

Documentos Oficiales
de la
Organización Sanitaria Panamericana
No. 27

INDEXED

XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA
X REUNION DEL
COMITE REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMERICAS

San Juan, Puerto Rico, 21 de septiembre-3 de octubre de 1958

Actas, Resoluciones y Documentos



OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud
Washington, D.C.
1959

Documentos Oficiales de la Organización

Sanitaria Panamericana

(Publicados en español e inglés)

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

Informe Anual del Director al Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, 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. Cada cuatro años—con ocasión de reunirse la Conferencia Sanitaria Panamericana—el Informe del Director contiene, además, el informe cuadrienal que se presenta a dicha Conferencia.

Proyecto de Programa y Presupuesto que el Comité Ejecutivo prepara con la cooperación del Director y somete 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 Sanitaria Panamericana 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 Sanitaria Panamericana 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, en cuyo volumen se incluyen 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. Este volumen se publica cada cuatro años y contiene las actas taquigráficas de las sesiones plenarias de la Conferencia y las actas resumidas de las comisiones principales, además de los documentos de trabajo.

(Últimos volúmenes publicados)

No. 24: **Proyectos de Programa y Presupuesto: Organización Mundial de la Salud, Región de las Américas, 1960, y Organización Sanitaria Panamericana, Anteproyecto, 1960**

No. 25: **Informe Cuadrienal (1954-1957) e Informe Anual (1957) del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana**

No. 26: **Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1957**

Publicación Científica No. 40: **Resumen de los Informes Cuadrienes sobre las condiciones sanitarias en las Américas**

Pan American Health Organization

Documentos Oficiales
de la
Organización Sanitaria Panamericana
No. 27

INDEXED

XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA
X REUNION DEL
COMITE REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMERICAS

(San Juan, Puerto Rico, 21 de septiembre-3 de octubre de 1958)

Actas, Resoluciones y Documentos

- Parte I Informe Final
- Parte II Actas Taquigráficas de las Sesiones Plenarias
- Parte III Actas Resumidas de las Comisiones
- Parte IV Actividades del Comité Ejecutivo
- Parte V Anexos

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud
1501 New Hampshire Ave., N. W.
Washington 6, D. C., E. U. A.
1959

12306

RA

10

A6

.03

no. 27

Span.

SUMARIO DE MATERIAS
Organización de la Conferencia

	<i>Página</i>
Convocatoria	3
Comisión Organizadora	4
Delegaciones y otros participantes:	
Gobiernos	5
Organización Mundial de la Salud	8
Oficina Sanitaria Panamericana	8
Organización de los Estados Americanos	8
Naciones Unidas y Organismos Intergubernamentales	8
Organizaciones no Gubernamentales	8
Reglamento Interno	10
Programa de temas	15
Visitas de observación y actividades sociales	17
Cuadro diario de sesiones	18

Parte I
INFORME FINAL

Sesión preliminar	21
Sesión inaugural	21
Reglamento Interno	21
Mesa Directiva de la Conferencia	22
Mesa Directiva de las Comisiones:	
Comisión de Credenciales	22
Comisión General	22
Comisión I (Asuntos Técnicos)	22
Comisión II (Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos)	22
Comisión designada para estudiar el Artículo 53 del Reglamento Interno	23
Discusiones Técnicas sobre "La prevención de accidentes de la infancia"	23
Programa de temas	23
Sesiones de la Conferencia	23

Resoluciones aprobadas:

I. Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo	24
II. Informe Cuadrienal e Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana	24
III. Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1959	24
IV. Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1960	25
V. Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1960	26
VI. Estado de la erradicación de la viruela en las Américas	26
VII. Reglamento para las Discusiones Técnicas de la Conferencia Sanitaria Panamericana y el Consejo Directivo	27
VIII. Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1957	27

IX.	Informe sobre la recaudación de cuotas	27
X.	Fondo Rotatorio de Emergencia	28
XI.	Enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	28
XII.	Organización y labores del INCAP	29
XIII.	El problema del bocio endémico en las Américas	29
XIV.	Estado de la erradicación de la malaria en las Américas	30
XV.	Elección de tres Países Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Nicaragua, Cuba y Bolivia	31
XVI.	Lugar de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana	31
XVII.	Designación del Dr. Fred L. Soper como Director Emérito de la Oficina Sanitaria Panamericana	31
XVIII.	Proyectos regionales a realizar en 1959 con fondos del Programa Ampliado de Asis- tencia Técnica de las Naciones Unidas	32
XIX.	Programa de becas	32
XX.	Congresos Interamericanos de Salud Pública	33
XXI.	Normas mínimas de saneamiento para hoteles, restaurantes, medios de transporte y centros turísticos	33
XXII.	Propaganda de productos medicinales	34
XXIII.	Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo de la OMS, de interés para el Comité Regional	34
XXIV.	Estudio del problema de la diabetes en las Américas	35
XXV.	Registro de medicamentos y problemas afines	35
XXVI.	Nombre de la Organización	36
XXVII.	Enmienda del Artículo 15 de la Constitución	36
XXVIII.	Modificación del Artículo 12-C de la Constitución y de los correspondientes Artícu- los del Reglamento Financiero	36
XXIX.	Edificios e instalaciones para la Sede y las Oficinas de Zona	37
XXX.	Proyecto de procedimiento para la postulación y elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana	38
XXXI.	Proyecto de nuevas condiciones de empleo	38
XXXII.	Reuniones de los cuerpos directivos	39
XXXIII.	Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana	40
XXXIV.	Mejoramiento de los textos de los documentos básicos de la Organización Sanitaria Panamericana	40
XXXV.	Estado de la erradicación del <i>Aedes aegypti</i> en las Américas	41
XXXVI.	Personal de los servicios nacionales de sanidad	41
XXXVII.	Resumen de los informes sobre las condiciones sanitarias de los Países Miembros	42
XXXVIII.	Discusiones Técnicas	42
XXXIX.	Homenaje al Dr. Fred L. Soper	43
XL.	Tema para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XI Reunión del Consejo Directivo	43
	Votos de gracias	44

Parte II

ACTAS TAQUIGRAFICAS DE LAS SESIONES PLENARIAS

SESIÓN INAUGURAL (Domingo, 21 de septiembre de 1958, a las 20 horas)

Discurso del Honorable Gobernador del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Don Luis Muñoz Marín	48
---	----

Discurso del Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, Dr. Leroy E. Burney	49
Discurso del Honorable Secretario de Salud Pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Dr. Guillermo Arbona	52
Discurso del señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Fred L. Soper	52
Discurso del señor Director General de Sanidad del Ecuador, Dr. Diego Angel Ramírez	54
PRIMERA SESIÓN PLENARIA (Lunes, 22 de septiembre de 1958, a las 9 h. 30 m.)	
Tema 2: Constitución de la Comisión de Credenciales	56
Primer Informe de la Comisión de Credenciales	56
Tema 3: Adopción del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana	57
Tema 5: Elección del Presidente y dos Vicepresidentes	70
SEGUNDA SESIÓN PLENARIA (Lunes, 22 de septiembre de 1958, a las 15 h. 10 m.)	
Tema 6: Constitución de las Comisiones principales	72
Tema 7: Adopción del programa de temas	73
Tema 8: Adopción del programa de sesiones	74
Tema 9: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo	74
Tema 4: Establecimiento, mediante sorteo, de la precedencia de las delegaciones	75
TERCERA SESIÓN PLENARIA (Martes, 23 de septiembre de 1958, a las 9 h. 30 m.)	
Segundo Informe de la Comisión de Credenciales	75
Tema 10: Informe Cuadrienal (1954-1957) e Informe Anual (1957) del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana	76
CUARTA SESIÓN PLENARIA (Miércoles, 24 de septiembre de 1958, a las 9 horas)	
Tema 10: Informe Cuadrienal (1954-1957) e Informe Anual (1957) del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (conclusión)	90
Tema 20: Informes de los Estados Miembros sobre sus condiciones y progresos sanitarios alcanzados en el período transcurrido entre la XIV y XV Conferencias Sanitarias Panamericanas	91
Informe del Delegado de Nicaragua	93
Informe del Delegado de México	97
Informe del Delegado de Venezuela	98
Informe del Delegado de Colombia	100
Informe del Delegado de Costa Rica	101
Informe del Delegado del Ecuador	103
Informe del Delegado del Paraguay	105
QUINTA SESIÓN PLENARIA (Jueves, 25 de septiembre de 1958, a las 9 h. 30 m.)	
Tercer Informe de la Comisión de Credenciales	108
Tema 21: Estado de la erradicación del <i>Aedes aegypti</i> en las Américas	108
Informe del Delegado del Brasil	111
Informe del Delegado del Ecuador	116
Informe del Delegado del Paraguay	119
Informe del Delegado del Perú	121
Informe del Delegado de Chile	121
Informe del Delegado de Guatemala	121
Informe del Delegado del Uruguay	122
Informe del Delegado de Colombia	125
Informe del Delegado de Panamá	126
Informe del Delegado de El Salvador	127
Informe del Delegado de la Argentina	127
Informe del Delegado de Venezuela	129

Informe del Delegado de Honduras	130
Informe del Delegado del Reino Unido	130
Informe del Delegado de Nicaragua	132
SEXTA SESIÓN PLENARIA (Viernes, 26 de septiembre de 1958, a las 9 h. 25 m.)	
Informe de la Comisión designada para estudiar el Artículo 53 del Reglamento Interno de la Conferencia	133
Tema 22: Informes sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas	142
Declaración del Jefe de la Oficina de Erradicación de la Malaria	143
Declaración del Director de la Oficina Regional del UNICEF para las Américas	147
SÉPTIMA SESIÓN PLENARIA (Viernes, 26 de septiem bre de 1958, a las 15 h. 20 m.)	
Reuniones de los cuerpos directivos	150
Tema 22: Informes sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (<i>con-</i> <i>tinuación</i>)	150
Informe del Delegado del Brasil	150
Informe del Delegado de México	152
Informe del Delegado de Venezuela	152
Informe del Delegado de Colombia	156
Informe del Delegado de Costa Rica	156
Informe del Delegado del Ecuador	157
Informe del Delegado del Perú	158
Informe del Delegado del Paraguay	159
Informe del Delegado del Reino Unido	160
Informe del Delegado del Reino de los Países Bajos (Surinam)	162
Informe del Delegado de Haití	164
Informe del Delegado de los Estados Unidos	164
Informe del Delegado de Guatemala	165
Informe del Delegado de Chile	165
Informe del Delegado de Panamá	166
Informe del Delegado de Nicaragua	167
Informe del Delegado de Francia	168
Informe del Delegado de Honduras	169
Informe del Delegado de El Salvador	170
Informe del Delegado de la Argentina	171
OCTAVA SESIÓN PLENARIA (Lunes, 29 de septiembre de 1958, a las 9 h. 25 m.)	
Bienvenida al Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. M. G. Candau ..	173
Primer Informe de la Comisión I:	
Tema 11-A: Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1959	174
Tema 11-B: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1960	174
Tema 11-C: Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1960	175
Tema 23: Estado de la erradicación de la viruela en las Américas	175
Tema 15: Reglamento para las Discusiones Técnicas de la Conferencia y el Consejo Directivo	175
Primer Informe de la Comisión II:	
Tema 12: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1957	176
Tema 13: Informe sobre la recaudación de cuotas	177
Tema 14: Fondo Rotatorio de Emergencia	177

Tema 16: Enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana	177
Tema 24: Informe sobre la organización y labores del INCAP	177
Exposición del Director del INCAP	179
Tema 22: Informes sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (conclusión)	195
Enmiendas al Reglamento Interno de la Conferencia	197
NOVENA SESIÓN PLENARIA (Miércoles, 1 de octubre de 1958, a las 9 h. 15 m.)	
Discurso del Secretario General Adjunto de la Organización de los Estados Americanos, Dr. William Sanders	198
Tema 29: Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la OMS para las Américas	201
Tema 30: Elección de tres Países Miembros para llenar las vacantes en el Comité Ejecutivo por haber terminado sus mandatos Bolivia, Cuba y Nicaragua	207
Tema 32: Lugar y fecha de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana	210
DÉCIMA SESIÓN PLENARIA (Miércoles, 1 de octubre de 1958, a las 15 h. 15 m.)	
Tema 29: Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la OMS para las Américas (continuación)	212
UNDÉCIMA SESIÓN PLENARIA (Miércoles, 1 de octubre de 1958, a las 23 h. 30 m.)	
Tema 29: Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la OMS para las Américas (continuación)	217
Moción del Delegado de Cuba	218
DUODÉCIMA SESIÓN PLENARIA (Jueves, 2 de octubre de 1958, a las 9 h. 25 m.)	
Lectura de comunicaciones del Dr. Miguel E. Bustamante y de la Sociedad Internacional para el Bienestar de los Lisiados	222
Designación del Dr. Fred L. Soper como Director Emérito de la Oficina Sanitaria Panamericana	223
Segundo y Tercer Informes de la Comisión I:	
Proyectos regionales a realizar en 1959 con fondos del Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas	226
Tema 18: Programa de becas	226
Tema 27: Congresos Interamericanos de Salud Pública	227
Tema 31: Normas mínimas de saneamiento para hoteles, restaurantes, medios de transporte y centros turísticos	227
Tema 36: Propaganda de productos medicinales	227
Tema 35: Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo de la OMS, de interés para el Comité Regional	227
Tema 38: Estudio del problema de la diabetes en las Américas	228
Tema 34: Registro de medicamentos y problemas afines	228
Segundo Informe de la Comisión II:	
Tema 25: Nombre de la Organización	229
Tema 25: Títulos de los altos funcionarios	229
Tema 26: Enmienda del Artículo 15 de la Constitución	240
Tema 26: Modificación del Artículo 12-C de la Constitución y de los correspondientes artículos del Reglamento Financiero	240
Tema 33: Edificios e instalaciones para la Sede	243
Tema 37: Proyecto de procedimiento para la postulación y elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana	243
Tema 17: Proyecto de nuevas condiciones de empleo	244
Reuniones de los cuerpos directivos	245

DÉCIMOTERCERA SESIÓN PLENARIA (Jueves, 2 de octubre de 1958, a las 15 h. 15 m.)

Tema 29: Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la OMS para las Américas (<i>conclusión</i>)	246
Mejoramiento de los textos de los documentos básicos de la Organización Sanitaria Panamericana	246
Tema 21: Estado de la erradicación del <i>Aedes aegypti</i> en las Américas (<i>conclusión</i>)	247
Informe del Delegado del Reino de los Países Bajos (Antillas Neerlandesas)	247
Informe del Delegado del Reino de los Países Bajos (Surinam)	247
Informe del Delegado de Haití	247
Lectura de un cable sobre el programa de erradicación de la malaria en Colombia	252
Tema 20: Informes de los Estados Miembros sobre sus condiciones y progresos sanitarios alcanzados en el período transcurrido entre la XIV y XV Conferencias Sanitarias Panamericanas (<i>continuación</i>)	252
Informe del Delegado del Uruguay	252
Informe del Delegado del Reino Unido	254
Informe del Delegado del Reino de los Países Bajos (Surinam)	259
Informe del Delegado del Reino de los Países Bajos (Antillas Neerlandesas)	260
Informe del Delegado de Haití	261
Informe del Delegado de los Estados Unidos	263

DÉCIMOCUARTA SESIÓN PLENARIA (Jueves, 2 octubre de 1958, a las 21 h. 15 m.)

Tema 20: Informes de los Estados Miembros sobre sus condiciones y progresos sanitarios alcanzados en el período transcurrido entre la XIV y XV Conferencias Sanitarias Panamericanas (<i>continuación</i>)	268
Informe del Delegado de Chile	268
Informe del Delegado de Guatemala	271
Informe del Delegado de Panamá	272
Informe del Delegado de Francia	274
Informe del Delegado de Honduras	277
Informe del Delegado de El Salvador	279
Informe del Delegado de la Argentina	280
Proposiciones de la Delegación del Perú:	
Carta de Salud de Puerto Rico	282
Plan continental de agua y desagües	283
Plan continental de lucha contra la tuberculosis	283
Aplicación de la vacuna de virus vivo atenuado de poliomiелitis en Colombia	284

DÉCIMOQUINTA SESIÓN PLENARIA (Viernes, 3 de octubre de 1958, a las 9 horas)

Tema 20: Informes de los Estados Miembros sobre sus condiciones y progresos sanitarios alcanzados en el período transcurrido entre la XIV y XV Conferencias Sanitarias Panamericanas (<i>continuación</i>)	286
Tema 19: Discusiones Técnicas sobre "La prevención de los accidentes de la infancia"	288
Informe del Relator	288
Homenaje al Dr. Fred L. Soper	288
Tema 28: Selección del tema para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XI Reunión del Consejo Directivo	289
Tema 20: Informes de los Estados Miembros sobre sus condiciones y progresos sanitarios alcanzados en el período transcurrido entre la XIV y XV Conferencias Sanitarias Panamericanas (<i>conclusión</i>)	296
Proposiciones de la Delegación del Perú (<i>conclusión</i>)	296
Expresiones de agradecimiento	296
Clausura de la Conferencia	297

Parte III
ACTAS RESUMIDAS DE LA COMISION GENERAL Y DE LAS
COMISIONES PRINCIPALES

Comisión General:**PRIMERA SESIÓN**

Modificación del programa de sesiones	301
Consideración de los temas 22, 23 y 24	301
Informes de los Estados Miembros sobre sus condiciones y progresos sanitarios alcanzados en el período transcurrido entre la XIV y XV Conferencias Sanitarias Panamericanas ...	301
Temas a examinar por el pleno de la Conferencia	302
Temas asignados a las Comisiones I y II	302
Segunda sesión de la Comisión General	302

SEGUNDA SESIÓN

Informes de los Estados Miembros	302
Fecha para la discusión del tema 29	303
Tercera sesión de la Comisión General	303

TERCERA SESIÓN

Fecha para la consideración del tema 29	303
Fecha para la consideración del tema 30	304
Fecha para la discusión del tema 32	304
Fecha para la presentación de los temas 21 y 22	304
Cuarta sesión de la Comisión General	304

CUARTA SESIÓN

Orden del día para el viernes, día 26 de septiembre	304
Informe de la Comisión designada para estudiar el Artículo 53 del Reglamento Interno de la Conferencia	305
Quinta sesión de la Comisión General	305

QUINTA SESIÓN

Primer Informe de la Comisión I	305
Primer Informe de la Comisión II	306
Proyecto de resolución presentado por las Delegaciones de Nicaragua, México, Costa Rica, Estados Unidos, Guatemala, Panamá y Argentina	306
Sexta sesión de la Comisión General	307

