las funciones específicas que se le asignaron en la Carta de Punta del Este. Se fundan en la convicción de que la salud debe ocupar el lugar que le corresponde entre los componentes del desarrollo económico y el progreso social. Para ello, los Ministerios de Salud deben asegurarse de que los organismos ejecutivos reconocen la interdependencia entre la salud, el desarrollo económico y el bienestar social. Hay que dar a conocer el hecho de que "el mejoramiento de las condiciones de salud no sólo es deseable en sí mismo, sino que constituye un requisito esencial previo al crecimiento económico y debe formar, por lo tanto, parte indispensable de los programas de desarrollo de la región", como se señala en la citada Resolución A. 2.

En materia de planificación de las actividades de salud, la principal tarea de los Gobiernos será la fijación de prioridades para la inversión de los recursos, tanto de los existentes en el país como de los que puedan conseguirse en el mercado internacional de capitales; además, corresponderá a los Gobiernos gestionar, como ya lo han hecho con éxito en el caso de los abastecimientos de agua, que también se puedan formular solicitudes de préstamos a las instituciones internacionales de crédito para otros proyectos de salud.

Las actividades llevadas a cabo por la Oficina de conformidad con el espíritu de la Carta, están dando ya sus frutos e imponiendo la convicción de que los fondos dedicados a la salud no son una forma de consumo sino de inversión: una inversión indispensable para alcanzar los objetivos de la Carta.

Por último, alentada por el espíritu de la Carta de Punta del Este, la OPS sigue adelante en estrecha colaboración con los demás órganos del sistema interamericano, con los organismos de las Naciones Unidas, con los Gobiernos, con la Agencia para el Desarrollo Internacional y con otros organismos públicos y privados, fundaciones y grupos pro-

fesionales. Se aspira, con ello, a contribuir a la obtención de los máximos beneficios para los Gobiernos en términos de un mejor estado de salud de los ciudadanos de las Américas mediante lo que la

Carta de Punta del Este define como "el uso de otros medios de asistencia técnica, multilateral o bilateral, que están a disposición de los países de este Continente".

Anexo 12

PLANES NACIONALES DE SALUD¹

El Consejo Directivo, en su XIII Reunión, recomendó en la Resolución III² que la Oficina Sanitaria Panamericana acentuara su labor de coordinación internacional y siguiera facilitando a los Gobiernos servicios de asesoría técnica, en particular para la formulación de planes nacionales de salud. El Director tiene ahora el honor de informar sobre las actividades desarrolladas por la Oficina en cumplimiento de esa resolución.

Ante todo, procede señalar que los años 1961 y 1962 han constituido un período de intensa actividad en lo relativo a la planificación nacional de salud en la América Latina, como consecuencia de las decisiones consignadas en el Acta de Bogotá y en la Carta de Punta del Este. En esos dos instrumentos se sentaron las bases para el desarrollo económico y social del Hemisferio en la próxima década y se indicaron las medidas de gran alcance que deben aplicarse a fin de conseguir un desarrollo económico y social equilibrado. Además, en ellos se señaló en forma destacada el papel de la salud en el desarrollo económico y social y se formularon algunas metas que han de constituir el fundamento de la planificación de salud durante el período mencionado. La Carta de Punta del Este recomendó también que los Gobiernos, cuando lo estimen aconsejable, utilicen los servicios de asesoría técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana para la formulación y ejecución de sus planes nacionales de salud.

De inmediato se tomaron las disposiciones necesarias que permitieran a la Oficina cumplir con esos compromisos. Se procedió en primer término a convocar a un grupo asesor en planificación, formado

por expertos en diversos campos de la salud pública, la economía y la planificación, procedentes de todo el Continente. Este grupo asesor examinó el alcance de la Carta de Punta del Este y formuló recomendaciones sobre los siguientes aspectos de la planificación de salud: elaboración de bases metodológicas de la planificación en materia de salud como parte del desarrollo general económico y social; organización de unidades de planificación de salud en los Ministerios o servicios de salud; adiestramiento de planificadores; colaboración internacional en materia de planificación de salud, y diversos otros aspectos técnicos de la planificación.

Se procedió luego a crear una Oficina de Planificación en la Sede, con el objeto de coordinar esas actividades y dar cumplimiento a los compromisos antes mencionados. Una de las primeras tareas de esa Oficina consistió en preparar una guía de planificación que, en su primera redacción, está sirviendo ya para asesorar a los Gobiernos en la formulación de planes nacionales de salud. Al mismo tiempo, se ha celebrado un acuerdo con la Universidad Central de Venezuela, en virtud del cual el Centro de Estudios del Desarrollo de dicha Universidad, con la colaboración de la Escuela de Salud Pública de Venezuela, está preparando un manual de metodología para la planificación de salud.

Se han adoptado las medidas del caso para proporcionar los servicios de asesoramiento que algunos países ya han solicitado. Es necesario reconocer, sin embargo, que el obstáculo principal para impulsar ampliamente el concepto de planificación nacional de salud radica en la gran escasez de técnicos preparados y con suficiente experiencia en este campo. Por este motivo, la Oficina ha concentrado sus mayores esfuerzos en la formación de planificado-

¹ Documento CSP16/24.

² Documento Oficial de la OPS 41, 19-20.

res de salud con objeto de que los países puedan disponer en los próximos años de técnicos calificados para esta tarea.

Se espera que dentro de seis meses se podrán organizar tres cursos diferentes para la formación de planificadores de salud para las Américas, como primera parte de una serie que comenzará a satisfacer tal necesidad. El primero de dichos cursos se llevará a cabo en Venezuela y está destinado a 15 funcionarios del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de dicho país. Lo organiza el Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Caracas, con la colaboración de la Oficina, y en él se preparará un plan de salud para uno de los Estados del país.

El segundo curso, en el que la Oficina cooperará con el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, creado bajo la égida de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), permitirá el adiestramiento, mediante becas de la OPS, de un funcionario de cada uno de los países latinoamericanos. Se espera que esta clase de adiestramiento podrá repetirse anualmente durante cinco años.

La Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins estudia actualmente la posibilidad de organizar un tipo de cursillo análogo en inglés. Se prevé que la Organización cooperará en la organización del plan de estudios, la dotación de personal y la concesión de algunas becas.

Se proyecta también asesorar directamente a los Gobiernos en la organización de cursos breves de orientación destinados a funcionarios de los respectivos servicios de salud y, además, se espera celebrar seminarios a fin de analizar los métodos y la experiencia obtenida en la ejecución de los primeros planes nacionales de salud.

Algunos Gobiernos de la Organización ya han comenzado la planificación de salud, según requiere la Carta de Punta del Este. Además, funcionarios de la OPS, así como consultores a corto plazo, han

prestado servicios consultivos en planificación a varios Gobiernos.

Se prevé que los graduados de los mencionados cursos de adiestramiento serán incorporados de inmediato a los servicios de los Gobiernos, de modo que contribuyan al rápido mejoramiento de la planificación de salud como componente de la programación del desarrollo nacional.

Los cursos proyectados, y el programa mismo de la OPS, se desarrollarán de acuerdo con la experiencia y el estudio de las necesidades. La planificación es un proceso dinámico y en la orientación y dirección del programa se introducirán los cambios que indique la experiencia tanto en el plano nacional como internacional.

Aun en esta etapa es evidente que es necesario sentar cuanto antes bases estadísticas más sólidas para la planificación. Se prevé que, tan pronto como sea posible establecer criterios cuantitativos para definir los problemas y estadísticas exactas de programas y servicios, estos componentes esenciales de una eficaz planificación y evaluación permitirán elaborar planes bien concebidos para los aspectos de salud del desarrollo económico y social.

Se confía en que, una vez desarrollados los planes de salud, junto con la apropiada estructura orgánica para evaluar y modificar según sea necesario, se harán patentes, a manera de corolario, varios resultados muy importantes. Los Gobiernos de la Organización estarán en condiciones de definir con más precisión los aspectos en que pueda utilizarse más eficazmente la asistencia internacional. Contando con definiciones bien claras de los problemas y con recursos disponibles de diversas fuentes, será posible que los Gobiernos coordinen la acción de los diversos organismos internacionales que proporcionan apoyo técnico y financiero para el desarrollo económico y social. Finalmente, disponiendo de planes nacionales de salud bien fundados y bien concebidos, las propias organizaciones internacionales podrán elaborar mejores planes y presupuestos para la realización de programas a largo plazo.

INFORME SOBRE LOS EDIFICIOS E INSTALACIONES PARA LA SEDE¹

Informe del Director

El Director tiene el honor de presentar a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana un informe sobre la marcha del programa para la construcción del edificio permanente de la Sede, desde la XIII Reunión del Consejo Directivo.