SEXTA SESIÓN

Sesiones nocturnas de las Comisiones I y II	307
Proyecto de resolución presentado por las Delegaciones del Brasil, México, Venezuela, Estados Unidos y Chile	307
Clausura de la Conferencia	307
Séptima sesión de la Comisión General	308

SÉPTIMA SESIÓN

Sesiones plenarias	308
Segundo Informe de la Comisión I	308
Forma de elección del Director	309
Octava sesión de la Comisión General	310

OCTAVA SESIÓN

Tercer Informe de la Comisión I	310
---------------------------------------	-----

Proyectos de resolución aprobados en sesión plenaria	310
Segundo Informe de la Comisión II	310
Novena sesión de la Comisión General	311
NOVENA SESIÓN	
Sesiones plenarias	311
Proyectos de resolución	312
Comisión I (Asuntos Técnicos):	
PRIMERA SESIÓN	
Designación del Vicepresidente y del Relator	314
Tema 11-A: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Paname- ricana para el año 1959	314
Tema 11-B: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organi- zación Mundial de la Salud, para 1960	316
Tema 11-C: Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Pana- mericana para 1960	316
SEGUNDA SESIÓN	
Tema 11-B: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organi- zación Mundial de la Salud, para 1960 (<i>conclusión</i>)	318
Proyectos regionales que deben financiarse en 1959 con fondos del Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas	322
Tema 11-C: Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Pana- mericana para 1960 (<i>conclusión</i>)	323
Tema 23: Estado de la erradicación de la viruela en las Américas	323
TERCERA SESIÓN	
Tema 23: Estado de la erradicación de la viruela en las Américas (<i>conclusión</i>)	325
Tema 15: Reglamento para las Discusiones Técnicas de la Conferencia Sanitaria Panameri- cana y el Consejo Directivo	327
Tema 18: Programa de becas	329
CUARTA SESIÓN	
Tema 18: Programa de becas (<i>conclusión</i>)	333
Tema 27: Congresos Interamericanos de Higiene	335
Tema 31: Normas mínimas de saneamiento para hoteles, restaurantes, medios de transporte y centros turísticos	338
Tema 34: Registro de medicamentos y problemas afines	339
QUINTA SESIÓN	
Tema 34: Registro de medicamentos y problemas afines (<i>continuación</i>)	340
Tema 36: Propaganda de productos medicinales	345
Tema 35: Resoluciones de la 11a Asamblea Mundial de la Salud y de la 21a y 22a Reuniones del Consejo Ejecutivo de la OMS, de interés para el Comité Regional	346
Tema 38: Estudio del problema de la diabetes en América	347
SEXTA SESIÓN	
Tema 34: Registro de medicamentos y problemas afines (<i>conclusión</i>)	348
Modificación del proyecto de resolución	348
Comisión II (Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos):	
PRIMERA SESIÓN	
Elección del Vicepresidente y del Relator	350

Tema 12: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1957	350
Tema 13: Informe sobre la recaudación de cuotas	351
SEGUNDA SESIÓN	
Tema 13: Informe sobre la recaudación de cuotas (<i>conclusión</i>)	354
Tema 14: Fondo Rotatorio de Emergencia	354
Tema 16: Enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana ...	356
Tema 37: Proyecto de procedimiento para la postulación y elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana	356
Tema 25: Nombre de la Organización y títulos de sus altos funcionarios	358
TERCERA SESIÓN	
Primer Informe del Relator	361
Tema 25: Nombre de la Organización y títulos de sus altos funcionarios (<i>continuación</i>) ..	362
CUARTA SESIÓN	
Tema 25: Nombre de la Organización y títulos de sus altos funcionarios (<i>conclusión</i>)	368
Tema 26: Modificaciones a los Artículos 12-C y 15 de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana	372
Tema 33: Edificios e instalaciones de la Sede y las Oficinas de Zona de la Oficina Sanitaria Panamericana	373
QUINTA SESIÓN	
Tema 33: Edificios e instalaciones de la Sede y las Oficinas de Zona de la Oficina Sanitaria Panamericana (<i>conclusión</i>)	376
Tema 37: Proyecto de procedimiento para la postulación y elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (<i>conclusión</i>).....	376
Tema 17: Proyecto de nuevas condiciones de empleo	378
Reuniones de los cuerpos directivos de la Organización Sanitaria Panamericana	381
SEXTA SESIÓN	
Segundo Informe del Relator	381

Parte IV**ACTIVIDADES DEL COMITE EJECUTIVO**

1. Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo	385
2. Informe Final de la 33a Reunión del Comité Ejecutivo	389
3. Informe Final de la 34a Reunión del Comité Ejecutivo	392
4. Informe Final de la 35a Reunión del Comité Ejecutivo	419
5. Informe Final de la 36a Reunión del Comité Ejecutivo	433

Parte V**ANEXOS**

1. VI Informe sobre la situación de la erradicación de la malaria en las Américas	445
2. Estado de la erradicación del <i>Aedes aegypti</i> en las Américas	483
3. Estado de la erradicación de la viruela en las Américas	491
4. Discusiones Técnicas sobre el tema "La prevención de los accidentes de la infancia":	
A. Reglamento relativo a las Discusiones Técnicas	496
B. Exposición preliminar (Dr. James L. Goddard)	498
C. Declaración del Ponente, Dr. James L. Goddard	514
D. Observaciones de la Oficina Internacional del Trabajo	518
E. Informe del Relator (Dr. Héctor Abad Gómez)	521

5. Registro de medicamentos y problemas afines.....	524
Apéndice 1. Carta del Cuarto Congreso Panamericano de Farmacia y Bioquímica	526
6. Propaganda de productos medicinales	527
7. Estudio del problema de la diabetes en América	528
8. Congresos Interamericanos de Higiene	529
9. Programa de becas	530
10. Proyecto de nuevas condiciones de empleo	546
11. Edificios e instalaciones de la Sede y las Oficinas de Zona de la Oficina Sanitaria Paname- ricana	553
12. Informe de la Comisión designada por la Conferencia para estudiar el Artículo 53 del Re- glamento Interno	554
13. Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (Nota de la Presidencia)	556
Índice	561

ORGANIZACION DE LA CONFERENCIA

CONVOCATORIA DE LA CONFERENCIA

Washington, D. C.
21 de febrero de 1958

Señor Ministro:

De conformidad con el párrafo A del Artículo 7 de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana y con la Resolución XXXVIII aprobada por la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana (octubre de 1954), tengo el honor de convocar la XV Conferencia Sanitaria Panamericana (X Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud) que se celebrará en San Juan, Puerto Rico, del 21 de septiembre al 6 de octubre de 1958, fecha fijada de común acuerdo con el Gobierno huésped de la Conferencia.

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

Remito a usted, para facilitar su consulta, las disposiciones procedentes relativas a la Conferencia Sanitaria Panamericana y me permito llamar su atención al párrafo B del Artículo 5 de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, relativo a la composición de las delegaciones a la Conferencia. Dada la gran importancia que para la salud pública de las Américas tiene la reunión del organismo supremo de la Organización, la presencia personal de la más alta representación de los departamentos de salubridad de los países, al frente de sus delegaciones respectivas, contribuiría a la más eficaz realización de sus objetivos.

Por estas consideraciones me permito rogarle que asista a la reunión para que aporte su valiosa y directa intervención en sus deliberaciones. Oportunamente le remitiré el anteproyecto de programa de temas correspondiente.

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

FRED L. SOPER
Director

COMISION ORGANIZADORA

El Secretario de Estado de los Estados Unidos de América designó una Comisión para colaborar con la Oficina Sanitaria Panamericana en la organización de la Conferencia. Dicha Comisión quedó constituida en la siguiente forma:

Presidente:

Honorable FRANCIS O. WILCOX, Secretario Adjunto de Estado de los Estados Unidos para Asuntos de las Organizaciones Internacionales

Presidente Ejecutivo:

Dr. GUILLERMO ARBONA, Secretario de Salud, Estado Libre Asociado de Puerto Rico

Secretario:

Honorable ARTURO MORALES CARRIÓN, Subsecretario de Estado, Estado Libre Asociado de Puerto Rico

Vocales:

Sr. HAROLD G. KISSICK, Director, Oficina de Conferencias Internacionales, Secretaría de Estado de los Estados Unidos

Sr. WILLIAM L. KRIEG, Director Suplente, Oficina de Asuntos Políticos Regionales Interamericanos, Secretaría de Estado de los Estados Unidos

Dr. ARTHUR S. OSBORNE, Servicio de Salud Pública, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos

Sr. ADOLFO PORRATA DORIA, Secretaría de Estado, Estado Libre Asociado de Puerto Rico

En San Juan se estableció una Comisión Organizadora del Gobierno de Puerto Rico, formada por las siguientes personas:

Dr. GUILLERMO ARBONA (Presidente), Secretario de Salud

Dr. ARTURO MORALES CARRIÓN, Subsecretario de Estado

Dr. MANUEL A. TORRES AGUIAR, Subsecretario de Salud

Sr. ADOLFO PORRATA DORIA, Coordinador de Programas, Departamento de Estado

Sr. RAFAEL SANCHO-BONET, Director de Ceremonial y Actividades, Departamento de Estado

Sra. AIDA G. DE PAGÁN, Directora de Bienestar Público, Departamento de Salud

Sr. LUIS D. PALACIOS, Director Administrativo, Departamento de Salud

Srta. PAQUITA VIVÓ (Secretaria), Departamento de Estado

Esta Comisión, en estrecha colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana, tuvo a su cargo la organización práctica de la Conferencia, la instalación de la Secretaría de la misma, así como la preparación y coordinación del programa de visitas y de actividades sociales y culturales de los señores delegados.

DELEGACIONES Y OTROS PARTICIPANTES

Gobiernos

ARGENTINA

Delegados:

Dr. HÉCTOR VIRGILIO NOBLÍA, Ministro de Asistencia Social y Salud Pública (*Jefe de la Delegación*)

Dr. MARIO ANGEL ALLARIA, Asesor Técnico, Dirección de Relaciones Internacionales Sanitarias y Sociales, Ministerio de Asistencia y Salud Pública

Dr. JULIO HORACIO OUSSET, Director de Lucha contra el Paludismo y la Fiebre Amarilla

BRASIL

Delegados:

Dr. MAURICIO CAMPOS DE MEDEIROS, Profesor de la Escuela de Medicina, Ministerio de Educación (*Jefe de la Delegación*)

Dr. LUIS FERREIRA TAVARES LESSA, Director de la División de Profilaxia del Departamento Nacional de Endemias Rurales, Ministerio de Salud

Dr. BICHAT RODRIGUES, Asesor, Gabinete del Ministro de Salud

COLOMBIA

Delegados:

Dr. ALEJANDRO JIMÉNEZ ARANGO, Ministro de Salud Pública (*Jefe de la Delegación*)

Dr. LUIS PATIÑO CAMARGO, Director Nacional de Salubridad

Asesores:

Dr. HUMBERTO CÓRDOBA WIESNER, Subdirector Nacional de Salubridad

Dr. HÉCTOR ABAD GÓMEZ, Secretario de Salud Pública del Departamento de Antioquia

COSTA RICA

Delegado:

Dr. OSCAR VARGAS MÉNDEZ, Director General de Salubridad

CUBA

Delegados:

Dr. FÉLIX HURTADO, Embajador Encargado de Asuntos Sanitarios Internacionales (*Jefe de la Delegación*)

Dr. ENRIQUE SALADRIGAS, Director General de Salubridad

Dr. JOSÉ F. PIMENTEL, Jefe de Cancillería del Ministerio de Estado

CHILE

Delegados:

Dr. JORGE TORREBLANCA, Ministro de Salud Pública y Previsión Social (*Jefe de la Delegación*)

Dr. ABRAHAM HORWITZ, Subdirector Normativo del Servicio Nacional de Salud

Sr. LUCIO PARADA, Jefe de la Sección OEA del Ministerio de Relaciones Exteriores

ECUADOR

Delegado:

Dr. DIEGO ANGEL RAMÍREZ, Director General de Sanidad

EL SALVADOR

Delegados:

Dr. ALBERTO AGUILAR RIVAS, Director General de Sanidad (*Jefe de la Delegación*)

Dr. TOMÁS PINEDA MARTÍNEZ, Director Regional de Salud Pública, Dirección General de Sanidad

ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Delegados:

Dr. LEROY E. BURNEY, Cirujano General, Servicio de Salud Pública, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar (*Jefe de la Delegación*)

Dr. GUILLERMO ARBONA, Secretario de Salud, Estado Libre Asociado de Puerto Rico

Dr. H. VAN ZILE HYDE, Ayudante del Cirujano General en Salubridad Internacional, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar

Asesores:

Dr. ROBERTO FRANCISCO AZIZE, Director del Departamento de Cardiología, San Juan Diagnostic Clinic, San Juan, Puerto Rico

Dr. JOHN B. GRANT, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico

Dr. LUIS GUZMÁN, Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico

Dr. HAROLD HINMAN, Decano de la Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico

Dr. ERIC L. O'NEAL, Comisario de Salubridad de las Islas Vírgenes

Sr. CHARLES G. SOMMER, Oficina de Administración Internacional, Secretaría de Estado

Dr. CHARLES L. WILLIAMS, JR., Jefe Adjunto de la División de Salud Pública, Administración de Cooperación Internacional

Sr. SIMON N. WILSON, Oficina de Asuntos Políticos Regionales Interamericanos, Secretaría de Estado

Secretario de la Delegación:

Sr. J. HARLAN SOUTHERLAND, Oficina de Conferencias Internacionales, Secretaría de Estado

FRANCIA

Delegados:

Dr. PAUL V. OLLÉ, Inspector de División de la Región Sanitaria de las Antillas y Guayana Francesas (*Jefe de la Delegación*)

Sr. ROGER J. DALICHAMP, Cónsul de Francia, San Juan, Puerto Rico

GUATEMALA

Delegados:

Dr. MARIANO LÓPEZ HERRARTE, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social (*Jefe de la Delegación*)

Dr. CARLOS PADILLA Y PADILLA, Director General de Sanidad Pública

Ing. HUMBERTO OLIVERO, Asesor *ad honorem* del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Asesores:

Dr. CHARLES L. VON POHLE, Director del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública

Dr. HARLAND GIBSON, Consultor de la ICA en Administración de Hospitales

HAITI

Delegados:

Dr. GEORGES NICOLAS, Subdirector General de Sanidad, Programa de Sanidad Rural, Servicio de Salud Pública (*Jefe de la Delegación*)

Teniente Coronel Dr. PIERRE PROSPER, Director del Hospital Militar de Puerto Príncipe

Capitán MARTIAL DAY, Jefe del Departamento de Farmacia del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas y Profesor de Farmacología de la Escuela de Medicina de Haití

HONDURAS

Delegados:

Dr. CARLOS A. JAVIER, Subsecretario del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (*Jefe de la Delegación*)

Dr. JOSÉ RODRIGO BARAHONA CARRASCO, Director General de Salud Pública

Dr. JORGE E. ZEPEDA, Director del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria

MEXICO

Delegados:

Dr. MANUEL E. PESQUEIRA, Subsecretario de Salubridad y Asistencia (*Jefe de la Delegación*)

Dr. CARLOS DÍAZ COLLER, Director de Estudios Experimentales en Salubridad Pública, Secretaría de Salubridad y Asistencia

NICARAGUA

Delegados:

Dr. DOROTEO CASTILLO RODRÍGUEZ, Ministro de Salubridad Pública (*Jefe de la Delegación*)

Dr. MANUEL A. SÁNCHEZ VIGIL, Director del Instituto Nacional de Higiene y Asesor Técnico del Ministerio de Salubridad Pública

Asesor:

Dr. PAUL CAJINA SÁNCHEZ, Jefe de la VI División del Ministerio de Salubridad Pública

PANAMA

Delegados:

Sr. HERACLIO BARLETTA, Ministro de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública (*Jefe de la Delegación*)

Dr. ALBERTO BISSOT, JR., Director General del Departamento de Salud Pública, Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública

PARAGUAY

Delegado:

Dr. CARLOS RAÚL PEÑA, Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

Asesor:

Dr. RUBÉN HORACIO MALLORQUÍN, Director del Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

PERU

Delegados:

Dr. JULIO MUÑOZ PUGLISEVICH, Director General de Salud (*Jefe de la Delegación*)

Dr. BOLÍVAR PATIÑO ARCA, Cónsul del Perú, San Juan, Puerto Rico

REINO DE LOS PAISES BAJOS

Delegados:

Dr. NICOLAAS H. SWELLENGREBEL, Director del Departamento de Parasitología, Real Instituto de las Regiones Tropicales, Amsterdam (*Jefe de la Delegación*)

Dr. EDWIN VAN DER KUYP, Director de la Oficina de Salud Pública (*Surinam*)

Dr. ROBERT LINSCHOTEN, Oficial Médico, Inspección de Salud Pública (*Antillas Neerlandesas*)

REINO UNIDO

Delegados:

Dr. HORACE P. S. GILLETTE, Asesor Médico del Gobierno de la Federación de las Indias Occidentales Británicas (*Jefe de la Delegación*)

Dr. ALFRED A. PEAT, Oficial Jefe de los Servicios Médicos, Jamaica

Suplentes:

Dr. LEONARD A. P. SLINGER, Director de los Servicios Médicos, Guayana Británica

Dr. ERNST K. W. KREDEL, Director Interino de los Servicios Médicos, Belice

Dr. FRANK R. S. KELLETT, Malariólogo del Gobierno, Departamento de Sanidad, Trinidad

URUGUAY

Delegado:

Dr. ALBERTO BERTOLINI, Director Interino de la División de Higiene, Ministerio de Salud Pública

VENEZUELA

Delegados:

Dr. ALFREDO ARREAZA GUZMÁN, Director de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (*Jefe de la Delegación*)

Dr. ALEJANDRO PRÍNCIPE, Jefe del Departamento de Epidemiología y Estadística, Instituto Nacional de Tuberculosis

Asesores:

Dr. ARTURO LUIS BERTI, Jefe de la División de Malariología, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social

Dr. HERNÁN MÉNDEZ CASTELLANO, Secretario General del Consejo Venezolano del Niño

Dr. PEDRO GUEDEZ LIMA, Supervisor de Zona en el Departamento de Servicios Locales, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social

Dr. DANIEL ORELLANA, Asesor en Sanidad Internacional, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social

CANADA

Observador oficial:

Dr. BASIL D. B. LAYTON, Oficial Médico Principal, Sección de Sanidad Internacional, Departamento de Sanidad Nacional y Bienestar

Organización Mundial de la Salud

Dr. M. G. CANDAU, Director General

Sr. MILTON P. SIEGEL, Subdirector General

Oficina Sanitaria Panamericana

Dr. FRED L. SOPER, Director, Secretario *ex officio* de la Conferencia

Dr. CARLOS L. GONZÁLEZ, Subdirector

Dr. MYRON E. WEGMAN, Secretario General

Dr. GUSTAVO MOLINA, Jefe, División de Salud Pública

Sr. DONALD F. SIMPSON, Jefe, División de Administración

Dr. NEVIN S. SCRIMSHAW, Asesor Regional en Nutrición y Director del INCAP

Sr. CLARENCE H. MOORE, Jefe, Servicio de Finanzas y Presupuestos

Dr. JAMES LEE GODDARD, Consultor

Sr. GUILLERMO A. SURO, Jefe, Servicios de Secretaría de la Conferencia

Observadores

ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS

Dr. WILLIAM SANDERS, Secretario General Adjunto

Sr. PAUL R. KELBAUGH, Jefe Interino de la División de Documentos Oficiales, Unión Panamericana

NACIONES UNIDAS Y ORGANISMOS INTERGUBERNAMENTALES

Naciones Unidas y Junta de Asistencia Técnica

Sr. LUIS PÉREZ ARTETA, Representante Residente de la Junta de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas en Colombia

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Sr. ROBERT L. DAVÉE, Director, Oficina Regional para las Américas

Sr. ALBERT JOHN REYNOLDS, Director de la Oficina de Area, México, D.F.