Las gestiones realizadas durante el período comprendido entre octubre de 1961 y abril de 1962 se reflejan en el informe presentado al Comité Ejecutivo, en su 46ª Reunión, de abril de 1962, y en las correspondientes actas con las reuniones celebradas por el Subcomité Permanente de Edificios y Obras durante dicho período, que figuran en el Adendum.² Se examinaron las necesidades en cuanto a espacio, los arquitectos prepararon los planos preliminares para la distribución de las oficinas y se obtuvo la aprobación necesaria respecto a la altura del edificio y acceso al mismo, después de una serie de reuniones ante la Comisión de Planificación de la Capital Nacional y otros organismos reguladores.

El Comité Ejecutivo, en su 46ª Reunión, decidió, en los párrafos 2 y 3 de la Resolución V, aprobar las medidas tomadas hasta entonces por el Director y por el Subcomité Permanente de Edificios y Obras con respecto a la construcción del nuevo edificio y someter los informes del Subcomité y del Director a la consideración de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana.

Desde la 46ª Reunión del Comité Ejecutivo, el problema del financiamiento de la construcción ha sido objeto de principal preocupación por parte del Director y del Subcomité Permanente de Edificios y Obras. Sobre la base de los planos preliminares, los arquitectos presentaron un estimado de \$ 6.510.000 (columna 2 del cuadro adjunto),³ cantidad superior en más de \$ 1.700.000 a la que había indicado como adecuada el grupo de arquitectos que seleccionaron el proyecto arquitectónico ganador. Este cálculo era mucho más elevado que el

establecido por los consultores expertos en arquitectura, que estaba dentro de los recursos disponibles de \$ 4.800.000, incluida la generosa aportación de \$ 3.750.000 prometida por la Fundación W. K. Kellogg, y el Director informó al Subcomité Permanente que la buena administración exigía que se recurriera a los servicios profesionales de un evaluador de costos de construcción.

Se contrataron los servicios de la empresa "H. A. Sloane Associates", de Nueva York, y se procedió a un análisis del costo de la construcción del proyecto de edificio para la Sede. Después de un estudio preliminar, la mencionada compañía efectuó un intensivo análisis y presentó un informe con un estimado de \$ 6.634.000 (columna 4 del cuadro adjunto). Dicho informe fue sometido a la atención del Subcomité Permanente y se acordó que debía procurarse reducir el costo sin alterar indebidamente el proyecto arquitectónico ni la disponibilidad de espacio de la estructura. Las modificaciones indicadas consistían en substituir el revestido de bronce del pabellón de conferencias por uno de cemento, suprimir dos escaleras mecánicas, reducir el espacio del segundo sótano y otras modificaciones que se especifican en el informe del Subcomité Permanente de Edificios y Obras que sigue más adelante.

Una vez introducidas esas modificaciones arquitectónicas, se obtuvo un nuevo estimado de \$ 5.876.000 (columna 6 del cuadro que se acompaña). Se consideró que éste era el costo mínimo posible manteniendo el proyecto ganador y sin reducir el espacio de oficinas y salas de reuniones a un nivel inferior al de las necesidades básicas. El Subcomité Permanente aceptó este criterio y encomendó al Director que explorara los métodos de financiar el costo adicional, sugiriendo al mismo tiempo que se hiciera una gestión cerca de la Fundación W. K. Kellogg sobre la posibilidad de aumentar la subvención original con la suma adicional de \$ 1.250.000, necesaria para sufragar el costo del edificio. El 14 de agosto, el Director se entrevistó con el Presidente de la Fundación, quien le prometió estudiar la solicitud.

¹ Documento CSP16/21.

² Véanse págs. 148-155.

³ Véase pág. 146.

Cálculo comparado del costo del nuevo edificio

(En dólares de los Estados Unidos de América)

	(1) Fondos disponibles	(2) Presupuesto del arquitecto	(3) Primer presupuesto de la empresa "H. A. Sloane Associates"	(4) Presupuesto revisado de la empresa "H. A. Sloane Associates"	(5) Presupuesto después de las modificaciones arquitectónicas sugeridas	(6) Presupuesto después de la revisión de las modificaciones arquitectónicas
Construcción	—	—	5.685.000	5.304.000	4.490.000	4.654.000
Gastos imprevistos (10 % del cálculo del costo de la construcción)	—	—	568.000	530.000	449.000	465.000
Total	—	5.717.000 ¹	6.253.000 ²	5.834.000 ³	4.939.000 ⁴	5.119.000 ⁹
Honorarios del arquitecto	—	342.000	370.000	350.000	296.000	307.000
Total	—	6.060.000 ⁵	6.623.000 ⁶	6.184.000 ⁷	5.235.000 ⁸	5.426.000 ¹⁰
Equipo especial ¹¹	—	450.000	450.000	450.000	450.000	450.000
Total general	4.800.000 ¹²	6.510.000	7.073.000	6.634.000	5.685.000	5.876.000

¹ Costo por pie cuadrado \$ 26,92.² Costo por pie cuadrado > 29,07.³ Costo por pie cuadrado > 27,52.⁴ Costo por pie cuadrado > 25,07.⁵ Costo por pie cuadrado con los honorarios del arquitecto > 28,63.⁶ Costo por pie cuadrado con los honorarios del arquitecto > 31,24.⁷ Costo por pie cuadrado con los honorarios del arquitecto > 29,17.⁸ Costo por pie cuadrado con los honorarios del arquitecto > 26,57.⁹ Costo por pie cuadrado > 25,98.¹⁰ Costo por pie cuadrado con los honorarios del arquitecto > 27,54.¹¹ Equipo especial: equipo electrónico, butacas, mesas, cabinas y demás instalaciones para las salas de conferencias y otras dependencias del nuevo edificio.¹² Se ha redondeado en esta cifra la suma prevista de \$ 4.773.000.

El Subcomité Permanente, fundándose en que aún estaba por resolver el financiamiento definitivo del edificio, consideró que no debían iniciarse los planos detallados de la construcción. Reconoció, con todo, que las demoras en la preparación de planos definitivos obligarán a aplazar la construcción y, que, además, pueden muy bien ocasionar otra carga financiera, al continuar aumentando los costos de construcción a razón de casi un 5 % anual.

A solicitud del Subcomité Permanente de Edificios y Obras, el Director tiene también el honor de transmitir a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana el informe que figura a continuación.

Informe del Subcomité Permanente de Edificios y Obras

De conformidad con la Resolución II, aprobada en la 42ª Reunión del Comité Ejecutivo, en la que se acordó autorizar al Subcomité Permanente de

Edificios y Obras para que actuara en nombre de la Organización Panamericana de la Salud en lo referente a la construcción del edificio de la Sede,¹ el Subcomité Permanente tiene el honor de presentar un informe sobre la marcha del programa para la construcción de dicho edificio así como las actas de sus reuniones celebradas el 3 de mayo, 5 de julio, 25 de julio y 16 y 20 de agosto de 1962, que figuran en el Addendum a este documento.

El 28 de marzo de 1960, el Presidente de los Estados Unidos de América firmó una ley autorizando el traspaso a la Organización Panamericana de la Salud de un solar sito en la ciudad de Washington, y limitado por la Calle 23, la Avenida Virginia, la Calle 22 y la Calle E para construir en el mismo el edificio permanente de la Sede de la Organización. El Consejo Directivo de la OPS encomendó luego al Director de la Oficina que efectuara las gestiones necesarias para obtener un proyecto ar-

¹ Documento Oficial de la OPS 36, 248-249.

quitectónico del edificio y los fondos necesarios para su construcción.

En 1961, se celebró un concurso arquitectónico internacional, en el que se otorgó el primer premio de \$ 10.000 al arquitecto Sr. Román Fresnedo Siri, del Uruguay. Los asesores en arquitectura prepararon un estimado del costo del edificio, que resultaba a razón de \$ 21 por pie cuadrado, lo que representaba un cálculo total de \$ 4.500.000 a \$ 5.000.000 para la construcción.

Para calcular el financiamiento de la construcción se tuvo en cuenta el importe que puede obtenerse con la venta de los dos edificios situados en los números 1501 y 1515 de New Hampshire Avenue, N. W., propiedad de la OPS, cuyo valor se estima en \$ 750.000, y el Fondo de Reserva para Edificios, que asciende a \$ 273.000. Los restantes \$ 3.750.000 necesarios para la construcción del edificio fueron objeto de una generosa donación de la Fundación W. K. Kellogg que ofreció anticipar esta cantidad y destinar las cuotas anuales de su reembolso a la ampliación de las actividades del programa, lo cual permitía a la OPS financiar la construcción.¹

El arquitecto Sr. Fresnedo Siri y su colaborador Sr. Louis Justement completaron los diseños preliminares y presentaron un estimado del costo (columna 2 del cuadro que se acompaña) por la cantidad de \$ 6.510.000, o sea \$ 1.710.000 más que los recursos disponibles.

Se reconoció que la cifra presentada por el arquitecto constituía un cálculo aproximado y, con el objeto de obtener datos más definitivos sobre el costo, el Subcomité Permanente de Edificios y Obras autorizó al Director a contratar los servicios de una autoridad reconocida en materia de presupuestos para construcción. Con este fin se recurrió a la empresa "H. A. Sloane Associates", consultores en construcción de la ciudad de Nueva York. El cálculo preliminar de esta empresa se indica en la columna 3 del cuadro que se acompaña y revela un presupuesto de \$ 7.073.000, o sea \$ 553.000 más que la cantidad calculada por el arquitecto y superior en \$ 2.273.000 a los fondos disponibles. Se pidió un cálculo detallado a la citada compañía, que llevó a cabo un detenido estudio comparado de todos los servicios, suministros, materiales y equi-

po. Después de una serie de consultas con los arquitectos, ingenieros y otro personal, la mencionada compañía presentó el presupuesto revisado que representaba un costo de \$ 6.634.000 o sea \$ 124.000 más que el cálculo presentado por el arquitecto y \$ 1.834.000 por encima de los fondos disponibles (columna 4 del cuadro adjunto).

El Director de la OPS inició entonces estudios con objeto de reducir el déficit, sin alterar el diseño y estructura básicos del edificio propuesto. Con la ayuda de los Sres. Fresnedo y Justement se consideraron ocho modificaciones, que se indican a continuación, junto con las economías previstas para cada una de ellas:

1) Revestimiento de planchas de hormigón prefabricadas en vez de revestimiento de mármol rosa. Esto produciría una economía de \$ 58.179.

2) Revestimiento de aluminio para las columnas en vez de granito negro. Las economías por este concepto serían de \$ 14.297.

3) Celosías de hormigón prefabricadas en lugar de bronce. Las economías correspondientes ascenderían a \$ 181.200 y, teniendo en cuenta la sugerencia formulada por la Comisión de Bellas Artes, se acordó que debería emplearse hormigón prefabricado en vez de bronce.

4) Hormigón prefabricado en lugar de granito para los muros del primer piso, lo que representaría una economía de \$ 29.663.

5) Lajas de piedra en vez de piso de aglomerado. Empleando lajas de piedra de Filadelfia se podría economizar la suma de \$ 13.224.

6) Eliminación de dos escaleras mecánicas en el pabellón destinado a conferencias, con lo cual se podrían economizar \$ 88.000.

7) Empleo de tabiques de obra en vez de tabiques metálicos móviles, lo que posiblemente supondría una economía total de \$ 185.268.

8) Eliminación del segundo sótano, lo que produciría una economía total de \$ 244.457.

Las economías que representarían estas posibles modificaciones ascienden a \$ 814.288, con lo cual el costo estimado de la construcción sería, en números redondos, de \$ 4.490.000, según se indica en la columna 5 del cuadro adjunto. Teniendo en cuenta los gastos imprevistos, los honorarios del arquitecto y el costo del equipo especial, el presupuesto se elevaría en total a \$ 5.685.000.

¹ En números redondos, la cantidad disponible a que se hace referencia asciende a \$ 4.800.000.

Tras nuevo estudio, se hizo evidente que no se podrían introducir en su totalidad algunas de las modificaciones previstas. La eliminación del segundo sótano reduciría el espacio disponible para estacionamiento de vehículos a un nivel inferior al mínimo prescrito por la Comisión de Planificación de la Capital Nacional. En consecuencia, es necesario restituir aproximadamente una tercera parte del segundo sótano, con lo cual el ahorro de \$ 244.000, previsto en el apartado 8, quedaría reducido a \$ 164.000.

Del mismo modo, no sería conveniente suprimir todos los tabiques móviles, particularmente para las unidades técnicas que se encuentran en vías de desarrollo y que indudablemente experimentarán cambios en su organización que requerirán distintas distribuciones de espacio. Por consiguiente, se estima conveniente conservar tabiques móviles en tres pisos del edificio de la Secretaría. De esta manera, las economías a que se refiere el apartado 7 serían de \$ 115.265 en lugar de los \$ 185.268 antes indicados.

Por último, después de estudiar debidamente el problema, se estima conveniente no sustituir el revestimiento de granito por el de aluminio en las columnas, contra lo que se indica en el apartado 2. En este caso, no se podría ahorrar la cantidad de \$ 14.297 mencionada en el mismo.

En resumen, después de revisadas las modificaciones arquitectónicas el estimado es de \$ 5.876.000, según se señala en la columna 6 del cuadro adjunto. Sobre esta base, el déficit es de \$ 1.076.000.

Se considera que deberían asignarse fondos para imprevistos por concepto de equipo, honorarios del arquitecto y otros aspectos distintos de la construcción propiamente dicha; por consiguiente, habría que conseguir una suma adicional de \$ 1.250.000 para el financiamiento.

En la reunión del Subcomité Permanente de Edificios y Obras, celebrada el 5 de julio de 1962, se acordó que debía hacerse primero una gestión cerca de la Fundación Kellogg para aumentar la subvención en \$ 1.250.000. Se sugirió que si no se podía obtener los fondos de dicha Fundación, se recurriera a otras fundaciones. Se trató también de otra manera de obtener medios de financiamiento: un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo o de bancos particulares, o bien aportaciones directas de los Gobiernos de la Organización. El Subcomité adoptó el criterio de que convenía explorar todos los demás medios de financiamiento antes de solicitar la contribución de los Gobiernos y que si se solicitara la citada aportación de éstos, las cantidades destinadas a este fin no deberían traducirse en un aumento de las cuotas asignadas en el presupuesto en su conjunto. El Director manifestó que esto podría lograrse mediante un reajuste de los programas presupuestados.

El Subcomité encomendó al Director que procurara obtener fondos de fuentes no gubernamentales en la cantidad necesaria para cubrir el déficit previsto y que le informara sobre los resultados de sus consultas. Se dio cuenta al Subcomité, en su reunión del 16 de agosto, de que ya se habían iniciado dichas consultas.

Addendum

SUBCOMITE PERMANENTE DE EDIFICIOS Y OBRAS

Acta de la reunión celebrada el 12 de diciembre de 1961¹

El Subcomité Permanente de Edificios y Obras se reunió el martes, 12 de diciembre de 1961, a las 10:30 a.m. Asistieron a la reunión los siguientes miembros:

Sr. Adolfo Enrique González Alemán (Argentina)
 Sr. Francisco José Oyarzun (Chile)
 Sr. James R. Wachob (Estados Unidos de América),
 Presidente.

El Subcomité contó con la colaboración de los siguientes funcionarios de la Oficina:

Dr. Abraham Horwitz, Director
 Sr. Earl D. Brooks, Jefe del Departamento de Gestión Administrativa y de Personal
 Sr. Eugene J. Settino, Jefe de la Sección de Servicios Generales
 Sr. Sheridan E. Besosa, de la Sección de Gestión Administrativa

¹ Documento CE46 13, Anexo I.

También participó en las deliberaciones el arquitecto Sr. Román Fresnedo Siri.

La reunión fue convocada con el objeto: 1) de presentar al Sr. Fresnedo Siri a los miembros del Subcomité, y 2) examinar la situación relativa al nuevo edificio permanente para la Sede.

El Presidente, Sr. Wachob, abrió la reunión y expuso el objeto de la misma. Seguidamente, pidió al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que hiciera la presentación del arquitecto Sr. Fresnedo Siri.

El Dr. Horwitz hizo un breve resumen de las reuniones del Jurado encargado de seleccionar el proyecto arquitectónico del edificio para la Sede, e hizo mención de los elogios que los miembros del mismo tributaron al Sr. Fresnedo Siri por sus dotes como arquitecto y por su ingenio en el proyecto de un edificio al que, por unanimidad, se adjudicó el primer premio. Acto seguido, el Dr. Horwitz presentó al Sr. Fresnedo Siri a los miembros del Subcomité.

A invitación del Presidente, el Sr. Fresnedo Siri dirigió la palabra a los asistentes a la reunión y expuso brevemente algunas de las razones en que se fundó para su proyecto, en particular en lo que se refiere a la sala de conferencias. Asimismo, describió con cierto detalle otras características del edificio por él proyectado, tales como la planta baja en forma de plaza abierta con arcadas, las fuentes ornamentales, la sala de exposiciones, las escaleras automáticas, los estacionamientos de vehículos, etc. Añadió el Sr. Fresnedo Siri que el edificio ha sido proyectado de forma que se saque el mayor partido del solar, y que cualquier ampliación de locales tendría que hacerse en dirección vertical.

A continuación, el Sr. Brooks informó sobre la reunión celebrada con la Comisión de Planificación de la Capital Nacional, el 7 de diciembre, en la que se expusieron los detalles del edificio, y sobre las conversaciones preliminares en relación con la altura, acceso al edificio, etc. Se ha proyectado otra reunión para el 21 de diciembre para tratar minuciosamente estos puntos con el personal técnico de la Comisión y obtener las autorizaciones necesarias de dicha Comisión, así como de la Junta de Urbanización del Distrito de Columbia. También se ha concertado otra reunión con la Comisión de Bellas Artes el 20 de diciembre.