Comité Internacional de Medicina y Farmacia Militares

Teniente Coronel Dr. PIERRE PROSPER, Director del Hospital Militar de Puerto Príncipe, Haití (*también miembro de la Delegación de Haití*)

Capitán MARTIAL DAY, Jefe del Departamento de Farmacia del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas y Profesor de Farmacología de la Escuela de Medicina de Haití (*también miembro de la Delegación de Haití*)

Instituto Interamericano del Niño

Dr. FÉLIX HURTADO, Presidente del Consejo Directivo (*también Jefe de la Delegación de Cuba*)

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

Asociación Internacional de Mujeres Médicos

Dra. CARMEN TROCHE DE MEJÍA

Asociación Internacional para la Prevención de la Ceguera

Dr. ANTONIO NAVAS

Asociación Médica Mundial

Dr. EUGENIO FERNÁNDEZ CERRA, Presidente electo de la Asociación Médica de Puerto Rico

Confederación Médica Panamericana

Dr. PEDRO NOGUEIRA RIVERO, Director de la Unidad Sanitaria de Marianao, Cuba

Conferencia Internacional de Servicios Sociales

Dra. MARÍA ELISA DÍAZ DE MIRANDA, Profesora Asociada de la Escuela de Trabajo Social, Universidad de Puerto Rico

Consejo Internacional de Enfermeras

Sra. AIDA N. LIZARDI, Enfermera Consultora, Oficina Regional de Coordinación e Investigación, Departamento de Salud de Puerto Rico

Federación Internacional de Odontología

Dr. A. RAYMOND BARALT, JR., Decano de la Escuela de Odontología, Universidad de Puerto Rico

Federación Mundial de Asociaciones Pro Naciones Unidas

Sra. JULIA B. DE PIZA, Presidenta de la Sección de Puerto Rico

Federación Mundial para la Salud Mental

Dr. MOTTRAM P. TORRE, Subdirector

Liga de Sociedades de la Cruz Roja

Dr. PAUL W. YOST, Subdirector, Programa de Bancos de Sangre, Cruz Roja Americana

Sociedad Internacional para el Bienestar de los Lisiados

Dr. HERMAN JACOB FLAX, Jefe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Administración de Veteranos, San Juan, Puerto Rico

Dr. BENIGNO FERNÁNDEZ, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital San Patricio, San Juan, Puerto Rico

Unión Internacional para la Educación Sanitaria Popular

Sr. HOWARD W. ENNES, JR., Vicepresidente para América del Norte

Srta. ANGELES CEBOLLERO, Profesora Asociada de Educación Sanitaria, Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico

Sra. CARMEN ACEVEDO DE TORRES, Profesora Auxiliar de Educación Sanitaria, Colegio de Educación de la Universidad de Puerto Rico

**REGLAMENTO INTERNO
DE LA
CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA
COMITE REGIONAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**

PARTE I

Miembros

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

Art. 2. Los delegados de los gobiernos que no tengan su sede en el Hemisferio Occidental, pero que: (a) por razón de su Constitución consideran determinados territorios o grupos de territorios en el Hemisferio Occidental como parte de su territorio nacional; o (b) son responsables de la dirección de las relaciones internacionales de territorios o grupos de territorios en el Hemisferio Occidental, participarán en las reuniones de la Conferencia, en la forma establecida por el presente Reglamento.

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

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

PARTE II

Funcionarios

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

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

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

Art. 8. El Presidente o un Vicepresidente en funciones de Presidente no votará pero podrá nombrar a otro miembro de su delegación para que actúe como Delegado de su Gobierno en las sesiones plenarias, a excepción del caso en que sea el único delegado de su país, circunstancia en que podrá votar.

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

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

Secretaría

Art. 11. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana será Secretario *ex officio* de la Conferencia y de las Comisiones, subcomités y grupos de trabajo que la misma establezca. El Director podrá delegar estas funciones.

PARTE III

Reuniones y Agenda

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 24. La agenda comprenderá:

- (a) cualquier tema propuesto por la Conferencia en su reunión anterior;
- (b) cualquier tema propuesto por el Consejo Directivo en sus reuniones anteriores;
- (c) cualquier tema propuesto por los Miembros, Territorios y Organizaciones con derecho a proponer temas, a más tardar 21 días antes de la reunión. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana podrá hacer caso omiso de este plazo por razones especiales que lo justifiquen;
- (d) cualquier tema propuesto por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

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

Art. 26. La agenda y todos los documentos relativos a la misma serán remitidos a los Miembros, Territorios y Organizaciones con derecho de representación, por lo menos 30 días antes de la reunión. Copias de dichos documentos serán enviadas a las autoridades nacionales de sanidad.

Art. 27. Para la adecuada discusión de los puntos de la agenda, el Director de la Oficina Sani-

taria Panamericana formulará un programa para las sesiones.

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

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

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

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

PARTE IV

Comisiones

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

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

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

Art. 35. La Comisión General deberá:

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

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

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

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

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

Art. 40. Los informes de todas las comisiones serán sometidos a la Comisión General para su coordinación y corrección de estilo, antes de presentarlos a una sesión plenaria para consideración definitiva. Después de ser examinados por la Comisión General, dichos informes, incluso los proyectos de resoluciones, serán distribuidos de ser posible 24 horas antes de celebrarse la sesión plenaria en que vayan a ser considerados.

PARTE V

Debates

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 52. Sólo se concederá el derecho de hacer uso de la palabra a los delegados de Miembros y Territorios, a observadores de Organizaciones con derecho a participación, y al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Sin embargo, el Presidente podrá conceder el derecho de hacer uso de la palabra a los suplentes, asesores de delegados, o a los funcionarios de la Oficina Sanitaria Panamericana, para que faciliten información sobre el tema bajo discusión.

PARTE VI

Elección del Director

Art. 53. De acuerdo con el Artículo 4-E de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, la Conferencia elegirá al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por dos tercios de los

votos de los Miembros presentes y votantes. En su calidad de Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, y de conformidad con los Artículos 49 y 52 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la Conferencia someterá al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud el nombre de la persona así elegida para su nombramiento como Director Regional.

PARTE VII

Informe Final y Actas

Art. 54. El Informe Final incluirá todas las resoluciones adoptadas por la Conferencia.

Art. 55. El Presidente y el Secretario *ex officio* firmarán el Informe Final.

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

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

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

PARTE VIII

Idiomas oficiales

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

PARTE IX

Enmiendas del Reglamento Interno

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

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

PROGRAMA DE TEMAS

1. Inauguración de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana
2. Elección de la Comisión de Credenciales
3. Adopción del Reglamento de la Conferencia Sanitaria Panamericana
4. Establecimiento, mediante sorteo, de la precedencia de las delegaciones
5. Elección de Presidente y dos Vicepresidentes
6. Constitución de las comisiones principales
7. Adopción del programa de temas
8. Adopción del programa de sesiones
9. Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo
10. Informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
- 11-A. Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para el año 1959
- B. Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1960
- C. Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1960
12. Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1957
13. Informe sobre la recaudación de cuotas
14. Fondo Rotatorio de Emergencia
15. Reglamento de las Discusiones Técnicas de la Conferencia Sanitaria Panamericana y el Consejo Directivo
16. Enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
17. Proyecto de nuevas condiciones de empleo
18. Programa de becas
19. Discusiones Técnicas sobre "La prevención de los accidentes de la infancia"
20. Informes de los Estados Miembros sobre sus condiciones y progresos sanitarios alcanzados en el período transcurrido entre la XIV y XV Conferencias Sanitarias Panamericanas
21. Estado de la erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas
22. Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas
23. Estado de la erradicación de la viruela en las Américas
24. Informe sobre la organización y labores del INCAP
25. Nombre de la Organización y títulos de sus altos funcionarios
26. Modificaciones a los Artículos 12-C y 15 de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana
27. Congresos Interamericanos de Higiene
28. Selección del tema para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XI Reunión del Consejo Directivo
29. 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
30. Elección de tres Países Miembros para llenar las vacantes en el Comité Ejecutivo por haber terminado sus mandatos Bolivia, Cuba y Nicaragua
31. Normas mínimas de saneamiento para hoteles, restaurantes, medios de transporte y centros turísticos
32. Lugar y fecha de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana

33. Edificios e instalaciones para la sede y las Oficinas de Zona de la Oficina Sanitaria Panamericana
34. Registro de medicamentos y problemas afines
35. Resoluciones de la 11a Asamblea Mundial de la Salud y de las 21a y 22a Reuniones del Consejo Ejecutivo de la OMS, de interés para el Comité Regional
36. Propaganda de productos medicinales
37. Proyecto de procedimiento para la postulación y elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
38. Estudio del problema de la diabetes en América

VISITAS DE OBSERVACION Y ACTIVIDADES SOCIALES

Durante la Conferencia tuvieron lugar las siguientes visitas de observación, recepciones y actos sociales en honor de los señores delegados, organizados por los organismos oficiales y las entidades científicas y voluntarias de Puerto Rico:

Recepción ofrecida por la Delegación de los Estados Unidos y la Comisión Organizadora de la Conferencia, en las terrazas del Hotel San Juan Intercontinental, el día 21 de septiembre a las 22 horas.

Recepción ofrecida por el Honorable Gobernador del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y la Señora de Muñoz Marín en el palacio "La Fortaleza", el día 23 de septiembre a las 18 horas.

Comida en el Hotel Condado, ofrecida por el Departamento de Salud de Puerto Rico, el día 25 de septiembre a las 19 horas.

Comida en el Restaurant "Bird's", ofrecida por la Asociación Médica de Puerto Rico, a las 19 h. 30 m. del día 26 de septiembre.

Reunión de la Asociación de Salud Pública de Puerto Rico, en "Treasure Island", Cidra, el día 27 de septiembre. Se discutió el tema "La Geriátrica en sus distintos aspectos". Después tuvo lugar un almuerzo ofrecido por dicha Asociación.

Pasadía en la Playa de Vega Baja, ofrecido por la Administradora de la Capital, Honorable Felisa Rincón de Gautier, el día 28 de septiembre.

Almuerzo de la Directiva del Club Cívico de Damas de Puerto Rico en honor de las señoras esposas e hijas de los delegados, a las 12 h. 30 m. del día 29 de septiembre.

Cocktail ofrecido por las Delegaciones en honor de la Delegación de los Estados Unidos y de la Comisión Organizadora, del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, en el Hotel San Juan Intercontinental, a las 18 h. 30 m. del día 30 de septiembre.

Cocktail ofrecido por el Rector de la Universidad de Puerto Rico y la señora de Benítez, en su residencia, el día 1° de octubre a las 18 horas.

Cocktail ofrecido en los salones del Casino, el día 2 de octubre a las 18 horas, por las siguientes organizaciones voluntarias de Puerto Rico: Cámara Junior de Comercio, Sociedad de Niños y Adultos Lisiados, Sociedad pro Bienestar de los Niños con Parálisis Cerebral, Instituto de Relaciones de Familia, Asociación Puertorriqueña pro Bienestar de la Familia, Cruz Roja Americana (Capítulo de Puerto Rico), Sociedad para evitar la Tuberculosis en los Niños, Asociación Puertorriqueña para combatir las Enfermedades del Corazón, Fundación para combatir la Parálisis Infantil (Capítulo de Puerto Rico), Asociación General Antituberculosa, Cruz Azul, Sociedad Nacional de Niños y Adultos Lisiados, Liga Puertorriqueña contra el Cáncer, Colegio de Trabajadores Sociales, Asociación de Enfermeras Graduadas, Asociación de Enfermeras Prácticas, Asociación de Educadores en Salud, Colegio de Farmacéuticos, Asociación de Oficiales de Saneamiento y Asociación de Maestros.

Visita de observación a algunas de las dependencias del Departamento de Salud de Puerto Rico en las poblaciones de Bayamón, Comerío y Cayey, seguida de un almuerzo en el Hotel Barranquitas, ofrecido por el Secretario de Salud, el día 3 de octubre.

Visita de observación a varias instalaciones de la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados de Puerto Rico, seguida de un almuerzo ofrecido por dicha Autoridad en la Playa de Luquillo, el día 4 de octubre.

Almuerzo ofrecido en su residencia por la señora Edelmira de Vizcarra, en honor de las señoras esposas e hijas de los delegados, a las 12 h. 30 m. del día 4 de octubre.

Almuerzo ofrecido por el Club Alianza Interamericana, en el Hotel El Rancho, a las 12 h. 30 m. del día 5 de octubre.

Para acompañar y atender a las señoras esposas e hijas de los delegados se organizó una Comisión de Damas, integrada como sigue: Sra. María Mercedes Caro y Sra. Irma de Freiría (en representación del Club Cívico de Damas), Sra. Josefina Batlle (del Club Alianza Interamericana), Sra. María Teresa Picó (de la Unión de Mujeres Americanas), y Sra. Delia Q. de Arnaldo Meyners (del Club de Mujeres Profesionales y de Negocios de Puerto Rico)

CUADRO DIARIO DE SESIONES

1953 Septiembre	Plenarias	Comisión de Cre- dencia- les	Comisión General	Comisión I	Comisión II	Discu- siones Técnicas	Comisión Estudio Art. 53 Regto. Interno	Total Sesiones	
Domingo 21	p.m.	Inaugural						1	
Lunes 22	a.m.	Primera	Primera	Primera			Primera	4	
	p.m.	Segunda						1	
Martes 23	a.m.	Tercera	Segunda	Segunda			Segunda	4	
	p.m.				Primera	Primera		2	
Miércoles 24	a.m.	Cuarta	Tercera	Tercera			Tercera	4	
	p.m.				Segunda	Segunda	Cuarta	3	
Jueves 25	a.m.	Quinta		Cuarta			Quinta	3	
	p.m.				Tercera	Tercera		2	
Viernes 26	a.m.	Sexta		Quinta				2	
	p.m.	Séptima						1	
Lunes 29	a.m.	Octava		Sexta				2	
	p.m.				Cuarta Quinta	Cuarta Quinta		4	
Martes 30	a.m.			Séptima			Primera	2	
	p.m.				Sexta	Sexta	Segunda	3	
<i>Octubre</i>									
Miércoles 1	a.m.	Novena		Octava				2	
	p.m.	Décima Undécima						2	
Jueves 2	a.m.	Duodécima		Novena				2	
	p.m.	Décimoter- cera Décimo- cuarta						2	
Viernes 3	a.m.	Décimoquinta						1	
Total		16	3	9	6	6	2	5	47

PARTE I
INFORME FINAL

INFORME FINAL

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana se celebró en San Juan, Puerto Rico, de acuerdo con la Resolución XXXVIII, adoptada en la XIV Conferencia, que aceptó la invitación formulada por el Gobierno de los Estados Unidos, a solicitud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

En cumplimiento del Artículo 7 de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, el Director de la Oficina remitió las oportunas convocatorias a los Gobiernos Miembros para hacerse representar en la Conferencia, que tuvo lugar los días 21 de septiembre a 3 de octubre de 1958.

SESION PRELIMINAR

El día 21 de septiembre se celebró la sesión preliminar, en la que los señores jefes de delegación cambiaron impresiones sobre cuestiones generales y de protocolo, y establecieron, mediante sorteo, el siguiente orden de precedencia: Brasil, Nicaragua, México, Venezuela, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Perú, Paraguay, Uruguay, Reino Unido, Cuba, Reino de los Países Bajos, Haití, Estados Unidos de América, Chile, República Dominicana, Guatemala, Bolivia, Panamá, Francia, Honduras, El Salvador y Argentina.

SESION INAUGURAL

La sesión inaugural se efectuó en el Salón "Isla Verde" del Hotel San Juan Intercontinental, el 21 de septiembre a las 20 horas.

El Honorable Gobernador del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, don Luis Muñoz Marín, pronunció el discurso de apertura de la Conferencia. A continuación hicieron uso de la palabra el Cirujano General de los Estados Unidos, Dr. Leroy E. Burney, el Dr. Guillermo Arbona, Secretario de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y Presidente Ejecutivo de la Comisión designada por el Gobierno de los Estados Unidos para colaborar con la Oficina Sanitaria Panamericana en la organización de la Conferencia, y el Dr. Fred L. Soper, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Finalmente, el señor Director General de Sanidad y Jefe de la Delegación del Ecuador, Dr. Diego Angel Ramírez, 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 septiembre, se adoptó para esta Conferencia el proyecto de Reglamento Interno que había propuesto el Comité Ejecutivo en su 35a Reunión (Documento CSP15/23), con excepción del Artículo 53, para cuyo estudio se nombró una Comisión. Esta Comisión informó del resultado de sus deliberaciones en la sexta sesión plenaria, aprobándose a su propuesta el Artículo 53 con la misma redacción que tenía en el Reglamento de la Conferencia anterior. En la novena sesión plenaria se acordó modificar los Artículos 54, 55, 56 y 58, en el sentido de suprimir el Acta Final de la Conferencia y sustituirla por un Informe Final firmado solamente por el Presidente y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana como Secretario *ex officio*.¹

¹El Reglamento aparece en la pág. 10.