El Dr. Horwitz recordó a los miembros del Subcomité que, en la fecha en que se inició el concurso internacional para el proyecto arquitectónico del edificio de la Sede, se había calculado en 350 aproximadamente el número de miembros del personal de la Sede, pero que los programas del Acta de Bogotá y de la Alianza para el Progreso, aprobados poco después pueden afectar la labor de la Oficina y revelan ahora la necesidad de que el edificio tenga que albergar 500 funcionarios. Por consiguiente, agregó el Director, es importante que las autoridades locales autoricen la construcción de un edificio de 120 pies de altura. Esto permitiría la adición de otro piso y, con ciertos ajustes, se podría disponer de espacio suficiente.

El Sr. Brooks informó al Subcomité de que la Oficina había contratado los servicios del bufete "Wilkes and Artis" para atender a los diversos problemas de urbanismo y añadió

que se tendría debidamente informado al Subcomité sobre la marcha de los asuntos.

A continuación, el Sr. Wachob dio cuenta del estado en que se encuentra la cesión del solar. El 20 de octubre el Gobierno de los Estados Unidos de América depositó en el registro del Tribunal del Distrito \$ 1.092.150 destinados a la compra del terreno y al mismo tiempo recibió el título de propiedad de dicho solar. A petición de la Oficina, el Gobierno de los Estados Unidos de América conservará en su poder el documento hasta que aquélla lo necesite para iniciar la construcción del nuevo edificio. El Gobierno de los Estados Unidos de América, por medio de su Administración de Servicios Generales, administrará la propiedad de conformidad con las disposiciones legales del Distrito, con lo cual la Oficina se evitará los numerosos problemas a este respecto. Con el fin de mantener las mejores relaciones públicas, no se expedirán las notificaciones de desahucio hasta que sea necesario para iniciar la construcción del edificio.

El Dr. Horwitz expresó una vez más su agradecimiento a los miembros del Subcomité por los esfuerzos realizados hasta la fecha en la tarea de convertir en realidad la construcción del edificio permanente de la Sede; les pidió que siguieran prestando su interés y colaboración en las numerosas decisiones que quedan por tomar, y encomió especialmente los reiterados esfuerzos y decisiones del Gobierno de los Estados Unidos de América que han facilitado la solución de los problemas planteados con este motivo a la Organización.

Acto seguido se levantó la reunión.

Acta de la reunión celebrada el 17 de abril de 1962¹

El Subcomité Permanente de Edificios y Obras se reunió el martes, 17 de abril de 1962, a las 2:30 p.m. Asistieron a la reunión los siguientes miembros:

Sr. James R. Wachob (Estados Unidos de América),
Presidente

Sr. Olegario Russi, Suplente (Chile)

El Subcomité contó con la colaboración de los siguientes funcionarios de la Oficina:

Dr. Stuart Portner, Jefe de Administración

Sr. Earl D. Brooks, Jefe del Departamento de Gestión Administrativa y de Personal

Sr. Eugene J. Settino, Jefe de la Sección de Servicios Generales

También participaron en las deliberaciones los arquitectos Sres. James Callmer y Román Fresnedo Siri.

La reunión fue convocada con el objeto de examinar el estado actual de las gestiones relativas al nuevo edificio permanente para la Sede.

¹ Documento CE46/13, Anexo II.

El Presidente, Sr. Wachob, abrió la reunión y pidió al Dr. Portner que informara sobre los últimos acontecimientos en relación con la planificación del edificio permanente para la Sede de la Organización Panamericana de la Salud.

El Dr. Portner expuso detalladamente lo ocurrido desde la última reunión del Subcomité, celebrada a principios de diciembre de 1961. Indicó que el objetivo principal de la Secretaría de la OSP durante ese período, había sido la obtención de las debidas aprobaciones por parte de las autoridades locales con respecto a la altura y acceso del edificio.

Después de acudir ante la Comisión de Planificación de la Capital Nacional, se obtuvieron las autorizaciones necesarias para el proyecto y la construcción del edificio.

A petición del Dr. Portner, el arquitecto Sr. Fresno Siri expuso brevemente, por medio de planos y bocetos, los pocos cambios introducidos en relación con las entradas al edificio desde las vías públicas. Asimismo explicó que el edificio tendría la altura aprobada de 110 pies, más una azotea de 11,5 pies en la que se instalaría el equipo de aire acondicionado y la maquinaria del ascensor.

El Presidente comentó favorablemente la forma y contenido de las exposiciones hechas por el Dr. Portner y el Sr. Fresno Siri a los diversos organismos gubernamentales encargados de revisar los planos del edificio de la Organización. Expresó su convencimiento de que la actitud de cooperación mostrada por los miembros del personal de la OSP encargados de esas gestiones, en el curso de sus reuniones con los representantes de dichos organismos, había facilitado la aprobación de aquellos planos por los mencionados organismos.

A continuación, el Dr. Portner especificó la labor realizada durante este período, que consistió principalmente en la revisión de las necesidades de espacio, la preparación de nuevos planos indicando la distribución de las oficinas, etc. Igualmente informó a los miembros del Subcomité de que se habían hecho las gestiones necesarias para proceder a un estudio topográfico del solar y replanteo del edificio, así como a perforaciones para obtener muestras del terreno, que tuvieron que ser aplazadas en espera de las autorizaciones relativas a la altura y acceso del edificio.

A continuación, el Presidente concedió la palabra al Sr. Callmer, representante de la firma de arquitectos con la que está asociado el Sr. Fresno Siri. El Sr. Callmer presentó un presupuesto del edificio que ascendía a \$ 6.060.000. Asimismo informó que si se necesitaba más espacio para estacionamiento de coches, el costo de un tercer sótano se elevaría a \$ 400.000. Señaló que éste era un presupuesto provisional que, más adelante, tendría que ser ajustado.

Se procedió después a examinar la cuestión de la disponibilidad de fondos. El Dr. Portner indicó a este respecto que el total disponible hasta la fecha ascendía a \$ 4.800.000. Después de discutir el asunto, se acordó que se hiciera un ajuste del cálculo del espacio, incluyendo las posibilidades de expansión, en consulta con los arquitectos, y que esta información complementaria se presente a la reunión del Subcomité proyectada para el 3 de mayo de 1962. También se acordó que en esa misma reunión se estudie el plan que la Organización habrá de presentar para el financiamiento adicional, en el caso de que

las necesidades financieras estimadas para el edificio adecuado de la Sede excedieran de los fondos disponibles.

Acto seguido se levantó la reunión.

Acta de la reunión celebrada el 3 de mayo de 1962¹

El Subcomité Permanente de Edificios y Obras se reunió el jueves, 3 de mayo de 1962, a las 11:00 a.m. Asistieron a la reunión los siguientes miembros:

Sr. James R. Wachob (Estados Unidos de América),
Presidente
Sra. Lillian O'Connell de Alurralde (Argentina)

El Subcomité contó con la colaboración de los siguientes funcionarios de la Oficina:

Dr. Abraham Horwitz, Director
Dr. Stuart Portner, Jefe de Administración
Sr. Earl D. Brooks, Jefe del Departamento de Gestión Administrativa y de Personal
Sr. Eugene J. Settino, Jefe de la Sección de Servicios Generales

También participó en las deliberaciones el arquitecto Sr. Román Fresno Siri.

El Presidente, Sr. Wachob, abrió la reunión, lamentó que no estuvieran presentes todos los miembros del Subcomité y manifestó que, dada la creciente importancia de las cuestiones sobre las que debía pronunciarse el Subcomité, no deberían celebrarse más reuniones si no estuvieran presentes sus tres miembros.

El Presidente dio cuenta brevemente de su intervención en la 46ª Reunión del Comité Ejecutivo con motivo de la presentación del informe sobre los edificios e instalaciones de la Sede. Seguidamente, pidió al Dr. Portner que informara sobre los hechos que se habían producido en relación con este asunto desde la última reunión del Subcomité.

El Dr. Portner expuso detenidamente la labor de la Secretaría en el intervalo transcurrido desde la reunión del 17 de abril. Durante sus consultas con la empresa de arquitectos la Secretaría se enteró de que el presupuesto preliminar de dicha empresa que ascendía a \$ 6.060.000, sólo comprendía en general los costos básicos de la construcción y de que habrían de realizarse otros gastos para que pudieran considerarse completamente terminadas las obras. Los costos de la demolición de las construcciones existentes en el solar, así como los de jardinería, pavimentación, equipo de interpretación y muebles especiales para las salas de reuniones, no estaban comprendidos en la mencionada cifra. Un cálculo aproximado de estos costos elevaría la cantidad total estimada a \$ 6.500.000 ó \$ 6.600.000. En esta cifra no están incluidos los muebles adicionales necesarios para las oficinas del personal.

¹ Documento CSP16/21, Anexo II.

El Dr. Portner explicó seguidamente que el costo básico de \$ 6.060.000 se había calculado sobre la base de que el costo medio de la construcción sería de \$ 25,00 por pie cuadrado, mientras que el arquitecto que actuó de Asesor Profesional de la Secretaría en el concurso internacional para seleccionar el proyecto arquitectónico del nuevo edificio de la Sede, lo había calculado en \$ 21,00 por pie cuadrado. A esta diferencia de \$ 4,00 por pie cuadrado se debe la de \$ 1.000.000, aproximadamente, que resulta en el costo total de la construcción.