MESA DIRECTIVA DE LA CONFERENCIA

<i>Presidente:</i>	Dr. Guillermo Arbona	Estados Unidos
<i>Vicepresidentes:</i>	Dr. Alejandro Jiménez Arango	Colombia
	Dr. Héctor Virgilio Noblía	Argentina
<i>Secretario ex officio:</i>	Dr. Fred L. Soper	Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

MESA DIRECTIVA DE LAS COMISIONES

Comisión de Credenciales

<i>Presidente y Relator:</i>	Dr. Carlos A. Javier	Honduras
<i>Miembros:</i>	Dr. Doroteo Castillo Rodríguez	Nicaragua
	Dr. Carlos Díaz Coller	México

Comisión General

<i>Presidente:</i>	Dr. Guillermo Arbona	Estados Unidos
<i>Vicepresidentes:</i>	Dr. Alejandro Jiménez Arango	Colombia
	Dr. Héctor Virgilio Noblía	Argentina
<i>Miembros:</i>	Dr. Horace P. S. Gillette	Reino Unido
	Dr. Carlos Díaz Coller	México
	Dr. A. Arreaza Guzmán	Venezuela
	Dr. Alberto Bissot, Jr.	Panamá
<i>Miembro y Secretario ex officio:</i>	Dr. Fred L. Soper	Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

Comisión I (Asuntos Técnicos)

<i>Presidente:</i>	Dr. Horace P. S. Gillette	Reino Unido
<i>Vicepresidente:</i>	Dr. Daniel Orellana	Venezuela
<i>Relator:</i>	Ing. Humberto Olivero	Guatemala
<i>Secretarios:</i>	Dr. Carlos L. González	Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana
	Dr. Myron E. Wegman	Secretario General de la Oficina Sanitaria Panamericana

Comisión II (Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos)

<i>Presidente:</i>	Dr. Carlos Díaz Coller	México
<i>Vicepresidente:</i>	Dr. Bichat Rodrigues	Brasil
<i>Relator:</i>	Dr. Alberto Bissot, Jr.	Panamá
<i>Secretario:</i>	Sr. Donald F. Simpson	Jefe de la División de Administración de la Oficina Sanitaria Panamericana

Comisión designada para estudiar el Artículo 53 del Reglamento Interno

<i>Presidente y Relator:</i>	Dr. Mario Allaria	Argentina
<i>Miembros:</i>	Dr. Bichat Rodrigues	Brasil
	Dr. Alejandro Príncipe	Venezuela
	Dr. Félix Hurtado	Cuba
	Sr. Simon N. Wilson	Estados Unidos
	Dr. Jorge Torreblanca	Chile
	Sr. Lucio Parada	

Discusiones Técnicas sobre "La prevención de los accidentes de la infancia"

<i>Director de debates:</i>	Dr. Félix Hurtado	Cuba
<i>Relator:</i>	Dr. Héctor Abad Gómez	Colombia
<i>Ponente:</i>	Dr. James L. Goddard	Jefe del Programa de Prevención de Accidentes del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos
<i>Secretario Técnico:</i>	Dr. Gustavo Molina	Jefe de la División de Salud Pública de la Oficina Sanitaria Panamericana

PROGRAMA DE TEMAS

En la segunda sesión plenaria se aprobó el programa de temas preparado por el Director y aprobado a su vez por el Comité Ejecutivo en su 35a Reunión. A propuesta del Gobierno de Costa Rica se añadió un tema con el número 37 sobre "Proyecto de procedimiento para la postulación y elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana", y a propuesta del Gobierno del Uruguay se agregó otro, con el número 38, titulado "Estudio del problema de la diabetes en América".¹

SESIONES DE LA CONFERENCIA

La Conferencia celebró una sesión inaugural, quince sesiones plenarias, tres sesiones de la Comisión de Credenciales, nueve sesiones de la Comisión General, seis sesiones de la Comisión I y seis sesiones de la Comisión II. La clausura tuvo lugar el día 3 de octubre de 1958.

RESOLUCIONES APROBADAS

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

¹El programa de temas figura en la pág. 15.

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

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Informe Anual del Comité Ejecutivo,¹ presentado por el Ing. Humberto Olivero, Delegado de Guatemala y Presidente de la 33a, 34a y 35a Reuniones de dicho Comité; y

Considerando lo dispuesto en el Artículo 8-C de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

Aprobar el Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo y felicitar a dicho Presidente, Ing. Humberto Olivero, y a los miembros del Comité por la labor cumplida.

(Aprobada en la segunda sesión plenaria, celebrada el 22 de septiembre de 1958)

Resolución II**Informe Cuadrienal e Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana**

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondiente a 1957 y su Informe Cuadrienal sobre las actividades de la Organización Sanitaria Panamericana en el período comprendido entre la XIV (1954) y la XV (1958) Conferencias Sanitarias Panamericanas (*Documento Oficial No. 25*),

RESUELVE:

Aprobar el Informe Anual para 1957 del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, y el Informe Cuadrienal (enero de 1954-diciembre de 1957) del Director a los Gobiernos Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana, felicitándole por la eficiente labor realizada durante los últimos cuatro años y por la forma de presentación de los informes, y haciendo extensiva esta felicitación al personal de la Oficina.

(Aprobada en la cuarta sesión plenaria, celebrada el 24 de septiembre de 1958)

Resolución III**Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1959**

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

RESUELVE:

1. Aprobar el Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1959, contenido en el Documento CSP15/9,² incluyendo los programas adicionales que figuran en la

¹Véase Parte IV, págs. 385-389.

²Documento mimeografiado.

Parte B del mencionado documento.

2. Asignar para el ejercicio financiero de 1959 la cantidad de \$3.600.000 en la forma siguiente:

Fines de la Asignación

Título I: Organización Sanitaria Panamericana	\$ 217.162
Título II: Oficina Sanitaria Panamericana—Sede	1.276.464
Título III: Oficina Sanitaria Panamericana—Programas de campo y otros	2.106.374
Total—Todos los Títulos	<u>\$3.600.000</u>

A deducir:

Ingresos diversos estimados	\$ 64.714
Cuotas asignadas a Francia, Reino de los Países Bajos y Reino Unido	35.286
Total	<u>100.000</u>
Total a cubrir con cuotas	<u><u>\$3.500.000</u></u>

3. Las cantidades que no excedan de las asignaciones incluidas en el párrafo 2 se aplicarán al pago de las obligaciones contraídas, de conformidad con el Reglamento Financiero de la Oficina, durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1959, inclusive.

4. Las asignaciones señaladas en el párrafo 2 anterior se cubrirán con las cuotas de los Gobiernos Miembros, de conformidad con el Artículo LX del Código Sanitario Panamericano; con las cuotas asignadas a Francia, Reino de los Países Bajos y Reino Unido, de acuerdo con las Resoluciones XV y XL adoptadas en la V Reunión del Consejo Directivo,¹ y con los ingresos diversos propios de la Oficina Sanitaria Panamericana.

5. El Director está autorizado para transferir créditos entre los títulos del presupuesto, siempre que las transferencias de créditos que se efectúen entre dichos títulos no excedan del 10% del título del cual el crédito es transferido. Las transferencias de créditos entre estos títulos del presupuesto que excedan del 10% pueden efectuarse con la aprobación del Comité Ejecutivo. Todas las transferencias de créditos del presupuesto serán notificadas al Consejo Directivo.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 29 de septiembre de 1958)

Resolución IV

Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1960

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el *Documento Oficial No. 24*, 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 1960; 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 para que lo tome en consideración al preparar el proyecto de presupuesto de la OMS para 1960,

RESUELVE:

1. Aprobar la transmisión del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Mundial

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

de la Salud para la Región de las Américas, correspondiente a 1960, y solicitar al 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 1960.

2. Recomendar que en los programas futuros se preste especial atención a las actividades de administración de salud pública, saneamiento ambiental, preparación de personal, higiene maternoinfantil y tuberculosis.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 29 de septiembre de 1958)

Resolución V

Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1960

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el *Documento Oficial No. 24*, presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, que contiene el anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana correspondiente a 1960; y

Teniendo en cuenta que dicho anteproyecto, una vez aprobado, servirá de base para la preparación del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana, correspondiente a 1960, que se someterá a la consideración de la 37a Reunión del Comité Ejecutivo y de la XI Reunión del Consejo Directivo, en 1959, para su aprobación definitiva,

RESUELVE:

1. Tomar nota del anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para el año 1960.

2. Recomendar que en la preparación de los programas y presupuestos futuros se conceda especial atención a las actividades de administración de salud pública, saneamiento ambiental, preparación de personal, higiene maternoinfantil y tuberculosis.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 29 de septiembre de 1958)

Resolución VI

Estado de la erradicación de la viruela en las Américas

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta que la viruela constituye todavía un importante problema sanitario en algunos países de las Américas;

Considerando que es preciso erradicar esta enfermedad de todos los países, lo que constituirá la mejor garantía para la seguridad de los habitantes del Continente; y

Teniendo en cuenta las resoluciones adoptadas sobre esta materia por los cuerpos directivos de la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud, de manera especial la Resolución WHA11.54¹ de la 11a Asamblea Mundial de la Salud,

RESUELVE:

1. Considerar la erradicación de la viruela como una necesidad de la salud pública que requiere urgente atención en todos los países de las Américas.

2. Encarecer a los Gobiernos de los países donde todavía existe viruela, que procedan a la realización de planes nacionales de erradicación de dicha enfermedad.

¹ *Actas Oficiales de la OMS 87, 41.*

3. Solicitar la cooperación de los Gobiernos Miembros para que faciliten vacuna antivariólica y asesoramiento técnico, con vistas al logro de la erradicación en escala continental.

4. Encarecer a la Oficina Sanitaria Panamericana que adopte todas las medidas necesarias para alcanzar dicho objetivo, entre ellas, la colaboración en la producción de vacuna, el asesoramiento en la organización de campañas en escala nacional y la celebración de reuniones interpaíses con el fin de coordinar las actividades en este campo.

5. Solicitar de la Oficina Sanitaria Panamericana que realice los estudios necesarios a fin de establecer una definición de la erradicación que pueda ser aplicada uniformemente en los diferentes países.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 29 de septiembre de 1958)

Resolución VII

Reglamento para las Discusiones Técnicas de la Conferencia Sanitaria Panamericana y el Consejo Directivo

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Proyecto de Reglamento para las Discusiones Técnicas de la Conferencia y el Consejo Directivo,

RESUELVE:

Aprobar el Reglamento para las Discusiones Técnicas durante las reuniones de la Conferencia Sanitaria Panamericana y el Consejo Directivo.¹

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 29 de septiembre de 1958)

Resolución VIII

Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1957

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes a 1957 (*Documento Oficial No. 26*); y

Teniendo en cuenta que el Comité Ejecutivo aprobó los referidos informes en su 34a Reunión, (*Resolución IV*),²

RESUELVE:

Aprobar el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes al ejercicio económico de 1957.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 29 de septiembre de 1958)

Resolución IX

Informe sobre la recaudación de cuotas

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta que el Auditor Externo, en su Informe correspondiente al ejercicio econó-

¹Véase Parte V, Anexo 4, págs. 496-498.

²Véase Parte IV, pág. 397.

mico de 1957 (*Documento Oficial No. 26*), señaló el peligro de que la Oficina Sanitaria Panamericana pueda llegar a encontrarse en graves dificultades financieras si su Fondo de Trabajo no se mantiene a un nivel conveniente; y

Considerando que la Resolución VI, adoptada por el Consejo Directivo en su X Reunión,¹ autorizó el establecimiento del Fondo de Trabajo al nivel del 60% del presupuesto aprobado para el ejercicio económico,

RESUELVE:

1. Tomar nota del Informe del Director sobre la recaudación de cuotas, contenido en el Documento CSP15/14.²
2. Expresar la preocupación de la Conferencia por la situación del Fondo de Trabajo que refleja el Informe del Auditor Externo correspondiente al ejercicio económico de 1957.
3. Señalar la conveniencia de que los pagos de cuotas se hagan lo más temprano posible dentro del año correspondiente.
4. Solicitar respetuosamente de los Gobiernos Miembros que, tomando en cuenta la necesidad de mantener el Fondo de Trabajo al nivel establecido por el Consejo Directivo en su X Reunión, y con el fin de que la labor de la Organización Sanitaria Panamericana no se vea entorpecida, procuren por todos los medios efectuar lo más pronto posible el pago de sus cuotas atrasadas.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 29 de septiembre de 1958)

Resolución X

Fondo Rotatorio de Emergencia

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre el Fondo Rotatorio de Emergencia (*Documento CSP15/11*),³ en el que se da cuenta de las actividades relacionadas con dicho Fondo,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe presentado por el Director sobre el Fondo Rotatorio de Emergencia.
2. Declarar su satisfacción por la forma en que los Gobiernos reponen las sumas adelantadas por el Fondo Rotatorio de Emergencia y por la eficacia con que la Oficina Sanitaria Panamericana interviene en los casos de urgencia en que se reclaman sus servicios.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 29 de septiembre de 1958)

Resolución XI

**Enmiendas al Reglamento del Personal de la
Oficina Sanitaria Panamericana**

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

De acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 12.2 del Estatuto del Personal,

¹*Documento Oficial de la OSPA 22, 19.*

²Documento mimeografiado.

³Documento mimeografiado.

RESUELVE:

Tomar nota de las enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, aprobadas por el Director y confirmadas por el Comité Ejecutivo en sus 34a y 35a Reuniones, que figuran en el Documento CE35/2, Anexo I.¹

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 29 de septiembre de 1958)

Resolución XII**Organización y labores del Instituto de
Nutrición de Centro América y Panamá**

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo tomado nota del informe presentado por el Director del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), sobre la organización y labores desarrolladas por dicha institución, que constituyen un destacado ejemplo del éxito de la coordinación entre los países para el estudio y solución de sus más importantes problemas de salud pública,

RESUELVE:

1. Felicitar al Director del INCAP por la eficaz labor llevada a cabo por el citado Instituto.
2. Considerar la nutrición como un problema fundamental de salud pública en los países de las Américas.
3. Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana la formulación de planes regionales de estudio sobre los problemas de nutrición, en países de condiciones similares, facilitando el asesoramiento técnico necesario.
4. Recomendar a los Gobiernos de los Países Miembros de la Organización que intensifiquen sus encuestas sobre el estado nutricional, el enriquecimiento de alimentos y el intercambio de productos básicos para la alimentación, en forma que permitan resolver las principales deficiencias nutricionales existentes en los países de las Américas.
5. Recomendar a los Gobiernos de los Países Miembros que en los planes de enseñanza de medicina y de estudios postgraduados en materia de salud pública, se considere a la nutrición como tema básico, concediéndole toda la importancia debida, teniendo en cuenta el elevado significado que tiene para el individuo y la sociedad.
6. Agradecer al UNICEF, a la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y a la CARE (Cooperative for American Remittances to Everywhere) la colaboración que prestan a los programas de suplementación alimenticia en los países, y expresar el deseo de que continúen otorgando esta valiosa ayuda.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 29 de septiembre de 1958)

Resolución XIII**El problema del bocio endémico en las Américas**

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que el bocio endémico constituye todavía un grave problema de salud pública que es preciso resolver en algunos países del Continente,

¹Documento mimeografiado.

RESUELVE:

1. Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que se fomente la realización de encuestas sobre la incidencia del bocio endémico en aquellos países de las Américas en que todavía no se hayan efectuado, y que se facilite la solución de este problema mediante la formulación de planes adecuados, la prestación de asesoramiento técnico y la promulgación de leyes especiales.

2. Recomendar a los Gobiernos de los Países Miembros de la Organización que no hubieran realizado campañas para la prevención del bocio endémico, que las efectúen en forma integral, dada la gravedad que esta enfermedad carencial representa para el individuo y la sociedad.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 29 de septiembre de 1958)

Resolución XIV**Estado de la erradicación de la malaria en las Américas**

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana referente al estado de la erradicación de la malaria en las Américas;¹

Teniendo en cuenta los considerables esfuerzos que, tanto en el orden técnico como en el económico, realizan los Países Miembros de la Organización para conseguir la erradicación de dicha enfermedad; y

Teniendo en cuenta las resoluciones de los cuerpos directivos, especialmente la Resolución XLII de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana² y la Resolución WHA8.30 de la Octava Asamblea Mundial de la Salud,³

RESUELVE:

1. Felicitar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por el documentado informe presentado y expresar la satisfacción de la Conferencia por la diligente labor llevada a cabo por el personal técnico de la Oficina en el desarrollo de los programas de erradicación.

2. Testimoniar el profundo reconocimiento de la Conferencia por la ayuda prestada por el UNICEF para el desarrollo del programa continental de erradicación y reiterar el deseo de que esta cooperación continúe hasta lograr la erradicación total de la malaria en las Américas.

3. Expresar igualmente el agradecimiento de la Conferencia a la Administración de Cooperación Internacional de los Estados Unidos de América (ICA) por su eficaz aporte a la campaña de erradicación continental.

4. Expresar el agradecimiento de la Conferencia a los Gobiernos de Venezuela, Haití, Estados Unidos de América y República Dominicana por sus aportaciones voluntarias al Fondo Especial de la OSPA para la Erradicación de la Malaria.

5. Reconocer la importancia de la colaboración internacional para el éxito del programa de erradicación de la malaria, así como de la participación del Programa de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas en el plan de actividades que la Oficina Sanitaria Panamericana y los distintos Gobiernos Miembros desarrollan conjuntamente en este campo.

6. Testimoniar el agradecimiento de la Conferencia al Brasil, México, Venezuela, Guatemala y Jamaica por su eficaz cooperación en el adiestramiento del personal dedicado a la campaña.

7. Recomendar a los Gobiernos Miembros que prosigan los programas de erradicación de acuerdo con los planes técnicos trazados, y establezcan la mayor coordinación para el desarrollo de sus campañas en las zonas fronterizas.

¹Véase Parte V, Anexo 1, págs. 445-482.

²Documento Oficial de la OSPA 14, 674.

³Actas Oficiales de la OMS 63, 31.

8. Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que se fomente la investigación sobre el problema de la resistencia a los insecticidas y sobre la elaboración de nuevos insecticidas y drogas antimaláricas.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 29 de septiembre de 1958)

Resolución XV

Elección de tres Países Miembros para integrar el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término el mandato de Nicaragua, Cuba y Bolivia

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando lo dispuesto en el párrafo A del Artículo 13 de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana; y

Considerando que han sido elegidos para formar parte del Comité Ejecutivo los Gobiernos de Brasil, Estados Unidos de América y Honduras, por haber llegado a su término los mandatos de Nicaragua, Cuba y Bolivia,

RESUELVE:

1. Declarar que los Gobiernos del Brasil, Estados Unidos de América y Honduras han sido elegidos para formar parte del Comité Ejecutivo por un período de tres años.
2. Expresar su agradecimiento a los Gobiernos de Nicaragua, Cuba y Bolivia por los servicios prestados a la Organización por sus representantes en el seno del Comité Ejecutivo.

(Aprobada en la novena sesión plenaria, celebrada el 1 de octubre de 1958)

Resolución XVI

Lugar de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el párrafo A del Artículo 7 de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

Expresar su agradecimiento al Gobierno de la República Argentina y aceptar su invitación para celebrar la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana en la ciudad de Buenos Aires.

(Aprobada en la novena sesión plenaria, celebrada el 1 de octubre de 1958)

Resolución XVII

Designación del Dr. Fred L. Soper como Director Emérito de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta la obra desarrollada al frente de la Oficina Sanitaria Panamericana por el Dr. Fred L. Soper, que quedará como ejemplo perenne de noble voluntad y de devoción al servi-

cio de la causa de la salud de los pueblos de América; y

Considerando que el mandato del Dr. Fred L. Soper terminará el 1 de febrero de 1959, y que su obra merece la gratitud, el afecto y la admiración no sólo de la Organización Sanitaria Panamericana sino de todos los países del Hemisferio,

RESUELVE:

1. Declarar al Dr. Fred L. Soper, Director Emérito de la Oficina Sanitaria Panamericana.
2. Encomendar a la XI Reunión del Consejo Directivo que en una ceremonia oficial entregue al Dr. Fred L. Soper un pergamino en el que conste tal nombramiento.
3. Ofrecer al Dr. Fred L. Soper una medalla de oro, en cuyo anverso aparezca su efigie y en el reverso una inscripción en el centro que diga "Fred L. Soper, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1947-1959," orlada con estas palabras: "En reconocimiento de su obra en favor de la salud continental".
4. Autorizar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana a que habilite los créditos necesarios, dentro del presupuesto, para la realización de los anteriores acuerdos.

(Aprobada en la duodécima sesión plenaria, celebrada el 2 de octubre de 1958)

Resolución XVIII

Proyectos regionales a realizar en 1959 con fondos del Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado los programas regionales a cargo del Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, que figuran en el *Documento Oficial No. 24* de la Organización Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

Aprobar los proyectos regionales que se financiarán en 1959 con fondos del referido Programa Ampliado y que se han de presentar a la Junta de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas.

(Aprobada en la duodécima sesión plenaria, celebrada el 2 de octubre de 1958)

Resolución XIX

Programa de becas

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, en relación al programa de becas,¹ en cumplimiento de la Resolución XV adoptada por el Consejo Directivo en su X Reunión,²

RESUELVE:

1. Expresar la felicitación de la Conferencia al Director de la Oficina, por el contenido del informe presentado relativo al programa de becas.

¹Véase Parte V, Anexo 9, págs. 530-546.

²Documento Oficial de la OSPA 22, 23.

2. Recomendar a la Oficina Sanitaria Panamericana que continúe ampliando el programa de becas y consiga su coordinación efectiva con programas similares de otras organizaciones.

3. Recomendar al Director de la Oficina que estudie la forma de considerar tipos especiales de becas para altos funcionarios de la sanidad o la docencia, que comprendan mayores facilidades y estén en relación con la jerarquía de estos funcionarios.

4. Recomendar a los Gobiernos de los Países Miembros de la Organización que formulen con anticipación su programa de becas, en relación con las necesidades nacionales; adopten los procedimientos más adecuados para la conveniente selección de los candidatos; faciliten a los becarios los medios necesarios para que puedan cumplir su ciclo con tranquilidad y eficiencia, y les den un apropiado cargo, una vez concluido su perfeccionamiento, que permita la utilización de sus conocimientos en favor del progreso de la salud.

5. Recomendar al Director que ponga en práctica las medidas necesarias para una evaluación permanente del programa de becas.

(Aprobada en la duodécima sesión plenaria, celebrada el 2 de octubre de 1958)

Resolución XX

Congresos Interamericanos de Salud Pública

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado la propuesta relativa a la celebración de Congresos Interamericanos de Salud Pública,¹

RESUELVE:

1. Aceptar en principio la conveniencia de celebrar Congresos Interamericanos de Salud Pública una vez cada cuatro años.

2. Encomendar al Comité Ejecutivo que, con la ayuda del Director, estudie los procedimientos para la celebración de esos congresos, teniendo presente la conveniencia de que tengan lugar antes de cada reunión cuadrienal de la Conferencia Sanitaria Panamericana en sustitución de las Discusiones Técnicas previstas.

3. Encomendar al Comité Ejecutivo que preste especial atención a los siguientes aspectos:

- a) los costos de dichos congresos y su distribución entre la Organización Sanitaria Panamericana y el país huésped;
- b) las características y duración de las discusiones proyectadas, y
- c) la preparación de un reglamento para los congresos.

(Aprobada en la duodécima sesión plenaria, celebrada el 2 de octubre de 1958)

Resolución XXI

Normas mínimas de saneamiento para hoteles, restaurantes, medios de transporte y centros turísticos

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre la labor realizada por la Comisión Técnica de Expertos encargada de preparar un manual que contuviera normas mínimas de saneamiento recomendables para ser aplicadas en hoteles, restaurantes, medios de transporte y centros turísticos,

¹Vease Parte V, Anexo 8, págs. 529-530.

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe presentado por el Director, en el que da cuenta de que la Comisión Técnica de Expertos ha terminado un proyecto de manual, y de que una vez haya sido revisado, se transmitirá a los Gobiernos Miembros y a los organismos interesados, para su conocimiento y efectos consiguientes.

2. Expresar su agradecimiento a los miembros de la Comisión por la valiosa colaboración que prestan en esta labor.

(Aprobada en la duodécima sesión plenaria, celebrada el 2 de octubre de 1958)

Resolución XXII**Propaganda de productos medicinales**

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Documento CSP15/35,¹ presentado por la Delegación de Panamá, sobre la propaganda de productos medicinales,

RESUELVE:

Encomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que en el programa de temas de la XI Reunión del Consejo Directivo incluya uno sobre los problemas que plantea la propaganda de productos medicinales.

(Aprobada en la duodécima sesión plenaria, celebrada el 2 de octubre de 1958)

Resolución XXIII**Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo de la OMS, de interés para el Comité Regional**

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Visto el Documento CSP15/18 en el que el Director somete a la atención del Comité Regional de las Américas las Resoluciones WHA11.42, WHA11.16, WHA11.54,² EB22.R23,³ EB21.R48 y EB21.R53;⁴ y

Teniendo en cuenta que la Conferencia ha adoptado resoluciones específicas sobre la erradicación de la malaria y la erradicación de la viruela, así como sobre la participación de la OMS en el Programa Ampliado de Asistencia Técnica y sobre la revisión de sueldos, subsidios y prestaciones del personal,

RESUELVE:

Tomar nota de las Resoluciones WHA11.42 (Programa de Erradicación del Paludismo), WHA11.16 (Cuenta Especial para la Erradicación del Paludismo), WHA11.54 (Erradicación de la viruela), EB22.R23 (Estudio sobre organización regional), EB21.R48 (Participación de la OMS en el Programa Ampliado de Asistencia Técnica), y EB21.R53 (Revisión de sueldos, subsidios y prestaciones del personal).

(Aprobada en la duodécima sesión plenaria, celebrada el 2 de octubre de 1958)

¹Véase Parte V, Anexo 6, págs. 527-528.

²Actas Oficiales de la OMS 87, 35, 24, 41.

³Actas Oficiales de la OMS 88, 10.

⁴Actas Oficiales de la OMS 83, 22, 24.

Resolución XXIV**Estudio del problema de la diabetes en las Américas**

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo considerado la interesante ponencia sobre diabetes presentada por la Delegación del Uruguay (Documento CSP15/33);¹ y

Teniendo en cuenta que el número de casos de diabetes tiende a incrementar por el aumento de la duración media de vida y por causas no bien definidas,

RESUELVE:

Recomendar a los Gobiernos de los Países Miembros de la Organización que, dentro de sus planes de medicina preventiva, formulen programas para intensificar el diagnóstico precoz de la diabetes y estimulen la utilización de los recursos públicos y privados para el adecuado tratamiento y asistencia del diabético.

(Aprobada en la duodécima sesión plenaria, celebrada el 2 de octubre de 1958)

Resolución XXV**Registro de medicamentos y problemas afines**

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo tomado nota del documento sobre el tema "Registro de medicamentos y problemas afines", presentado por la Delegación de Venezuela, así como de la información suplementaria sometida por el Director (Documento CSP15/20);² y

Considerando que el control adecuado de las drogas y alimentos encierra suma importancia para la salud pública,

RESUELVE:

1. Expresar la satisfacción de la Conferencia por el establecimiento de un programa de control de drogas y alimentos en la Oficina Sanitaria Panamericana.
2. Recomendar a los países exportadores de productos farmacéuticos cuya legislación lo permita, que adopten las medidas pertinentes para controlar la calidad de dichos productos.
3. Recomendar a los Gobiernos Miembros de la Organización que establezcan las medidas necesarias para el control de los productos farmacéuticos y alimentos, y que sólo autoricen la importación de las drogas, medicamentos y alimentos que hayan sido autorizados para el consumo interno en los países de exportación.
4. Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que en los futuros programas procure realizar la más amplia divulgación de las publicaciones sobre los progresos realizados en la terapéutica y farmacología; la organización de reuniones regionales para tratar sobre el problema del control de medicamentos y alimentos; y la concesión de un mayor número de becas para la formación de personal especializado en las técnicas de control, a fin de mejorar la calidad de dichos productos.

(Aprobada en la duodécima sesión plenaria, celebrada el 2 de octubre de 1958)

¹Véase Parte V, Anexo 7, págs. 528-529.

²Véase Parte V, Anexo 5, págs. 524-527.

Resolución XXVI**Nombre de la Organización**

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta que el término "Sanitaria" en la denominación de la Organización Sanitaria Panamericana no expresa plena ni exactamente el carácter de esta Organización ni sus funciones en el amplio campo de la salud establecidos en el Artículo 1° de la Constitución;

Considerando que la sustitución de la palabra "Sanitaria" por la expresión "de la Salud" en el título de la Organización, en los cuatro idiomas oficiales (en español, *Organización Panamericana de la Salud*; en francés, *Organisation panaméricaine de la Santé*; en inglés, *Pan American Health Organization*; y en portugués, *Organização Pan-Americana da Saúde*), corregiría la situación expuesta, y, al facilitar una mejor comprensión de las actividades de la Organización, conseguiría mayor apoyo por parte del público en general; y

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el Artículo 25 de la Constitución,

RESUELVE:

Substituir el título de "Organización Sanitaria Panamericana" por el de "Organización Panamericana de la Salud" en los Artículos 1, 2-A, 3, 19-B y 21-A de la Constitución.

(Aprobada en la duodécima sesión plenaria, celebrada el 2 de octubre de 1958)

Resolución XXVII**Enmienda del Artículo 15 de la Constitución**

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta las Resoluciones I y III adoptadas por el Comité Ejecutivo en sus Reuniones 29a y 34a,¹ respectivamente,

RESUELVE:

Enmendar el Artículo 15 de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, que quedará redactado en los siguientes términos: "El Comité Ejecutivo elegirá entre sus miembros un Presidente y un Vicepresidente, quienes permanecerán en funciones hasta que sean elegidos sus sucesores. Las elecciones se celebrarán cada año en la primera reunión del Comité Ejecutivo que siga a la elección de sus nuevos miembros."

(Aprobada en la duodécima sesión plenaria, celebrada el 2 de octubre de 1958)

Resolución XXVIII**Modificación del Artículo 12-C de la Constitución y de los correspondientes artículos del Reglamento Financiero**

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta que el Artículo 12-C de la Constitución señala entre las funciones del Comité Ejecutivo la de preparar, con la cooperación del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, el proyecto de programa y presupuesto;

¹Véase Parte IV, págs. 395-396.

Teniendo en cuenta la conveniencia de que el Director, además de cooperar con el Comité Ejecutivo, pueda presentar por su parte el proyecto de programa y presupuesto que estime más adecuado en cada caso; y

Considerando que este procedimiento se encuentra ya establecido en el Artículo 55 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en cuanto al Director General de dicha Organización,

RESUELVE:

1. Modificar el Artículo 12-C de la Constitución redactándolo en la siguiente forma:

Artículo 12-C. Considerar y someter a la Conferencia o al Consejo, con las recomendaciones que estime convenientes, el proyecto de programa y presupuesto preparado por el Director.

2. Introducir las correspondientes modificaciones en el Artículo III del Reglamento Financiero de la Oficina Sanitaria Panamericana, que quedará redactado en los siguientes términos:

Artículo III

3.1 El proyecto de programa y presupuesto anual será preparado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

3.2 El proyecto de presupuesto comprenderá los gastos correspondientes al ejercicio económico al cual se refiera y las cantidades serán expresadas en dólares de los Estados Unidos de América.

3.3 El proyecto de presupuesto anual estará dividido en títulos, secciones, capítulos y partidas, e irá acompañado de aquellos anexos informativos y exposiciones explicativas que puedan ser pedidos en nombre de la Conferencia o del Consejo Directivo, y de aquellos anexos y exposiciones adicionales que el Director pueda considerar necesarios y útiles.

3.4 El Director presentará el proyecto de programa y presupuesto anual al Comité Ejecutivo, para que éste lo examine.

3.5 El Comité Ejecutivo examinará el proyecto de programa y presupuesto anual presentado por el Director y formulará las recomendaciones sobre el mismo que estime pertinentes.

3.6 El proyecto de programa y presupuesto se someterá a la consideración de la Conferencia o del Consejo Directivo, junto con las recomendaciones formuladas sobre el mismo por el Comité Ejecutivo. El proyecto de programa y presupuesto será remitido a todos los Estados Miembros por lo menos treinta días antes de la reunión de la Conferencia o del Consejo Directivo.

3.7 El presupuesto para el siguiente ejercicio económico será aprobado por la Conferencia o por el Consejo Directivo.

3.8 El Director podrá presentar proyectos de presupuesto suplementarios siempre que sea necesario.

3.9 El Director preparará los proyectos de presupuesto suplementarios en forma congruente con el proyecto de presupuesto anual y presentará dichos proyectos al Comité Ejecutivo, para que éste los examine y formule las recomendaciones que estime pertinentes. El Director someterá a la Conferencia o al Consejo Directivo, para su consideración, los proyectos de presupuesto suplementarios, junto con las observaciones formuladas por el Comité Ejecutivo.

(Aprobada en la duodécima sesión plenaria, celebrada el 2 de octubre de 1958)

Resolución XXIX

Edificios e instalaciones para la Sede y las Oficinas de Zona

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta la necesidad urgente de un edificio permanente para la sede de la Oficina Sanitaria Panamericana y los requerimientos de locales adecuados para las Oficinas de Zona,

RESUELVE:

1. Tomar nota de las decisiones adoptadas por el Director respecto a la instalación de las Oficinas de Zona.¹

¹Véase Parte V, Anexo 11, págs. 553-554.

2. Encomendar al Director que continúe las negociaciones con el Gobierno de los Estados Unidos, a fin de solucionar lo más pronto posible la cuestión del solar apropiado para el edificio de la Sede de la Oficina; que prepare sugerencias sobre el financiamiento y los planos de construcción del edificio permanente de la Sede, y que informe sobre todo ello a la 37a Reunión del Comité Ejecutivo, con el fin de poder presentar una propuesta a la consideración de la XI Reunión del Consejo Directivo.

(Aprobada en la duodécima sesión plenaria, celebrada el 2 de octubre de 1958)

Resolución XXX

Proyecto de procedimiento para la postulación y elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que ni en la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana ni en los reglamentos vigentes se fija un procedimiento detallado y claro para la elección del Director ni se indica la forma y duración de su cargo;

Considerando que los Gobiernos Miembros han encontrado dificultades de interpretación al consultar la Constitución y los reglamentos; y que, como se desprende del informe de la Comisión encargada de estudiar el Artículo 53 del Reglamento Interno de la XV Conferencia, se ha puesto de manifiesto la necesidad de aclarar dichos textos; y

Considerando que debe adoptarse, con suficiente antelación a la celebración de la Conferencia, un método de selección y postulación de candidatos,

RESUELVE:

Encomendar al Comité Ejecutivo la creación de un grupo de trabajo que, con asesoramiento jurídico, efectúe un estudio de los problemas inherentes a la elección del Director y, previa consulta con los Gobiernos Miembros, presente un proyecto a la XIII Reunión del Consejo Directivo para adoptar un procedimiento específico que rijan la elección del Director.

(Aprobada en la duodécima sesión plenaria, celebrada el 2 de octubre de 1958)

Resolución XXXI

Proyecto de nuevas condiciones de empleo

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que, con el fin de lograr la uniformidad de condiciones de empleo, la Oficina Sanitaria Panamericana desde 1949 ha adoptado en lo esencial las disposiciones de la Organización Mundial de la Salud en materia de salarios, subsidios, beneficios y otras condiciones de empleo;

Considerando que los esfuerzos desplegados para establecer condiciones uniformes y equitativas de empleo para el personal de los organismos sanitarios internacionales no han dado resultados plenamente satisfactorios, en especial en lo relativo a los ajustes de reducción, que no han sido aplicados por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, siendo esta decisión confirmada por el Comité Ejecutivo, en su 31a Reunión y por el Consejo Directivo, en su X Reunión;

Considerando que los sueldos, subsidios, beneficios y otras condiciones de empleo actuales ya no son adecuados para atraer a numerosos trabajadores de salud pública al servicio de los organismos sanitarios internacionales;

Considerando que las condiciones de empleo deberían facilitar la política de rotación del personal profesional;

Considerando que el Director General de la Organización Mundial de la Salud ha invitado a la X Reunión del Comité Regional a expresar sus puntos de vista sobre un régimen conveniente de salarios y subsidios adaptado a las necesidades de las organizaciones sanitarias internacionales; y

Considerando que el Comité Ejecutivo, en la Resolución V de su 34a Reunión,¹ recomendó la aprobación y aplicación mediante negociaciones con el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, de los principios contenidos en el Documento CSP15/12 como guía, en lo general, para el desarrollo de un mejor sistema de administración del personal para los organismos sanitarios internacionales,

RESUELVE:

1. Aprobar la declaración de principios básicos contenida en el Documento CSP15/12, Rev. 1,² con excepción de lo referente a los subsidios por familiares a cargo que fue excluido por el Consejo Directivo en su X Reunión, como guía, en lo general, para el desarrollo de un mejor sistema de administración del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana y recomendar la adopción de estos principios a la Organización Mundial de la Salud.