Representantes de la Secretaría realizaron amplios estudios de los edificios recientemente construidos en la zona de Washington y se pusieron en contacto con la Administración de Servicios Generales del Gobierno de los Estados Unidos de América para obtener datos sobre los costos de estos edificios. Según la información recibida, el costo oscilaba entre \$ 16,00 por pie cuadrado para edificios de carácter comercial, \$ 18,00 por pie cuadrado para ciertas instalaciones del Gobierno y hasta \$ 27,00 para construcciones más suntuosas.

Dada la gran variación entre los factores del costo y teniendo presente que una diferencia de sólo algunos dólares por pie cuadrado se traduce en una cantidad considerable de dinero en el costo total de la construcción, la Secretaría se vio obligada a obtener la información más concreta posible sobre las oscilaciones de costo de cada uno de los principales elementos de la construcción. El Dr. Portner manifestó que una prudente administración financiera imponía la necesidad de buscar asesoramiento profesional a este respecto utilizando los servicios de un especialista en presupuestos.

Un presupuesto de esta índole, aunque quedaría sujeto a modificaciones a medida que adelantara el programa de construcción y se prepararan planes de edificación más detallados, resultaría más concreto que un promedio de costos en dólares por metro cuadrado, y sería especialmente de utilidad en esta fase crítica en que era preciso tomar una decisión, ya fuese en el sentido de buscar recursos financieros adicionales o de introducir modificaciones en las condiciones materiales del edificio.

El Dr. Horwitz, a invitación del Presidente, expuso su opinión sobre la situación planteada. Hizo hincapié en los muchos problemas derivados del programa de edificación y manifestó su gran preocupación por los aspectos financieros de dichos problemas. A su juicio, era absolutamente necesario obtener cuanto antes un cálculo de costos más exacto a fin de tomar las medidas oportunas para llevar adelante el proyecto.

Seguidamente se procedió a un amplio estudio de los distintos aspectos de la cuestión. Se mencionaron diversos métodos de reducir costos según la clase de materiales empleados así como las posibilidades de reducir la superficie total del edificio. Contestando a una pregunta del Representante de la Argentina, el Presidente manifestó que tendría que estudiarse debidamente toda modificación externa de los planos de construcción para ver si se ajustaban a las disposiciones de las autoridades locales, que habían dado ya su conformidad al diseño externo actual.

El Dr. Portner señaló que la Secretaría poseía una lista de varios especialistas en presupuestos y que, de autorizarlo

el Subcomité, se procedería inmediatamente a designar uno a fin de obtener cuanto antes la información necesaria.

Los miembros del Subcomité convinieron en que era necesario obtener cálculos de costos de un profesional y autorizó al Director a contratar inmediatamente los servicios de un especialista competente.

Por recomendación del Presidente se acordó que el Subcomité fuera convocado tan pronto como se hubieran obtenido los datos relativos a los costos. Además, con anterioridad a la reunión, se enviaría a cada miembro un informe resumido de dichos datos a fin de que pudiera estudiarlos.

Acto seguido se levantó la reunión.

Acta de la reunión celebrada el 5 de julio de 1962¹

El Subcomité Permanente de Edificios y Obras se reunió el jueves, 5 de julio de 1962, a las 10:30 a.m. Asistieron a la reunión los siguientes miembros:

Sr. James R. Wachob (Estados Unidos de América),
Presidente
Sra. Lilian O'Connell de Alurralde (Argentina)
Sr. Olegario Russi (Chile)

El Subcomité contó con la colaboración de los siguientes funcionarios de la Oficina:

Dr. Abraham Horwitz, Director
Dr. Stuart Portner, Jefe de Administración
Sr. Clarence Moore, Jefe del Departamento de Finanzas y Presupuestos
Sr. Earl D. Brooks, Jefe del Departamento de Gestión Administrativa y de Personal

También participaron en las deliberaciones los arquitectos Sres. Román Fresnedo Siri y Louis Justement.

El Presidente, Sr. Wachob, abrió la reunión y explicó que la finalidad principal de la misma era examinar los cálculos de costos preparados por especialistas en la materia, según había autorizado el Subcomité en su última reunión. Seguidamente invitó al Dr. Portner a que informara sobre el particular.

El Dr. Portner presentó al Subcomité un cuadro² con cálculos comparados del costo del nuevo edificio y expuso al Subcomité que la Organización disponía en total de \$ 4.800.000 y que el primer cálculo hecho por los arquitectos ascendía a \$ 6.510.000 (columna 2 del cuadro). El Subcomité, en su última reunión, autorizó al Director a contratar los servicios de un profesional especializado en presupuestos. Después de haber consultado la cuestión con arquitectos y expertos del Gobierno de los Estados Unidos de América, se decidió con-

¹ Documento CSP16/21, Anexo III.

² Véase pág. 146.

tratar los servicios de la empresa "H. A. Sloane Associates", de Nueva York. Fundándose en los diseños preliminares y la información facilitada por los arquitectos del proyecto, el primer presupuesto de la citada compañía fue de \$ 7.073.000. Se solicitó entonces a dicha empresa que hiciera un presupuesto lo más exacto posible, fundándose en los actuales costos de la construcción, y reservando un 10 % para imprevistos; ese presupuesto arrojó la suma de \$ 6.634.000. Se vio entonces que, para ajustarse mejor a los fondos disponibles, era preciso introducir algunas modificaciones en la construcción, aunque sin perjudicar el diseño del arquitecto y sin perder de vista que el edificio había de ser de carácter monumental.

Las modificaciones se basaban en las alternativas siguientes:

1. Revestimiento de planchas de hormigón prefabricadas en vez de revestimiento de mármol rosa. Esto produciría una economía de \$ 58.179.

2. Revestimiento de aluminio para las columnas en vez de granito negro. Las economías por este concepto serían de \$ 14.297, pero considerando que el revestimiento de aluminio para las columnas no estaría a tono con la estructura del edificio, se decidió no recomendar esta modificación.

3. Celosías de hormigón prefabricadas en lugar de bronce. Las economías correspondientes ascenderían a \$ 181.200, y la modificación estaba de acuerdo con la sugerencia formulada a este respecto por la Comisión de Bellas Artes.

4. Empleo de hormigón prefabricado en lugar de granito para los muros del primer piso. Tanto el arquitecto como la Compañía Sloane aseguraron que el hormigón arquitectónico resultaría muy semejante al granito en textura y color. Esta modificación podría representar una economía de \$ 29.663.

5. Empleo de lajas de piedra en vez de piso de aglomerado rústico. Si se emplearan lajas de piedra de Filadelfia se podría economizar la suma de \$ 13.224.

6. Eliminación de dos escaleras mecánicas en el pabellón destinado a conferencias, con lo cual se podrían economizar \$ 88.000.

7. Empleo de tabiques de obra en vez de tabiques metálicos móviles. Aun reconociendo que los tabiques metálicos móviles permiten una mayor flexibilidad, sobre todo en el caso de una Organización en constante crecimiento, se consideró que el costo de \$ 261.786 de esos tabiques resultaba prohibitivo. Se estimó, sin embargo, que algunas partes destinadas a la Secretaría requerían tabiques móviles para atender las crecientes necesidades de la Organización, y en consecuencia, se convino en que los tabiques de obra se utilizaran en unos tres pisos, con lo que, en definitiva, se obtendría una economía neta de \$ 115.268.

8. Eliminación del segundo sótano, de los dos previstos en los primeros planos. La eliminación del segundo sótano reduciría el espacio disponible para estacionamiento de vehículos a un límite inferior al prescrito por la Comisión de Planificación de la Capital Nacional. Por consiguiente, es necesario conservar aproximadamente un tercio del segundo sótano, con lo cual la economía prevista con esta alternativa, que era de \$ 244.000, quedaría reducida a \$ 164.000.

Si hubiesen sido posibles todas las modificaciones previstas, la estimación del costo bruto de la construcción habría sido de \$ 5.685.000. Dejando sin efecto la modificación prevista en el apartado 2 y parte de las correspondientes a los apartados 7 y 8, el nuevo costo estimado del edificio ascendía a \$ 5.876.000, y se consideró que este nivel ya no podía rebajarse sin alterar la concepción del diseño. Por consiguiente, se indicó que en ese caso, el déficit a cubrir para financiar las obras sería de \$ 1.076.000.

El Presidente preguntó al Dr. Horwitz si deseaba hacer algún comentario sobre las posibilidades de cubrir ese déficit.

El Director manifestó que podrían emplearse tres métodos:

1) Una suscripción directa por los Gobiernos de la Organización,

2) Un préstamo bancario, cuyo reembolso se atendería mediante las correspondientes partidas en los presupuestos ordinarios anuales, y

3) Un aumento de la donación original de la Fundación Kellogg.

El Dr. Horwitz señaló, además, que la experiencia había demostrado que, en un programa de construcción, un 10 % de imprevistos sobre el costo calculado de las obras, raras veces bastaba para cubrir las necesidades y, en consecuencia, recomendó que se intentara conseguir la cantidad de \$ 1.250.000, de cualquiera de las fuentes que había enumerado.

Después de un debate entre sus miembros, el Subcomité decidió:

1) Que en primer lugar debía hacerse una gestión con la Fundación Kellogg para obtener de ella la suma de \$ 1.250.000, y

2) que si la Fundación Kellogg no pudiera elevar la cantidad de la donación, se hicieran gestiones ante otra u otras fundaciones.

El Director solicitó del Subcomité que expusiera su opinión sobre la posibilidad de dar instrucciones a los arquitectos para que prepararan planos detallados del edificio sobre la base del costo estimado de \$ 5.876.000, con las modificaciones expuestas.

Los miembros del Subcomité, aun conviniendo en que tenían facultades para tomar este acuerdo, consideraron que debían consultar con sus respectivos Gobiernos. Se encomendó al Dr. Portner que preparara un documento con los datos necesarios para que aquéllos pudieran plantear el caso a sus Gobiernos. Se señaló al Subcomité que toda demora alargaría el tiempo necesario para la construcción del edificio y que los arquitectos, a partir del momento en que se les dieran instrucciones, necesitarían un período de seis meses para preparar los planos detallados.

Finalmente se acordó que el Subcomité volviera a reunirse el 19 de julio de 1962, a las 10:30 a.m., para decidir si procedía autorizar la preparación de los planos detallados sobre la base de la estimación revisada de \$ 5.876.000.

Se levantó la reunión a las 12:05 p.m.

Acta de la reunión celebrada el 25 de julio de 1962¹

El Subcomité Permanente de Edificios y Obras se reunió el miércoles, 25 de julio de 1962, a las 3:00 p.m. Asistieron a la reunión los siguientes miembros:

Sr. James R. Wachob (Estados Unidos de América),
Presidente
Sra. Lilian O'Connell de Alurralde (Argentina)
Sr. Olegario Russi (Chile)

El Subcomité contó con la colaboración de los siguientes funcionarios de la Oficina:

Dr. Stuart Portner, Jefe de Administración
Sr. Eugene J. Settino, Jefe de la Sección de Servicios
Generales

También participaron en las deliberaciones los arquitectos Sres. Román Fresnedo Siri y Louis Justement.

El Presidente, Sr. Wachob, después de declarar abierta la reunión, se refirió a la iniciativa, formulada en la que celebró el Subcomité el 5 de julio, de hacer una gestión cerca de la Fundación W. K. Kellogg, con el objeto de obtener fondos adicionales para cubrir el déficit estimado en la construcción de la nueva Sede de la OSP. El Sr. Wachob pidió al Dr. Portner que informara a los miembros del Subcomité acerca de los resultados obtenidos hasta la fecha sobre el particular.

El Dr. Portner informó de que inmediatamente después de la reunión del 5 de julio, y conforme a la solicitud del Subcomité, el Director se había dirigido al Dr. Emory W. Morris, Presidente de la Fundación Kellogg, a fin de convenir una entrevista para examinar la situación financiera en relación con el nuevo edificio de la Sede. Por desgracia, el Dr. Morris se encontraba de viaje en misión de la Fundación, y no fue posible fijar una fecha inmediata para la entrevista con el Dr. Horwitz.

Por último, tras un nuevo cambio de comunicaciones, se fijó, de común acuerdo, la fecha del 14 de agosto para dicha entrevista.

Seguidamente, el Presidente declaró abierto el debate sobre si procedía aprobar la preparación de planos detallados del edificio, tema respecto al cual los miembros del Subcomité, en su reunión del 5 de julio, habían decidido que era oportuno consultar con sus respectivos Gobiernos antes de adoptar una decisión definitiva.

La Sra. de Alurralde (Argentina) indicó que su Gobierno deseaba diferir por el momento la aprobación de la preparación de los planos detallados, fundándose en que era muy importante resolver primero la situación financiera y en que dentro de poco tiempo se iba a reunir la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana.

A continuación, el Sr. Russi (Chile) y el Sr. Wachob (Estados Unidos de América), reiteraron la importancia de resolver el asunto de la situación financiera antes de tomar una decisión sobre la preparación de los planos detallados. Por unanimidad se decidió diferir la preparación de dichos planos.

El Presidente expresó asimismo el deseo del Gobierno de su país de que se convocara al Subcomité tan pronto como se conociera el resultado de las negociaciones del Director con la Fundación Kellogg, y pidió al Dr. Portner que indicara cuál sería la fecha más conveniente en vista de la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Dr. Portner manifestó que se había previsto para el 17 de agosto el viaje del Director para asistir a la Conferencia Sanitaria Panamericana. Habiéndose fijado el 14 de agosto para la entrevista con el Dr. Morris, se podría convocar a una reunión del Subcomité el 15 ó el 16 de dicho mes, fecha en que el Director estaría en condiciones de informar sobre los resultados de sus gestiones financieras.

Acto seguido se levantó la reunión.

Acta de la reunión celebrada el 16 y el 20 de agosto de 1962²

El Subcomité Permanente de Edificios y Obras se reunió el jueves, 16 de agosto, a las 3:15 p.m., y el lunes, 20 de agosto de 1962, a las 11:00 a.m. Asistieron a la reunión los siguientes miembros:

Sr. James R. Wachob (Estados Unidos de América),
Presidente
Sra. Lilian O'Connell de Alurralde (Argentina)
Sr. Olegario Russi (Chile)

El Subcomité contó con la colaboración de los siguientes funcionarios de la Oficina:

Dr. Abraham Horwitz, Director
Dr. Stuart Portner, Jefe de Administración

La reunión fue convocada con el objeto de que el Director informara sobre la entrevista que, siguiendo las instrucciones del Subcomité, celebró con el Dr. Emory W. Morris, Presidente de la Fundación Kellogg, sobre la posibilidad de obtener nuevos fondos para la construcción del edificio de la Sede.

El Dr. Horwitz dio cuenta de su entrevista con el Dr. Morris, celebrada el martes 14 de agosto, habiéndole explicado con todo detalle los hechos ocurridos después de la XIII Reunión del Consejo Directivo, que decidieron al Subcomité a reiterar su conformidad con el proyecto ganador, del arquitecto Sr. Román Fresnedo Siri, que después de eliminados ciertos detalles, prevé una construcción de un total de 197.000 pies cuadrados a un costo ligeramente superior a \$ 27 por pie cuadrado. Le informó asimismo de las modificaciones proyectadas para reducir los costos, aprobadas por el Subcomité, y de que, tras detenido estudio por el arquitecto y consultores especiales, el cálculo actual del costo total del edificio era de \$ 5.876.000, cantidad que supera en un poco más de un millón de dólares la suma de que se dispone.

¹ Documento CSP16/21, Anexo IV.

² Documento CSP16/21, Anexo V.

El Dr. Morris había prometido al Director que estudiaría la situación y que, habiendo sido nombrado miembro de la Delegación de los Estados Unidos de América a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, comunicaría su decisión al Dr. Horwitz en Minneapolis.

El Dr. Horwitz explicó, además, que durante la entrevista se enteró de que la subvención original de \$ 3.750.000 procedía del capital de la Fundación, no de sus ingresos ordinarios. Por consiguiente, la Fundación había hecho gestiones detalladas para la venta de títulos, etc., de suerte que pudiera disponerse de la suma total de la subvención en enero de 1963, es decir, cuando se proyectaba iniciar la construcción. Toda demora en la iniciación de la construcción acarrearía modificaciones en dichos arreglos financieros, modificaciones que no cabría considerar salvo por motivos muy concretos y justificados. Por otra parte, los gastos de construcción van subiendo a razón de aproximadamente 5 % por año, de suerte que la demora de un año en la construcción significaría un aumento de alrededor de \$ 300.000 en el costo total.

Además, convenía tener presente que, a falta de instrucciones concretas para comenzar la construcción en enero, el arquitecto había suspendido todos los trabajos relativos a los planos, y que se necesitarían otros cinco meses para terminarlos. Por otra parte, era probable que tendría dificultades para encontrar delineantes en un futuro próximo si continuara la suspensión actual. El Subcomité debería tener en cuenta estos hechos.

Si la decisión de la Fundación Kellogg fuera negativa, habría que hacer gestiones para conseguir un préstamo de \$ 1.250.000. El Director expresó su creencia de que eso no sería una dificultad, dado que la Organización ha recibido ya dos donaciones: el solar, ofrecido por los Estados Unidos de América, y la subvención otorgada por la Fundación Kellogg. Cabría negociar con un banco un préstamo a largo plazo y a bajo interés, que podría pagarse en plazos anuales sin necesidad de aumentar las cuotas de los Gobiernos. En todo caso, no debería demorarse la construcción del edificio. El Director manifestó que, independientemente de la respuesta de la Fundación Kellogg—el Dr. Horwitz indicó que estaba seguro de que sería favorable—y de la opinión que mereciera al Subcomité la idea de obtener un préstamo bancario, consideraba muy conveniente que se sometieran propuestas concretas a la Conferencia.