2. Recomendar que la Organización Mundial de la Salud adopte una política de no aplicación de los ajustes de reducción, igual a la aplicada por la Oficina Sanitaria Panamericana y confirmada por el voto unánime del Consejo Directivo.

3. Recomendar la adopción de prontas medidas para el aumento de los sueldos del personal profesional de la Organización Mundial de la Salud y de la Oficina Sanitaria Panamericana, con el fin de atraer a su servicio a los trabajadores de salud pública más capacitados.

4. Recomendar que la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana establezcan métodos que faciliten la rotación del personal profesional.

5. Autorizar al Comité Ejecutivo para negociar con el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud la aplicación de dichos principios mediante la adopción de un Estatuto y Reglamento del Personal revisados, que estén basados en aquéllos.

6. Recomendar que la Organización Mundial de la Salud invoque, si fuere necesario, el Artículo 3.2 del Estatuto del Personal, que permite separarse de la escala de sueldos y subsidios de las Naciones Unidas, si las necesidades de la Organización Mundial de la Salud obligaran a ello.

(Aprobada en la duodécima sesión plenaria, celebrada el 2 de octubre de 1958)

Resolución XXXII

Reuniones de los cuerpos directivos

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Reconociendo que entre los dirigentes sanitarios de las Américas se ha alcanzado un alto grado de mutuo respeto y comprensión que facilita el desarrollo de las reuniones de los cuerpos directivos de la Organización Sanitaria Panamericana;

Considerando que la Oficina Sanitaria Panamericana se ha hecho acreedora a la confianza total de los miembros de la Organización;

Considerando que actualmente se dispone de eficientes técnicas de conferencias que facilitan el despacho de los asuntos;

Considerando que es de desear la máxima economía en la administración de las reuniones;

Considerando que el Artículo 14-A de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana establece que el Comité Ejecutivo se reunirá por lo menos una vez cada seis meses; y

Convencida de que en lo sucesivo puede lograrse un ahorro de tiempo y gastos perfeccionando el plan de reuniones,

¹Véase Parte IV, pág. 399.

²Véase Parte V, Anexo 10, págs. 546-553.

RESUELVE:

Instruir al Director para que al convocar a la Conferencia, al Consejo Directivo y al Comité Ejecutivo proyecte sus reuniones de manera que se realicen con el menor número de sesiones, en el más breve tiempo y con la mayor economía posibles, dentro de límites compatibles con los requerimientos de sus respectivos programas de temas.

(Aprobada en la duodécima sesión plenaria, celebrada el 2 de octubre de 1958)

Resolución XXXIII**Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana**

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta el Artículo 4-E de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, en el que se dispone que la Conferencia elegirá al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por dos tercios de los votos de los países presentes con derecho a votar;

Teniendo en cuenta que la XII Conferencia Sanitaria Panamericana adoptó una resolución en la que se fija en cuatro años el mandato del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana; y

Teniendo en cuenta el Artículo 4 del Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Sanitaria Panamericana y los Artículos 49 y 52 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en los que se establecen las normas para el nombramiento de Director Regional de la Organización Mundial de la Salud,

RESUELVE:

1. Declarar electo 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 1959.

2. Poner en conocimiento del 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 décimotercera sesión plenaria, celebrada el 2 de octubre de 1958)

Resolución XXXIV**Mejoramiento de los textos de los documentos básicos de la Organización Sanitaria Panamericana**

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta la sugerencia contenida en el párrafo 4 del Informe de la Comisión designada por la Conferencia para estudiar el Artículo 53 del Reglamento Interno (Documento CSP15/47),¹ en el sentido de que el Comité Ejecutivo, con asesoramiento jurídico, proceda a un estudio de la Constitución y del Reglamento Interno de la Conferencia con el fin de lograr una mayor claridad de expresión y una adecuada equivalencia entre el inglés y el español; y

Considerando que los debates celebrados en la Conferencia han puesto de manifiesto la necesidad de que esos textos sean más adecuados a sus propios fines,

RESUELVE:

1. Instruir al Comité Ejecutivo para que emprenda, con asesoramiento jurídico, un estudio completo de la Constitución de la Organización y del Reglamento Interno de la XV Conferencia, a fin

¹Véase Parte V, Anexo 12, págs. 554-556.

de que formule propuestas (a) para mejorar la claridad y la equivalencia entre los textos inglés y español de estos documentos básicos, y (b) para que dichos textos sean más adecuados a sus propios fines.

2. Sugerir al Comité Ejecutivo que considere la conveniencia de nombrar un subcomité encargado de dicho estudio.

3. Instruir al Comité Ejecutivo para que solicite la opinión de los Gobiernos respecto a las propuestas que formule, y que someta luego sus recomendaciones a una futura reunión del Consejo Directivo para que éste adopte la decisión que estime pertinente.

(Aprobada en la décimotercera sesión plenaria, celebrada el 2 de octubre de 1958)

Resolución XXXV

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

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta los informes sobre el estado de la erradicación del *Aedes aegypti* correspondientes a Belice, Bolivia, Brasil, Ecuador, Guayana Francesa, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Zona del Canal, presentados en esta Conferencia, según los cuales dichos países y territorios se declaran libres de *Aedes aegypti*, después de haberse cumplido satisfactoriamente las normas en que se basan los criterios establecidos por la Oficina Sanitaria Panamericana a este fin,

RESUELVE:

Aceptar los informes presentados en los que se declara que Belice, Bolivia, Brasil, Ecuador, Guayana Francesa, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Zona del Canal, han quedado libres de *Aedes aegypti* y hacer un llamamiento a los demás países y territorios, todavía infestados, a fin de que intensifiquen sus actividades anti-*aegypti* en los términos de la resolución aprobada en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana, de Río de Janeiro.

(Aprobada en la décimotercera sesión plenaria, celebrada el 2 de octubre de 1958)

Resolución XXXVI

Personal de los servicios nacionales de sanidad

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que la XII Conferencia Sanitaria Panamericana en 1947, la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana en 1950 y la VIII Reunión del Consejo Directivo en 1955 recomendaron a los Países Miembros que no lo hubieran hecho, la adopción del tiempo integral para su personal técnico, otorgándole garantía de estabilidad, ascensos por méritos y compensación adecuada;

Considerando que del *Resumen de los Informes Cuadriennales sobre las condiciones sanitarias en las Américas*¹ se desprende que todavía existen muchos países que no han seguido aquellas recomendaciones, y que en tales países una elevada proporción de médicos que trabajan en los servicios sanitarios están empleados a tiempo parcial;

Teniendo en cuenta el hecho de que los recursos financieros de los Gobiernos, de la Organización Sanitaria Panamericana y de la Organización Mundial de la Salud no se utilizan provechosamente cuando se dedican a becas y adiestramiento de personal de salud pública a tiempo parcial; y

Considerando que, debido a la interdependencia de los países en materias que afectan a la salud de sus habitantes, todos los países de las Américas están interesados en que en cada uno de ellos existan servicios sanitarios con un personal adecuado,

¹Publicación Científica 40.

RESUELVE:

Recomendar a los Estados Miembros que establezcan, si todavía no lo han hecho, un régimen de tiempo completo y dedicación exclusiva para el personal profesional de salud pública, asegurando (a) estabilidad en la carrera, (b) selección y ascenso del personal convenientemente adiestrado sobre la base de los méritos personales, y (c) una remuneración adecuada.

(Aprobada en la décimoquinta sesión plenaria, celebrada el 3 de octubre de 1958)

Resolución XXXVII**Resumen de los informes sobre las condiciones sanitarias de los Países Miembros**

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Considerando que el *Resumen de los Informes Cuadrienes sobre las condiciones sanitarias en las Américas*,¹ preparado para esta Conferencia, señala un progreso evidente en la provisión de datos para la planificación de los programas nacionales e internacionales de salud pública;

Considerando que para la preparación del informe de la misma naturaleza que habrá de presentarse a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, será de mucho valor la disponibilidad de información de todos los países lo más completa posible, que cubra el mayor número de datos sobre las estadísticas vitales y sanitarias; y

Considerando que la 11a Asamblea Mundial de la Salud, en su Resolución WHA11.38² ha invitado a los Gobiernos Miembros a presentar informes del período 1957-1960 para preparar el II Informe sobre la situación sanitaria mundial,

RESUELVE:

1. Recomendar a los Países Miembros que tomen las medidas necesarias para que los informes sobre sus condiciones de salud, que prepararán para la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, incluyan información completa en los distintos campos de la estadística.

2. Recomendar igualmente a los Países Miembros que mejoren la información presentada a fin de facilitar la determinación de los problemas y el conocimiento de los recursos existentes, condiciones esenciales para la más provechosa planificación de los programas sanitarios nacionales e internacionales.

3. Solicitar la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana para la prestación de servicios técnicos destinados a ayudar a los países en la obtención de la información estadística que habrán de preparar para el informe cuadrienal que se presentará a la XVI Conferencia y para el II Informe de la OMS sobre la situación mundial.

(Aprobada en la décimoquinta sesión plenaria, celebrada el 3 de octubre de 1958)

Resolución XXXVIII**Discusiones Técnicas**

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el informe presentado por el Relator, Dr. Héctor Abad Gómez (Colombia), relativo a las Discusiones Técnicas que sobre el tema "La prevención de los accidentes de la in-

¹Publicación Científica 40.

²Actas Oficiales de la OMS 87, 34.

fancia¹¹ han tenido lugar durante la Conferencia, bajo la presidencia del Director de Debates, Dr. Félix Hurtado (Cuba) y previa presentación del tema por el experto, Dr. James L. Goddard, Jefe del Programa de Prevención de Accidentes del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos,

RESUELVE:

Tomar nota del informe sobre las Discusiones Técnicas, haciendo constar la satisfacción de la Conferencia por la forma en que se han llevado a cabo y la fidelidad con que el informe las ha interpretado.

(Aprobada en la décimoquinta sesión plenaria, celebrada el 3 de octubre de 1958)

Resolución XXXIX

Homenaje al Dr. Fred L. Soper

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta los altos merecimientos del Dr. Fred L. Soper, durante doce años de actuación como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana;

Teniendo en cuenta los esfuerzos que el Dr. Soper, técnico eminente, ha realizado para impulsar el progreso de la sanidad continental;

Reconociendo como excepcional el caso de que un científico haya llevado a cabo, con insuperable maestría, una labor práctica en beneficio de los pueblos de todo un continente e incluso del mundo entero; y

Considerando que tales hechos y circunstancias merecen el reconocimiento más elevado de los Gobiernos y de los pueblos,

RESUELVE:

1. Declarar por aclamación que el Dr. Fred L. Soper, símbolo de los progresos sanitarios continentales alcanzados hasta el presente, es merecedor del título de Ciudadano de América.

2. Que se comunique la presente resolución, y el texto de las actas de las sesiones en que ha sido propuesta y adoptada, a la Organización de los Estados Americanos con el ruego de que estudie la posibilidad de dar forma solemne y concreta a la aspiración unánime de esta Conferencia.

(Aprobada en la décimoquinta sesión plenaria, celebrada el 3 de octubre de 1958)

Resolución XI

Tema para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XI Reunión del Consejo Directivo

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta lo dispuesto en los Artículos 1, 2 y 7 del Reglamento para las Discusiones Técnicas durante las reuniones de la Conferencia Sanitaria Panamericana y el Consejo Directivo,

RESUELVE:

1. Seleccionar el tema general "El agua" para las Discusiones Técnicas que habrán de tener lugar durante la XI Reunión del Consejo Directivo, XI Reunión del Comité Regional de la OMS.

2. Encomendar al Comité Ejecutivo que determine los aspectos de dicho tema general que habrán de examinarse en las discusiones.

¹¹Véase Parte V, Anexo 4, págs. 521-524.

3. Autorizar al Director para que designe tres expertos (un ingeniero sanitario, un médico sanitario y un economista) que se encarguen de presentar la correspondiente exposición preliminar sobre el tema elegido.

(Aprobada en la décimoquinta sesión plenaria, celebrada el 3 de octubre de 1958)

Votos de gracias

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Expresa su agradecimiento al Honorable Luis Muñoz Marín, Gobernador del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, al Gobierno de los Estados Unidos de América y a las autoridades de Puerto Rico, en particular a los señores Secretarios de Estado y de Salud, por la generosa acogida dispensada a las delegaciones y al personal de la Conferencia, así como por las facilidades brindadas para el feliz éxito de sus trabajos;

A la Honorable Administradora de la Capital, al Rector de la Universidad de Puerto Rico, a la Autoridad de Acueductos y Alcantarillado, a la Asociación de Salud Pública, a la Asociación Médica de Puerto Rico, a las instituciones públicas y a las organizaciones voluntarias que tan espléndidamente atendieron a todas las delegaciones;

A los miembros de la Comisión designada para colaborar con la Oficina Sanitaria Panamericana en la organización de la Conferencia, y en especial al Subsecretario de Estado del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, por la magnífica colaboración prestada durante los períodos preliminar y de desarrollo de la Conferencia, y a la Comisión de Damas por la hospitalidad brindada a las señoras e hijas de los delegados;

A la prensa y a las emisoras de televisión y radio de Puerto Rico por la excelente difusión dada a los trabajos de la Conferencia;

Y al personal de la Secretaría, y al servicio de interpretación, por su eficaz labor que ha permitido el desarrollo satisfactorio de las tareas de la Conferencia.

(Aprobada en la décimoquinta sesión plenaria, celebrada el 3 de octubre de 1958)

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 igualmente valor auténtico.

HECHO en San Juan, Puerto Rico, el día tres de octubre de mil novecientos cincuenta y ocho. El Secretario depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana y enviará copias de los mismos a los Gobiernos Miembros.

GUILLERMO ARBONA
Presidente de la Conferencia

FRED L. SOPER
Secretario de la Conferencia

PARTE II

ACTAS TAQUIGRAFICAS DE LAS SESIONES PLENARIAS

ACTAS TAQUIGRAFICAS DE LAS SESIONES PLENARIAS

SESION INAUGURAL

Domingo, 21 de septiembre de 1958, a las 20 horas

Mesa de Honor

Honorable Gobernador del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Don Luis Muñoz Marín
Presidente Provisional de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana y Jefe de la Delegación de Costa Rica, Dr. Oscar Vargas Méndez
Cirujano General del Servicio de Salud Pública y Jefe de la Delegación de los Estados Unidos de América, Dr. Leroy E. Burney
Presidente del Tribunal Supremo de Puerto Rico, Honorable Luis Negrón Fernández
Comisionado Residente de Puerto Rico en Washington, Honorable Antonio Fernós Isern
Vicepresidente de la Cámara de Representantes de Puerto Rico, Honorable Jorge Font Saldaña
Secretario de Salud de Puerto Rico, Honorable Guillermo Arbona, Presidente Ejecutivo de la Comisión designada por el Gobierno de los Estados Unidos para colaborar con la Oficina Sanitaria Panamericana en la organización de la Conferencia
Subsecretario de Estado de Puerto Rico, Honorable Arturo Morales Carrión, Secretario de la Comisión
Ex Secretario de Salud de Puerto Rico, Dr. Juan A. Pons
Presidente del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana y Delegado de Panamá, Dr. Alberto Bissot, Jr.
Presidente del Comité Ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana y Delegado de Guatemala, Ing. Humberto Olivero
Director General de Sanidad y Jefe de la Delegación del Ecuador, Dr. Diego Angel Ramírez
Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Fred L. Soper
Subdirector General de la Organización Mundial de la Salud, Sr. Milton P. Siegel

Discurso del Honorable Gobernador del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, don Luis Muñoz Marín

El PRESIDENTE PROVISIONAL: El Honorable Gobernador del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, don Luis Muñoz Marín, dará solemne apertura a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana.

El HONORABLE GOBERNADOR DEL ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO: Me es muy grato extender a todos ustedes la más cordial bienvenida a nombre del Gobierno y del pueblo del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. En ocasión de celebrarse en Chile la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, la Delegación de los Estados Unidos de América, a instancias del Gobierno que tengo el honor de dirigir, invitó a la Organización a celebrar su XV Conferencia en Puerto Rico. Presentó formalmente la propuesta el Dr. Juan A. Pons, entonces Secretario de Salud de Puerto Rico. La favorable acogida que recibió la invitación fue motivo de júbilo para todos nosotros. Hoy vemos cumplido el deseo de recibirles en nuestra casa, y les extendemos la más llana, sincera y afectuosa hospitalidad de nuestro pueblo.

Para hacer factible este gran acto, unieron sus esfuerzos altos funcionarios del Gobierno de los Estados Unidos y de nuestro Gobierno. Juntos hemos cooperado con la Oficina Sanitaria Panamericana, que sirve de Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, a fin de proporcionar a esta Conferencia todas las facilidades, todo el realce que amerita la noble labor a que está dedicada.

Durante los últimos años, Puerto Rico ha sido, en creciente medida, sede de congresos, conferencias y reuniones de carácter interamericano. Pero posiblemente ninguna de las reuniones que han tenido lugar en nuestra tierra haya revestido la trascendencia de la que hoy me cabe el honor de inaugurar. No me refiero tan sólo a la circunstancia de que por primera vez sesiona en nuestra Isla uno de los grandes organismos especializados de la familia de instituciones internacionales. No me refiero tampoco al fecundo trabajo que les espera durante las próximas semanas. Me refiero en especial a las preocupaciones que alienta esta Organización, a los temas que le sirven de guía, a su tarea fundamental de

ayudar a conservar y promover la salud del hombre del nuevo mundo.

La riqueza en recursos naturales de nuestro Hemisferio es proverbial, aunque, en ese aspecto, la naturaleza haya sido un tanto avara con nosotros los puertorriqueños. América tiene magníficos tesoros en su suelo: enormes reservas de minerales y petróleo, tierras de rica fertilidad, fuentes extraordinarias de energía hidroeléctrica. Pero entre todos los recursos del Hemisferio, ninguno de tan gran potencialidad como el de sus gentes. De esto da fe Puerto Rico, país donde la riqueza natural, en extremo reducida, se ve compensada generosamente por la vitalidad de espíritu, la aptitud creadora y la laboriosidad de su pueblo.