El Sr. Wachob (Estados Unidos de América) agradeció al Director la información que había facilitado acerca de su entrevista con el Dr. Morris. Propuso que el Subcomité adoptara el procedimiento siguiente: primero, que los miembros formularan al Dr. Horwitz las preguntas que estimaran convenientes y, luego, que el Subcomité deliberara sobre las recomendaciones que habría de presentar a la Conferencia.

Así quedó acordado.

Contestando a preguntas de los Representantes de la Argentina y los Estados Unidos de América, relativas a las dificultades previstas en materia de delineantes, el Dr. Portner explicó que, además del personal de plantilla permanente, los

arquitectos empleaban a un grupo de delineantes temporeros para trabajar en proyectos determinados. Respecto de este personal, que ha de ser muy competente, la demanda es alta y la oferta baja. Los arquitectos suelen organizar sus trabajos de suerte que haya poco intervalo entre dos proyectos, lo cual les permite retener a su personal temporero. Añadió el Dr. Portner que los arquitectos del nuevo edificio de la Sede terminarían un proyecto en el plazo de una semana. Normalmente podrían retener su personal temporero durante dos o tres semanas, si tuvieran perspectivas de recibir durante ellas instrucciones concretas para seguir trabajando en los planes detallados; pero evidentemente eso no les sería posible en caso de tener que aguardar dichas instrucciones dos, tres o más meses. Si despidieran a su personal temporero, habría nuevas demoras, que deberían sumarse a los cinco meses que, según había indicado el Dr. Horwitz, eran necesarios para terminar los trabajos de dibujo. Esto significaría que la construcción no podría comenzar, a lo sumo, antes de marzo. Por otra parte, toda demora podría determinar que incluso los cálculos revisados resultaran insuficientes, ya que los costos de construcción seguían aumentando.

Refiriéndose a la idea del préstamo, la Sra. de Alurralde (Argentina) pidió al Dr. Horwitz que explicara cómo podría reembolsarse el préstamo sin aumentar las cuotas o sin modificar el programa.

El Dr. Horwitz (Director, OSP) expuso que el programa y presupuesto contiene más de 300 proyectos y se elevan a unos 13 millones de dólares. Habría que proceder a otro nuevo examen; no sería imposible conseguir un ahorro de \$ 60.000, por ejemplo, (calculado a base de demoras en la contratación del personal, proyectos que no se llevan a cabo, etc.). Naturalmente, todas esas modificaciones tendrían que someterse a la consideración del Comité Ejecutivo. Por otra parte, había ciertos Gobiernos que se hallaban atrasados en el pago de sus cuotas, si se pusieran al corriente dichos \$ 60.000 podrían obtenerse del Fondo de Trabajo.

Seguidamente, el Subcomité inició sus deliberaciones.

Examinó en detalle los progresos realizados y reiteró su anterior conclusión de que se había hecho todo lo posible por reducir los costos y de que cualquier otra reducción significaría: a) violar el diseño básico del edificio, diseño que ya había sido aprobado por la Comisión de Bellas Artes y la Comisión de Planificación de la Capital Nacional, y b) dar lugar a que se presentaran nuevas necesidades de espacio en un plazo relativamente breve. El Subcomité estimó necesario que la Conferencia expusiera su opinión sobre la iniciación de los planes detallados de construcción. Recomendó como costo de construcción absoluto mínimo la cifra de \$ 5.876.000, de acuerdo con los cálculos revisados del arquitecto y los de la empresa "H. A. Sloane Associates", especializada en presupuestos de esta clase, que había llevado a cabo un estudio completo del costo de la construcción proyectada para el edificio de la Sede. Dicha cifra abarcaría todos los elementos del diseño original, con 197.000 pies cuadrados de construcción y una capacidad máxima de 395 personas.

Por último, el Subcomité acordó solicitar de la Conferencia que le autorizara a dar instrucciones al Director de la Oficina en el sentido de que prosiga sus gestiones encaminadas a obtener los fondos necesarios para sufragar el costo total de la construcción del nuevo edificio de la Sede, entendiéndose que ello no ha de significar un aumento en las cuotas de los Gobiernos.

La reunión se suspendió a las 5:50 p.m. y se reanudó el 20 de agosto de 1962 a las 11:00 a.m., con la asistencia de representantes de la Oficina.

El Subcomité aprobó el texto de su informe a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana.

Se levantó la reunión a la 1:30 p.m.

INDICE

INDICE DE LAS RESOLUCIONES, POR ORDEN NUMERICO

	<i>Página</i>
I. Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana	9
II. Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo	10
III. Ingreso de Jamaica en la Organización Panamericana de la Salud	10
IV. Procedimiento para la admisión de Estados en la Organización Panamericana de la Salud	11
V. Informe Cuadrienal del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (1958-1961)....	11
VI. Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondiente a 1961	11
VII. Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.....	12
VIII. Elección de dos Países Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Colombia y El Salvador	12
IX. Resumen de los informes cuadrienales sobre las condiciones de salud en las Américas...	13
X. Estado del plan continental de abastecimiento público de agua y de eliminación de aguas servidas	14
XI. Acuerdo concertado entre la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo, respecto a las actividades de asistencia técnica.....	16
XII. Saneamiento del medio	16
XIII. Investigación interamericana sobre mortalidad	17
XIV. Evaluación clínica y farmacológica de agentes exógenos	17
XV. Programa de nutrición en las Américas	18
XVI. Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1961	20
XVII. Informe sobre la recaudación de las cuotas	20
XVIII. Fondo Rotatorio de Emergencia	20
XIX. Enmiendas al Estatuto y Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	21
XX. Sueldo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana	21
XXI. Informe sobre los edificios e instalaciones para la Sede	22
XXII. Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1963.....	23
XXIII. Dietas para los miembros del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud	24
XXIV. Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1964	24
XXV. Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1964	25
XXVI. Política y programa de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud..	25
XXVII. Estado de la erradicación de la malaria en las Américas.....	26
XXVIII. Cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la Organización Panamericana de la Salud para la Erradicación de la Malaria	26
XXIX. Planes nacionales de salud	27
XXX. Estado de la erradicación de la viruela en las Américas	28
XXXI. Estado de la erradicación del <i>Aedes aegypti</i> en las Américas	29
XXXII. Estado del control de la tuberculosis en las Américas	29

XXXIII. Actividades de salud desarrolladas de conformidad con la Carta de Punta del Este y proyecciones futuras	31
XXXIV. Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, de interés para el Comité Regional ..	31
XXXV. Tema para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XIV Reunión del Consejo Directivo, XV Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas....	32
XXXVI. Discusiones Técnicas.....	32
XXXVII. Aspectos del abastecimiento de agua y del saneamiento del medio en los programas de viviendas urbanas y rurales	33
XXXVIII. Lugar de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana	34

INDICE ALFABETICO

(El número de las páginas correspondiente a las resoluciones aparece en negrilla.)

- Acta de Bogotá (véase bajo Organización de los Estados Americanos)
- Admisión de Estados en la Organización Panamericana de la Salud, procedimiento para, **II**
- Aedes aegypti*, erradicación, estado en las Américas (tema 2.4), **29**
informe (anexo), 100-106
- Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), **26, 56, 87, 140, 142**
- Agentes exógenos, evaluación clínica y farmacológica de, **17-18**
- Agua, abastecimiento de
aspectos del, en los programas de viviendas urbanas y rurales, **33-34**
Fondo Especial para Abastecimiento Público de Agua, OPS
aportaciones al, **14, 15, 122**
plan continental de abastecimiento público, y de eliminación de aguas servidas, estado del (tema 2.7), **14-15**
informe (anexo), 121-125
(véase también Saneamiento del medio)
- Alianza para el Progreso, **16, 19, 27, 30, 139, 149**
Plan Decenal de Salud Pública de la, **115, 139**
- Alvarez Amézquita, José (México), *Presidente de la Conferencia y de la Comisión General*, **3, 7, 8**
- Andersen, Elmer L. (Gobernador del Estado de Minnesota, E. U. A.), **7**
- Arbona, Guillermo (Estados Unidos de América), *Relator, Discusiones Técnicas*, **8**
- Atención médica, Discusiones Técnicas sobre, **32-33**
- Auditor Externo (véase Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo)
- Banco de Exportación e Importación, **121, 140**
- Banco Interamericano de Desarrollo, **14, 15, 16, 31, 121, 140, 142, 148**
- Acuerdo concertado entre la OPS y el BID respecto a actividades de asistencia técnica (tema 2.7.1), **16**
- Banco Mundial, **121, 140**
- Bichat Rodrigues (Brasil), *Comisión General y Presidente, Comisión II*, **3, 8**
- Bravo, Alfredo Leonardo (Chile), *Comisión General y Director de debates, Discusiones Técnicas*, **8**
- Calvo, Alberto E. (Panamá), *Relator, Comisión I*, **4, 8**
- Candau, M. G. (Director General, Organización Mundial de la Salud), **7**
- Carta de Punta del Este (véase bajo Organización de los Estados Americanos)
- Castillo, Demetrio (Venezuela), *Comisión de Credenciales y Comisión General*, **3, 8**
- CEPAL (véase Comisión Económica para América Latina, de las Naciones Unidas)
- Comisión de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos (Comisión II)
Mesa Directiva, **3, 4, 8**
sesiones, **9**
- Comisión de Asuntos Técnicos (Comisión I)
Mesa Directiva, **3, 4, 8**
sesiones, **9**
- Comisión de Credenciales
composición, **3**
Mesa Directiva, **8**
sesiones, **9**
verificación de credenciales, **3**
- Comisión Económica para América Latina, de las Naciones Unidas (CEPAL), **31, 142, 144**
- Comisión General
constitución de la, **4**
Mesa Directiva, **8**
sesiones, **9**
- Comité Ejecutivo
dietas para los miembros, **24**

- elección de dos Países Miembros, **12-13**
 informe anual del Presidente, **10**
- Conferencia Sanitaria Panamericana, Sede de la XVII, **34**
 Credenciales (*véase* Comisión de)
 Cuotas, recaudación de (tema 3.4), **20**
 Cutler, John C. (Director Adjunto, OSP), **21**
- Delegaciones a la Conferencia, **3**
 Director, OSP
 elección del (tema 1.11), **12**
 informes (*véase* Informes del Director)
 remuneración del, **21-22**
- Director Regional, OMS (*véase* Director, OSP)
- Discusiones Técnicas sobre el tema "Estudio del estado actual de la atención médica en las Américas, con miras a su incorporación como servicio básico de programas integrados de salud" (tema 2.14), **32-33**
 Mesa Directiva, **8-9**
- Discusiones Técnicas, tema para la XIV Reunión del Consejo Directivo (Ideas para la formulación de un plan de control de las infecciones entéricas, incluyendo medidas de saneamiento ambiental, epidemiología, educación para la salud, y de diagnóstico y tratamiento oportuno), **32**
- Edificios e instalaciones para la Sede, informe (tema 3.6), **22**
 informe (anexo), **145-155**
- Estadísticas de mortalidad (*véase* Mortalidad, investigación interamericana sobre)
- Estatuto del Personal de la OSP (*véase* bajo Personal, OSP)
- Elección del Director (*véase* bajo Director, OSP)
- Evaluación clínica y farmacológica de agentes exógenos, **17-18**
- FAO (*véase* Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación)
- Fiebre amarilla (*véase* *Aedes aegypti*, erradicación)
- Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria, OPS (*véase* Malaria, Fondo Especial)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), **19, 26, 30, 56, 87, 107, 111, 112, 115, 116, 117, 118**
- Fondo Rotatorio de Emergencia (tema 3.5), **20-21**
- Fundación W. K. Kellogg, **22, 145, 147, 148, 152, 153, 154**
- Gabaldon, Arnoldo (Venezuela), *Comisión General*, **8**
- García Valenzuela, René (OSP), *Secretario Técnico, Discusiones Técnicas*, **9**
- González Torres (Paraguay), *Comisión General y Vicepresidente, Comisión II*, **4, 8**
- Grant, John B. (Estados Unidos de América), *Consultor Técnico, Discusiones Técnicas*, **9**
- Horwitz, Abraham (*Director, OSP, y Secretario ex officio de la Conferencia*), **7, 8, 12**
 (*véase también* Director, OSP)
- INCAP (*véase* Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá)
- Infecciones entéricas, Discusiones Técnicas sobre, **32**
 Informe Final, texto, **5-35**
- Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1961 (tema 3.3), **20**
- Informes cuatrienales sobre las condiciones de salud en las Américas, resumen de los, **13-14**
- Informes del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana anual, 1961 (tema 1.10.1), **11-12**
 cuatrienal, 1958-1961 (tema 1.10), **11**
véase también Informe Financiero del Director
- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (IN-CAP), **117-118, 120**
- Investigaciones
 política y programa de la OPS sobre, **25-26**
 informe (anexo), **126-132**
 (*véase también* Mortalidad, investigación interamericana sobre)
- Jamaica, ingreso en la Organización Panamericana de la Salud, (tema 1.15), **10**
 solicitud presentada (anexo), **39-41**
- Malaria, erradicación en las Américas, estado de (tema 2.2), **26**
 informe (anexo), **43-88**
- Malaria, Fondo Especial para la Erradicación, OPS, cálculo de los requerimientos del (tema 3.10), **26-27**
 informe (anexo), **89-90**
- Mesa Directiva
 de las Comisiones principales (*véase* bajo el nombre de la Comisión)
 de la Conferencia, **3**
- Miembros de la OPS (*véase* Admisión de Estados en la Organización Panamericana de la Salud, procedimiento para)
- Mortalidad, investigación interamericana sobre, **17**
 informe (anexo), **132-139**
- Müller, Walter (Chile), *Comisión General*, **8**
- Naftalin, Arthur (Alcalde de Minneapolis, E. U. A.), **7**
- Nevárez Vásquez, Roberto (Ecuador), *Comisión de Credenciales*, **3, 8**
- Nutrición, programa en las Américas (tema 2.6), **18-19**
 informe (anexo), **113-120**
- Olgún, Victorio Vicente (Argentina), *Presidente del Comité Ejecutivo*, **10**
- Orellana, Daniel (Venezuela), *Relator, Comisión II*, **4, 8**
- Organización de los Estados Americanos, **31**
 Acta de Bogotá, **16, 143, 149**
 Carta de Punta del Este, **14, 16, 25, 27, 28, 30, 122, 123, 139, 142, 143, 144**
 actividades de salud desarrolladas de conformidad con, y proyecciones futuras, **31**
 informe (anexo), **139-143**
- Organización Mundial de la Salud
 Asamblea y Consejo Ejecutivo, resoluciones de interés para el Comité Regional (tema 2.12), **31-32**

- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), 19, 115, 116, 118, 120
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 115
- Padilla, Tiburcio (Argentina), *Vicepresidente de la Conferencia y de la Comisión General*, 3, 7, 8
- Paludismo (véase Malaria)
- Pearson, Bror F. (*Board of Medical Examiners*, Minnesota, E. U. A.), 7
- Pérez Mera, Amiro (República Dominicana), *Vicepresidente, Comisión I*, 4, 8
- Personal, OSP
 enmiendas al Estatuto y Reglamento del, 21
- Planes nacionales de salud (tema 2.11), 27-28
 informe (anexo), 143-144
- Portner, Stuart (OSP), *Secretario, Comisión II*, 8
- Presidente de la Conferencia (véase Mesa Directiva)
- Presupuesto (véase Programa y presupuesto)
- Programa de investigaciones de la OPS (véase Investigaciones)
- Programa y presupuesto de la OPS, 1963 (tema 3.2), 23
- Programa y presupuesto de la OPS, 1964, anteproyecto de (tema 3.2.2), 25
- Programa y presupuesto de la Región de las Américas, OMS, 1964 (tema 3.2.1), 24
- Programa de temas de la Conferencia
 adopción, 4
 aprobación, 9
- Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana (tema 1.3), 7, 9
- Reglamento del Personal de la OSP (véase bajo Personal, OSP)
- Remuneración de los funcionarios de la OSP, 21, 21-22
- Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo de la OMS, de interés para el Comité Regional, 31-32
- Romero Alvergue, Mario (El Salvador), *Presidente y Revisor, Comisión de Credenciales*, 3, 8
- Saneamiento del medio, 16
 abastecimiento de agua y eliminación de aguas servidas (véase bajo Agua, abastecimiento de)
 aspectos del, en los programas de viviendas urbanas y rurales, 33
 establecimiento, en la Sede, de un servicio dedicado a problemas de, 16
- Sede de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, 34
- Sede de la OPS (véase Edificios e instalaciones de la Sede)
- Sesiones de la Conferencia, 9
 inaugural, 7
- Sutter, Víctor A. (Subdirector, OSP), *Secretario, Comisión I*, 8, 21
- Terán Valls, Max (Costa Rica), *Vicepresidente de la Conferencia y de la Comisión General*, 3, 7, 8
- Terry, Luther L. (Cirujano General, Servicio de Salud Pública, E. U. A.), 7
- Tuberculosis, estado del control, en las Américas (tema 2.5), 29-30
 informe (anexo), 107-113
- UNESCO (véase Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura)
- UNICEF (véase Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)
- Vicepresidente de la Conferencia (véase Mesa Directiva)
- Viruela, estado de la erradicación en las Américas (tema 2.3), 28
 informe (anexo), 90-99
- Votos de gracias, 34-35
- Watt, James (Estados Unidos de América), *Comisión General y Presidente, Comisión I*, 3, 8