Salud y educación son los dos grandes multiplicadores del ser humano en su brega de engrandecer y ahondar la civilización. Que el hombre entienda menos de lo que está capacitado para entender es despilfarro de espíritu. Y lo es igualmente que pueda menos, con cuerpo y mente de lo que la naturaleza quiso que pudiera. La enfermedad es la merma inútil de un patrimonio. Y la muerte prematura es la pérdida total. Conservar la vida, prolongarla en su utilidad personal y social, mantener la salud para que se logre la mayor productividad física y espiritual de un pueblo, se encuentran entre las más elevadas y urgentes finalidades de todo Gobierno y de toda institución internacional.

A esta finalidad, sirve con honda dedicación el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Nos anima una visión creadora del futuro puertorriqueño. Nuestro pueblo se ha dedicado a un enorme esfuerzo por mejorar sus niveles de vida, aumentar su producción y ensanchar las fronteras de su inteligencia. Hemos reclutado como aliados eficaces a la ciencia médica y a la ingeniería sanitaria. Estamos en guerra contra lo que espero que en no muchos años—al hacerse obsoletas la agresión militar y la pobreza extrema—será el último gran enemigo del hombre sobre la tierra: la enfermedad. En nuestro presupuesto funcional dedicamos el 17 por ciento de nuestros recursos a los programas de salud. Y contamos, además, en ciertos programas con la generosa ayuda económica y el útil asesoramiento técnico del Gobierno de los Estados Unidos.

Entendemos, sin embargo, que la tarea no consiste tan sólo en acudir al llamamiento del enfermo. La solicitud del gobierno debe comenzar

antes del nacimiento del ciudadano. Así, dentro de la medida de nuestros limitados recursos, cuidamos a la madre en nuestras clínicas prenatales y al niño mediante nuestros programas de higiene infantil y preescolar. Asimismo, le damos el más vigoroso impulso al programa de vacunación contra las antiguas plagas infantiles: la difteria, la tos ferina, el tétano, la fiebre tifoidea, las viruelas y la poliomielitis. Especialmente le damos urgencia a atender a la buena nutrición del niño. De ahí surge nuestro programa de las estaciones de leche y de comedores escolares.

Cada día tratamos de darle mayor importancia a los servicios preventivos en la salud pública, sobre todo en la etapa del joven y el adulto en que ocurre la más pronunciada incidencia de tuberculosis y de otras enfermedades transmisibles. Por fin, hemos logrado extirpar el azote de la malaria.

En todos estos programas nos queda mucho por hacer. La labor futura no sólo exige mayores recursos fiscales. Exige también, en alto grado, el intercambio de ideas y técnicas, el conocimiento de la obra que realizan otros pueblos empeñados, como el nuestro, en la gran guerra de la salud. El rescate y la conservación de la vida no reconocen fronteras. Nuestros hombres de gobierno y nuestros hombres de ciencia, han cooperado intensamente con la Organización Mundial de la Salud y con la Oficina Sanitaria Panamericana en sus programas y labores. Acogemos con la más viva satisfacción a los observadores y becarios que en crecido número nos envían ambas instituciones a Puerto Rico. La experiencia de nuestros afanes en el terreno de la salud pública está a la disposición de ellos, como está a la disposición de ustedes para que la observen, la midan y critiquen. Queremos contrastar nuestros sistemas, nuestras ideas, nuestros ensayos, logros y errores con los de otros pueblos y otras tierras.

El mejoramiento de la salud del puertorriqueño es parte del gran esfuerzo de mejoramiento de la salud del hombre de América. Compartimos con ustedes la visión de un mundo mejor, un mundo más sano y libre para todos los habitantes de este Hemisferio. Compartimos, sobre todo, la misma voluntad de no cejar en la implacable lucha contra la enfermedad. La compasión ante el dolor es una de las más potentes fuerzas de solidaridad humana. En el sufrimiento, el hombre reconoce al hombre y se borra toda otra diferencia de

cultura, religión o lengua. El sufrimiento, y la voluntad de mitigarlo y abolirlo que provoca en nuestro espíritu, es lo que más luminosamente nos revela que nosotros, todos nosotros juntos, en todas las partes del mundo, más allá de razas, fronteras o ideologías políticas, somos el prójimo, somos hermanos.

La Organización Sanitaria Panamericana es el gran organismo que en nuestro Hemisferio une ciencia y conciencia en esta gran misión.

Como Gobernador de un pueblo que cree fervorosamente en esa misión, tengo el honor de declarar abierta la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, que constituye a la vez la X Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud; y formulo mis más sinceros votos por el éxito de sus deliberaciones.

EL PRESIDENTE PROVISIONAL: El Cirujano General del Servicio de Salud Pública y Jefe de la Delegación de los Estados Unidos de América, Dr. Leroy E. Burney, hará uso de la palabra.

Discurso del Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, Dr. Leroy E. Burney

EL DR. BURNEY (Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América) (*traducción del inglés*): Es para mí motivo de especial satisfacción acudir a esta Conferencia Sanitaria Panamericana. Es la primera oportunidad que se me brinda de conocer personalmente a gran número de dirigentes sanitarios de las Américas, y me produce honda satisfacción ver de nuevo a tantos colegas con los que ya había trabajado en la Asamblea Mundial de la Salud o en el Consejo Directivo de la OSPA. También celebro la posibilidad que se me ofrece de establecer contacto personal con los representantes de todos los Estados Miembros de la Organización.

También me complace y me honra ser portador del siguiente mensaje cablegráfico del Presidente de los Estados Unidos:

Tenga la bondad de saludar en mi nombre a los distinguidos dirigentes sanitarios de las Américas reunidos en la XV Conferencia Sanitaria Panamericana que se celebra en San Juan.

Estoy seguro de que, siguiendo la tradición establecida en medio siglo de cooperación sanitaria entre los Estados Americanos, esta Conferencia contribuirá notablemente al mejoramiento de la salud pública en todo el Hemisferio. Como Organización Regional de la OMS, la Organización Sanitaria Panamericana

coadyuva al logro de una mejor salud para todos los hombres, base firme del pacífico progreso de la comunidad mundial.

Mis mejores deseos de espléndido éxito a esa Conferencia.

DWIGHT D. EISENHOWER

Al discutir nuestros problemas comunes y los progresos realizados tanto en el campo de la medicina como en el de la salud, al planear nuestros futuros objetivos, se demostrará que las Repúblicas Americanas han logrado convertir en realidad gran parte de las esperanzas que esta Organización abrigaba en su primera convención de 1902. En aquella ocasión mi país tuvo el honor de acoger a los representantes americanos, y el Dr. Walter Wyman, a la sazón Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, expresó en su discurso de apertura el deseo de que el interés mutuo nos uniera a todos y presentásemos al mundo un grupo compacto con un solo propósito, unido para alcanzar nuestras aspiraciones y nuestras ambiciones. Es posible que la labor de nuestra Organización—dijo el Dr. Wyman—no se limite a nuestro Hemisferio. Si triunfamos en nuestros propósitos, su influencia se dejará sentir en otros continentes y en todas las otras naciones del mundo.

La Oficina Sanitaria Panamericana, primera organización sanitaria internacional, ha demostrado que países de culturas totalmente diferentes pueden cooperar de un modo eficaz en la solución de comunes problemas sanitarios. Los resultados prácticos alcanzados a lo largo de este siglo son dignos de nota y representan el mejoramiento de la salud para todos los pueblos americanos.

Hemos oído decir infinitas veces que las enfermedades no respetan barreras geográficas, sociales, económicas o políticas; la lucha contra las enfermedades tiene, pues, que desarrollarse prescindiendo de tales fronteras. La forma de ataque tiene que ser la cooperación internacional, y la historia de la OSPA y de la OMS nos ofrecen prueba terminante de que es ésta la mejor forma de ofensiva.

Permitidme que mencione algunos de los más importantes logros alcanzados por la Organización desde la última Conferencia celebrada hace cuatro años. Y con este motivo es preciso rendir tributo de admiración a nuestro distinguido colega el Dr. Fred L. Soper, Director de la Oficina, cuyo tercer mandato termina el 31 de enero próximo. Bajo su enérgica y eficaz dirección du-

rante los últimos doce años, la Organización Sanitaria Panamericana, en colaboración con la OMS, ha contribuido de un modo brillante no sólo a la salud de nuestro Hemisferio, sino a la del mundo. Todos hemos contraído una deuda de gratitud con el Dr. Soper por el acierto y la visión que ha demostrado en la dirección de los programas de la OSPA, y gracias a los cuales los Estados Miembros han efectuado grandes progresos en el control de las enfermedades y en los servicios de salud pública.

Al recordar los progresos realizados en los últimos cuatro años, es natural que acuda primero a la mente la erradicación de la malaria. La meta que los dirigentes sanitarios se han fijado es la erradicación mundial de esa enfermedad. En ningún sitio los esfuerzos para erradicar la malaria han sido tan bien coordinados como en el Hemisferio Occidental, y ello ha sido posible gracias a la dirección de la OSPA y a la íntima colaboración de todos sus miembros.

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana encareció a todos los países y territorios en las Américas que adoptaran medidas para erradicar la malaria. La respuesta de los Estados Miembros fue entusiasta y todos convirtieron sus campañas de control en programas de erradicación. Cinco países o territorios en el Hemisferio Occidental han erradicado ya la malaria y en otros siete países está casi totalmente eliminada.

La OSPA ha impulsado también la erradicación de la viruela, y doce países han recibido asistencia técnica para llevar a cabo sus programas de erradicación. Los laboratorios de varios países producen vacuna no sólo para su uso interno sino también para las campañas de otros países, y cada año los programas de vacunación antivariólica alcanzan a un número mayor de personas.

El ataque conjunto contra una enfermedad determinada produce, naturalmente, los resultados más espectaculares de la cooperación sanitaria internacional. Sin embargo, entre los resultados más permanentes de ésta figurará el fortalecimiento de las varias organizaciones sanitarias nacionales y de los servicios sanitarios locales.

En 1956, el Consejo Directivo prestó especial atención a los aspectos de la organización nacional durante las Discusiones Técnicas sobre los "Métodos para la formulación de planes nacionales de salud pública." En 1957, el Consejo señaló la importancia de la evaluación en los pro-

gramas nacionales de salud. Dirigentes sanitarios de todo el mundo coinciden cada vez más en que el progreso continuado de cualquier programa depende de su revisión constante y de una adecuada apreciación de los procedimientos empleados y de los resultados obtenidos. Sin tal apreciación, la administración de salud pública puede incurrir en monótona rutina y podrían presentarse nuevos problemas sanitarios sin nada que lo impidiera y sin la existencia de ningún control.

Uno de los fines primordiales de organizaciones como la OMS y la OSPA es ayudar a los diversos países a que se pongan en condiciones de atender sus propias necesidades. Una campaña, una demostración llevada a cabo con la cooperación internacional, debe llegar a integrarse en los propios servicios del país que se beneficie de ella. La OSPA ha insistido en este aspecto del trabajo sanitario internacional y ha preparado un número de guías para el uso de los Estados Miembros en el desarrollo de fases específicas de sus programas.

El programa educativo de la OSPA significa una importante contribución para el progreso de la salud pública de este Hemisferio. Ha facilitado becas para el adiestramiento de personal sanitario, bien en el país de los becarios o en el extranjero, cuando los medios y servicios locales eran inadecuados. En los últimos cuatro años, ha fortalecido considerablemente el adiestramiento en salud pública en los países de la América Latina. La mejor prueba de ello es que el 80% de las becas otorgadas por la OSPA se conceden ahora para el adiestramiento en instituciones de la América Latina.

En los últimos cuatro años se han producido también asombrosos progresos en educación médica en este Hemisferio, particularmente en el campo de la medicina preventiva. En todos los países se presta mucha más atención a las calificaciones del personal de salud pública; se facilita el adiestramiento en mayor escala y seminarios y cursillos aumentan el número de personal sanitario adiestrado en las nuevas técnicas.

Quisiera mencionar también otras tres actividades, desarrolladas en años recientes, que pueden servir de guías o modelos para la planificación y desarrollo futuros en este Hemisferio y fuera de él. Me refiero a los proyectos de investigación y desarrollo financiados por varios Estados Miembros, con problemas sanitarios co-

munes, y en los cuales la OSPA tiene responsabilidad administrativa.

Uno de ellos es el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, el INCAP, con sede en Guatemala. Los trabajos de investigación del INCAP han facilitado la solución a algunos problemas de nutrición tropical. Se han desarrollado métodos para mejorar la alimentación local y se han encontrado nuevas fuentes locales de proteínas. Los programas de educación han ayudado a los pueblos a utilizar más eficazmente la alimentación de que disponen. He aquí un ejemplo de seis países vecinos uniendo sus recursos para hacer frente a una necesidad específica.

Nos satisface que el Centro Panamericano de Zoonosis se haya establecido en la Argentina sobre una base similar. Cabe esperar que los programas de investigación y adiestramiento de este Centro fortalecerán el control de muchas enfermedades comunes al hombre y a los animales. De igual modo, mediante las investigaciones llevadas a cabo por el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, radicado en Brasil, será posible eliminar esta enfermedad del ganado que acarrea una disminución de proteínas de origen animal en la dieta de muchos países latinoamericanos.

Los tres programas que acabo de mencionar demuestran la importancia de la investigación en programas de salud pública. La resolución de la reciente 11a Asamblea Mundial de la Salud que pide la intensificación de programas de investigación internacional bajo la dirección de la OMS, reconoce la necesidad de compartir internacionalmente el conocimiento científico como medio de alcanzar una vida mejor para todos. Permítaseme aprovechar esta oportunidad para pedir a todos los países y territorios de este Hemisferio que se sumen a este esfuerzo para incrementar los frutos de la investigación científica por todo el mundo.

Una buena salud es algo más que la eliminación de una enfermedad. Las actividades de la OSPA son prueba de que la Organización se dedica a resolver los problemas sanitarios de una forma ordenada y en un amplio frente. Mediante una íntima cooperación, los países de las Américas han mejorado sus servicios de salud pública, han reducido el azote de las enfermedades transmisibles y, en general, han facilitado una forma mejor de vida a todos sus ciudadanos. Los Estados Unidos se enorgullecen de formar parte de esta vigorosa Organización. Es un privilegio co-

laborar con los otros países de las Américas en estas realizaciones.

Para terminar, quisiera decir que mi país se honra al acoger esta XV Conferencia Sanitaria Panamericana. Nos congratuló que se escogiera Puerto Rico como sede de esta Conferencia. En las dos últimas décadas, el pueblo de Puerto Rico ha realizado asombrosos progresos en el campo de la salud, la educación, la industria y la agricultura, y sus conciudadanos en los Estados Unidos se sienten orgullosos por la labor que aquél ha realizado. Esta encantadora isla comparte con la mayoría de las Repúblicas Americanas el mismo hechizo tropical; sus habitantes hablan el mismo idioma y conservan las mismas formas culturales. Esto acerca todavía más todo nuestro país a los países hermanos de las Américas. En gran parte, Puerto Rico ha tenido que resolver los mismos problemas sanitarios que la mayoría de las Repúblicas Americanas y que nuestros estados meridionales. Nos complace en grado sumo que en ocasión de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico ofreciera al Gobierno de los Estados Unidos la posibilidad de invitar a que la XV Conferencia se reuniera en Puerto Rico. Nos satisface hondamente estar aquí.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: A continuación, el Honorable Secretario de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Dr. Guillermo Arbona, Presidente Ejecutivo de la Comisión designada por el Gobierno de los Estados Unidos para colaborar con la Oficina Sanitaria Panamericana en la organización de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, hará uso de la palabra.

Discurso del Honorable Secretario de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Dr. Guillermo Arbona

El DR. ARBONA (Secretario de Salud de Puerto Rico): En nombre de la Comisión Organizadora, me complace extender a todos los participantes en esta Conferencia mi más cordial bienvenida a Puerto Rico. Nos sentimos honrados cuando la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana aceptó la invitación del Gobierno de los Estados Unidos para celebrar la XV Conferencia en San Juan. Hoy todos nos congratulamos de tenerlos a ustedes entre nosotros. Es nuestro más ferviente deseo que la XV Conferencia Sanitaria Panamericana y X Reunión del Comité Regional de la

Organización Mundial de la Salud se destaque, al igual que las anteriores, como fecha memorable en la historia de la salud de los pueblos de América.

El personal del Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, la Facultad de nuestra Escuela de Medicina, nuestras organizaciones profesionales y voluntarias, se sienten honrados con vuestra presencia y todos trataremos, dentro de nuestros medios, de hacerles su estadía en nuestra Isla lo más placentera y productiva posible. Al mismo tiempo os deseamos el mayor de los éxitos en vuestra labor. Puerto Rico ha sido afortunado en haber podido estructurar con la valiosísima ayuda técnica y financiera del Gobierno de los Estados Unidos a través de su Departamento de Salud, Educación y Bienestar, un programa de salud que llega a todos y a cada uno de los puertorriqueños. Simultáneamente se han desarrollado programas similares dirigidos al mejoramiento de las condiciones sociales y económicas y a la educación de nuestra población. Sin duda, estos programas han contribuido al mejoramiento de la salud de los puertorriqueños en forma muy destacada.

A pesar del desarrollo de nuestros programas, y a pesar de los logros obtenidos, es obvio que nuestra población no se beneficia totalmente de los conocimientos que hoy poseemos. Hará falta un esfuerzo concentrado para alcanzar tal objetivo.

Esta Conferencia nos brinda la oportunidad de conocer vuestras experiencias y opiniones como expertos en distintos campos de la salud. Estaremos atentos a vuestras deliberaciones y estoy seguro que vuestras ideas servirán para enriquecer nuestros programas.

Por otro lado, en el desarrollo de nuestros programas de salud hemos tenido aciertos y cometido errores; experiencias que estamos dispuestos a compartir con ustedes gracias a la magnífica oportunidad que nos brindan las Conferencias Sanitarias Panamericanas.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: A continuación hará uso de la palabra el Sr. Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Fred L. Soper.

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

El DR. SOPER (Director, OSP): Al dar mi más cordial bienvenida a todos los presentes, tengo el

honroso encargo de dirigir a esta Conferencia el respetuoso saludo del Director General de la Organización Mundial de la Salud, cuyas obligaciones no le permitirán estar entre nosotros hasta la semana próxima.

Gracias a la amable invitación del Gobierno de los Estados Unidos de América y a la generosa hospitalidad del pueblo y Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, X Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, inicia hoy sus labores en esta bella ciudad de San Juan.

Esta Isla, pródiga en bellezas naturales y grande por la calidad humana de sus hijos, constituye un sitio ideal para esta cita periódica de los altos dirigentes de la sanidad del Hemisferio, para una discusión franca de los problemas de salubridad del Continente y para el robustecimiento de la cooperación internacional, base indispensable de un mejor destino de los pueblos.

Nos reunimos en una tierra donde se están llevando a cabo experiencias de gran significación, tanto en sus proyecciones sociales como en su alcance técnico, donde en el curso de los últimos años se han mejorado notablemente las condiciones de salud de sus pobladores; donde la conocida Escuela de Medicina Tropical ganó merecida fama como centro de investigación y enseñanza, y la más recientemente creada Escuela de Salud Pública ya ha acogido y preparado un buen número de trabajadores de salud pública procedentes de diversas partes de las Américas.

En los primeros años de este siglo, distinguidos investigadores, el Dr. Bailey K. Ashford entre ellos, llevaron a cabo en Puerto Rico importantes estudios sobre la anquilostomiasis. Algunos años más tarde, el Dr. Ashford formó parte de una Comisión auspiciada por la Fundación Rockefeller que colaboró con el Gobierno del Brasil en un programa de demostración de lucha contra esta enfermedad. Recuerdo este hecho por su significado histórico, pues fue indudablemente uno de los primeros ejemplos concretos de cooperación práctica, sobre el terreno, entre trabajadores de salud pública de países hermanos.

La interdependencia de los Gobiernos en el campo de la salud es un hecho que ha venido ganando aceptación a lo largo de los años y constituye la razón de ser de nuestra Organización. "La salud de todos los pueblos . . . depende de la más amplia cooperación . . . de los Estados";

y "la desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y al control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común", declara la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

Los Gobiernos de este Hemisferio pueden sentirse orgullosos de sus esfuerzos en el campo de la cooperación sanitaria internacional. Iniciada en 1902 con la creación de la Oficina Sanitaria Panamericana y fortalecida en 1924 con el Código Sanitario Panamericano, tratado hoy vigente en todas las Repúblicas Americanas, esta cooperación fue ampliada aún más cuando, en 1947, la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana reconoció la necesidad de extender su radio de acción a todo el Hemisferio y permitió una estrecha colaboración con la Organización Mundial de la Salud, concretada en el acuerdo firmado entre ambas organizaciones en 1949, y finalmente se fortaleció mediante el Acuerdo suscrito en 1950 con la Organización de los Estados Americanos, en el que se estableció claramente su dualidad jurídica como Organismo Especializado Interamericano, al mismo tiempo que organismo regional de la Organización Mundial de la Salud en el Hemisferio Occidental. Gracias a ese conjunto de instrumentos legales, todas las entidades políticas de las Américas tienen a su disposición un mecanismo que les permite cooperar entre sí para resolver sus problemas de salubridad, que son comunes a todos y no respetan fronteras de carácter geográfico o político.

Por medio de su Organización, los Gobiernos de las Américas pueden ayudarse mutuamente y cooperar con el resto del mundo para la realización de labores tan importantes como las de estimular y adelantar campañas destinadas a la erradicación de enfermedades; mejorar la nutrición y las condiciones higiénicas del medio ambiente; promover la prevención de accidentes; estimular y realizar investigaciones en el campo de la salud pública; fomentar el mejoramiento de la formación profesional y técnica en medicina, salud pública y materias afines; desarrollar y establecer normas para productos biológicos, farmacéuticos, alimenticios y similares; y, en general, actuar en todas aquellas actividades destinadas a lograr para todos los pueblos el más alto grado posible de salud.

En el curso de estos últimos doce años, la Organización se ha venido desarrollando hasta

alcanzar un grado de madurez que debe ser orgullo para sus Gobiernos Miembros, a quienes pertenece y de quienes depende su futuro. Ha logrado conseguir paulatinamente recursos financieros que, si bien no son suficientes cuando se comparan con las necesidades existentes y las posibilidades de trabajo, han permitido obtener resultados concretos. Los recursos financieros no son, sin embargo, el único o el más importante factor para el éxito de los trabajos de la sanidad internacional. Lo que se necesita, esencialmente, es un grupo de funcionarios de carrera, de carácter realmente internacional e interamericano, dedicados íntegramente a cumplir las nobles finalidades de la Organización y entregados de lleno a su servicio. Hoy, nuestra Organización tiene ese núcleo de personal técnico y administrativo, profesional y auxiliar, a quien debo rendir en este momento mi sincero tributo de reconocimiento.

Al volver la vista hacia el pasado y revivir las experiencias de los últimos años, debo declarar que me invade el más franco optimismo respecto al futuro de nuestra Organización, porque tengo el firmísimo convencimiento de que ella ha de desempeñar un papel cada vez más importante como fuente de estímulo y asesoramiento en la vida sanitaria de los pueblos de las Américas. Tengo fe en el futuro del movimiento sanitario internacional e interamericano, pues creo que cada día se expandirá más, a medida que los pueblos y sus Gobiernos se convenzan de lo mucho que unos y otros pueden lograr a través de la Organización que han creado para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: A continuación hará uso de la palabra el señor Director General de Sanidad y Jefe de la Delegación del Ecuador, Dr. Diego Angel Ramírez, en nombre de las delegaciones de la Conferencia.

Discurso del Señor Director General de Sanidad del Ecuador, Dr. Diego Angel Ramírez

El DR. RAMÍREZ (Ecuador): Es honroso y gentil el mandato de los miembros del Comité Ejecutivo de la OSPA y debo acatarlo, pese a mi insuficiencia, para demostrar mi gratitud a los distinguidos líderes de la sanidad panamericana. Ha sido designado el más modesto de los delegados para tomar la palabra en esta solemne ocasión,

en nombre de tantas doctas personalidades sobre cuyos hombros pesa la responsabilidad de la salud pública de las Américas. Lo innmercedo de la distinción me abruma y he de superar dicho estado anímico para alzar la voz y erguirme, pues hablo en representación de un selecto grupo de líderes de los pueblos americanos en todas sus latitudes; de estas tierras americanas, del norte, del centro y del sur y de las Antillas; de esta gran patria nuestra, extendida de polo a polo y colocada como enorme barrera física y espiritual contra lo mezquino y contra lo negativo; barrera con picos señeros donde la psiquis de Occidente encuentra su nido y donde en sus insuperables cúspides están inmarcesibles los eternos e inmutables valores de la humanidad: democracia, libertad, confraternidad internacional.

Esta América nuestra es ya la concentración magna de la cultura de Occidente: fe cristiana y libertad de espíritu. Abrió hace pocos siglos el albor de sus páginas y ya la historia ha escrito en ellas grandes idealidades y trascendentales realizaciones; la carabela de Colón dirige ahora su bauprés al infinito y a la gloria y traza la luminosa trayectoria resultante de la fusión de los grupos étnicos que forman la raza cósmica asentada virilmente en estas tierras. Y sobre ella sus vigías y en el horizonte soleado y eternamente deslumbrante las figuras de sus héroes máximos: Lincoln, el austero hijo de Norteamérica, que dejó establecido el molde de la democracia pura; y Bolívar, el audaz retoño de Sudamérica, visionario genial que soñó en la unidad americana y avizoró la Organización de los Estados Americanos.

En América los conquistadores sembraron, con su valentía, su espíritu de empresa y los libertadores, con su paso triunfal, dejaron la huella imperecedera de la fe en la soberanía popular. Por eso, en todos los paralelos de este trozo del mundo, se han lanzado los hombres que aquí nacieron a la conquista de su futuro, imponiéndose a las vastedades solitarias del Lejano Oeste, dominando lo infranqueable de la jungla y acortando lo infinito de los llanos y de la pampa.

Tal vitalidad tuvo el germen espiritual, sembrado y roturado por la fe cristiana de los puritanos y de los misioneros, prodigando verdades y forjando conciencias, que poco más tarde la pujanza viril de los retoños hizo crecer de forma incontenible y crear la América republicana, libre e independiente, que atrae hacia sí el pen-

samiento y todos los aspectos culturales de Occidente.

Y con impulso inextinguible siguen naciendo aquí los hombres destinados a conducir a la humanidad en programas de todo orden y magnitud. Aquí 21 pueblos hermanos, solidarios en su destino y en su futuro, son el paradigma de una unión que propugna la paz universal. Aquí los pensamientos creadores se cristalizan en hechos definitivos; aquí la técnica adquiere la gallardía de la originalidad y el prestigio de sus inmejorables resultados. Aquí, en América, en todos los campos de la ciencia, se destacan genios y conductores.

También en salud pública las conquistas de América sirven de modelo para otros pueblos y su desenvolvimiento técnico sirve de patrón para programas de dimensión universal. El interés más alto de la humanidad, cuya meta es la obtención del bienestar social y colectivo, físico y espiritual, ha tenido y sigue teniendo en nuestras tierras máximos valores cuyas doctrinas, ratificadas por los hechos, han sido y son rectoras de la higiene pública.

La organización coordinadora interestatal para velar por la salud de las naciones, nació en nuestro continente y los visionarios que la fundaron pusieron toda su fe y entusiasmo perseverante hasta verla totalmente constituida. Ella, la OSP, fue la primera y luego, al fundarse la OMS, se convirtió en Oficina Regional para las Américas. Las Conferencias Sanitarias Panamericanas, que unifican la tónica de los Departamentos de las naciones del Hemisferio y que son vínculo fuerte de la unidad continental, también precedieron a sus similares de otros continentes. La transformación de la política sanitaria y su conversión, desde la adustez y el aislamiento a la amabilidad y amplitud para recibir como copartícipes a todos los sectores de la comunidad, tuvo aquí sus precursores.

La erradicación de las enfermedades en un principio, concepto vacío, sin significación, que por imposible no tenía razón de existir, constituye ahora la más alta expresión de la eficiencia técnica y del esfuerzo coordinado de nuestros países. Todo el continente se empeña hoy en hacer realidad su filosofía positiva y valiente; es posible al hombre, mediante técnicas bien establecidas, proceder a extinguir enfermedades o sus vectores y hacer desaparecer definitivamente algunas dolencias en plazo fijo. Los programas

americanos, y luego universales, de la malaria han dado ya muestras promisoras en grandes sectores. La erradicación es verdad tangible, objetivamente verificada, en lo que se refiere al mosquito trasmisor de la fiebre amarilla. Algunos países, y en esta Conferencia se hará la declaración de hecho tan trascendental en la sanidad interamericana, ya presentan la verificación final de la erradicación del vehículo de tan grave epidemia. Mi patria, Ecuador, es uno de los países que se enorgullece en declararlo.

Los programas que la OSP está llevando a cabo en el área de las Américas: asistencia técnica, educación sanitaria, higiene ambiental, nutrición, enfermería, zoonosis, etc. mantienen el índice más alto y rubrican el adelanto y actualización de los Departamentos de Salud Pública de esta parte del mundo.

Con esta oportunidad, como estricto deber nuestro y calurosamente, dado el criterio unánime de las delegaciones, hacemos trascendente nuestra profunda gratitud para la OSP, sus dirigentes, funcionarios y personal administrativo y técnico por la forma brillante e inigualable con que desempeñan estas labores en pro de todos nuestros pueblos. A flor de los labios de todos, con simpatía, respeto y agradecimiento, está el nombre del Dr. Fred L. Soper, infatigable propulsor de la Organización y campeón de los programas de erradicación. Los miembros del Comité Ejecutivo, nuestros dirigentes más cercanos, merecen nuestro reconocimiento.

Sentimos inmensa alegría de ver frente a nosotros al Dr. Leroy Burney, Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, quien con tanta dignidad e inteligencia nos presidiera en la Asamblea Mundial de la OMS, en Minneápolis.

Se ha tenido el acierto de escoger a San Juan de Puerto Rico para las reuniones de esta XV Conferencia. Todos los americanos sabemos que esta privilegiada porción de nuestra América, bienamada por poetas y artistas que han buscado bajo la serenidad de su cielo la calma para la ensoñación, es también el asiento de la fusión cultural, con buena fe y sin antagonismos, de las dos corrientes continentales, la sajona y la latina. Especialmente para nosotros, los trabajadores de salud pública es la admirable sede de una de las mejores escuelas de especialización y el centro de investigación de prometedores programas de sanidad ambiental.

Rendimos el tributo de nuestra admiración y cariño a la hermosa tierra borinqueña, a sus magistrados y a su pueblo. Gracias a su esfuerzo creador, a su austeridad y a su espíritu de trabajo, Puerto Rico es un floreciente venero de espiritualidad y cultura. Recibid, Señor Gobernador, el apretón de manos cordial, sincero de

todos nosotros y trasmitidlo a la ciudadanía del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Cumplido el orden del día, se levanta la sesión.

Se levanta la sesión a las 21 h. 25 m.

PRIMERA SESION PLENARIA

Lunes, 22 de septiembre de 1958, a las 9 h. 30 m.

Presidente Provisional: Dr. OSCAR VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica)

Presidente: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos)

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

Tema 2: Constitución de la Comisión de Credenciales

El PRESIDENTE PROVISIONAL: De acuerdo con el orden del día, el primer punto es la constitución de la Comisión de Credenciales. La Presidencia invita a los señores delegados a que propongan nombres para integrarla. Tiene la palabra el Delegado de Venezuela.

El Dr. ARREAZA GUZMÁN (Venezuela): Me permito proponer a la consideración de la Conferencia el nombre del Dr. Doroteo Castillo Rodríguez, Delegado de Nicaragua, para formar parte de la Comisión de Credenciales.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Han oído la propuesta para que el Dr. Castillo, de Nicaragua, forme parte de la Comisión de Credenciales. Como esta Comisión se compone de tres miembros, la Presidencia pide al pleno otros nombres. ¿Hay alguna otra propuesta? De no presentarse ninguna otra, la Presidencia se va a permitir sugerir dos nombres más para integrar la Comisión de Credenciales y someter esos nombres a la aprobación de ustedes. La Presidencia propondría a México y a Honduras para completar la Comisión de Credenciales.

¿Merecen esos nombres la aprobación de los señores delegados? De no oír ninguna opinión en contra se consideran aprobados.

La Comisión de Credenciales queda integrada como sigue: Nicaragua, México y Honduras. Con el fin de que se pueda reunir inmediatamente, para estudiar las credenciales, se suspende la sesión por veinte minutos.

Se suspende la sesión a las 9 h. 50 m. y se reanuda a las 10 h. 10 m.

Primer Informe de la Comisión de Credenciales

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Se reanuda la sesión. La Presidencia solicita del Relator de la Comisión de Credenciales que se sirva presentar su informe. El Relator de la Comisión tiene la palabra.

El Dr. JAVIER (Honduras, Relator): El día 22 de septiembre de 1958, en el Salón Isla Verde del Hotel San Juan Intercontinental, se ha reunido la Comisión de Credenciales constituida en la primera sesión plenaria y formada por los siguientes señores Delegados: Dr. Doroteo Castillo Rodríguez, de Nicaragua; Dr. Carlos Díaz Coller, de México, y Dr. Carlos A. Javier, de Honduras.

La Comisión acordó designar Presidente y Relator al Dr. Javier, de Honduras.

La Comisión examinó las credenciales y documentos recibidos de los Gobiernos y tiene el honor de proponer que se consideren como debidamente acreditadas ante la XV Conferencia Sanitaria Panamericana a las delegaciones siguientes: Brasil, Nicaragua, México, Venezuela, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Paraguay, Uruguay, Reino Unido, Cuba, Reino de los Países

Bajos, Haití, Estados Unidos de América, Chile, Guatemala, Panamá, Francia, Honduras y Argentina. El Gobierno de Canadá ha acreditado un observador oficial.

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

El PRESIDENTE PROVISIONAL: De acuerdo con el informe presentado por el Relator se considera debidamente acreditadas a las delegaciones mencionadas.

Tema 3: Adopción del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana

El PRESIDENTE PROVISIONAL: El segundo punto del orden del día es la adopción del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana. La Presidencia pregunta al Pleno si desea que se lea el texto completo del documento presentado sobre este tema. Es el documento que va a regir la Conferencia y debemos estar todos de acuerdo sobre su contenido. ¿Desea la Conferencia que se vaya leyendo y aprobando por partes? Tiene la palabra el Delegado del Brasil.

El Dr. DE MEDEIROS (Brasil) (*traducción del portugués*): Pido que se lea la totalidad del documento.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: El Delegado del Brasil propone una lectura completa. ¿El Pleno está de acuerdo? Pido a la Secretaría que lea el proyecto de reglamento.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): Este proyecto de reglamento fue sometido a la consideración de la 35a Reunión del Comité Ejecutivo, que lo aprobó, con algunas modificaciones; esas modificaciones se han introducido en el Documento CSP15/23. El proyecto dice así: "Parte Primera, Miembros, Artículo 1: La Conferencia Sanitaria Panamericana estará constituida por delegados de los Gobiernos Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana."

El PRESIDENTE PROVISIONAL: ¿Alguna observación?

Aprobado.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): Artículo 2 . . .

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Un momento. El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. NOBLÍA (Argentina): ¿La lectura implica la toma en consideración y un debate inmediato o es lectura de información? Hago esta pregunta en vista de que la Presidencia ha puesto un artículo a votación.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Hay dos sistemas: uno economiza tiempo, y consiste en ir leyendo artículo por artículo y aprobarlos uno tras otro. El segundo, que resulta más largo, consiste en la lectura de la totalidad del proyecto de reglamento, aprobando después los artículos por grupos o separadamente. El Pleno decidirá.

El Dr. ARREAZA GUZMÁN (Venezuela): Propongo una solución intermedia: que se lea por partes y se aprueben éstas inmediatamente después. Es el término medio entre las dos proposiciones indicadas por el Presidente: entre la lectura y aprobación artículo por artículo y la lectura total y aprobación posterior.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Muchas gracias. Tiene la palabra el Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): Hay una tercera solución que es la tradicional. Este documento no surge ahora por primera vez a la vista de los señores delegados. Es un documento que, casi con la misma redacción que ahora tiene, fue enviado por la Oficina a los gobiernos. Después, fue objeto de un análisis bastante completo por el Comité Ejecutivo. Y el Comité Ejecutivo introdujo algunas enmiendas, adiciones, cambios, etc., para que el pleno de la Conferencia las considerase. De manera, pues, que ésta es la tercera etapa en el estudio de este documento, y en ella cabe aplicar, además de los dos procedimientos propuestos, una tercera fórmula que es la tradicional, y consiste en preguntar a los señores delegados específicamente en qué parte de este largo articulado desean formular alguna observación y entrar así concretamente al estudio tan sólo de aquellos puntos que sean objeto de observaciones. Porque leer 56 artículos para no tomar ninguna determinación, estudiar 56 artículos que ya están estudiados, eso en sí representa, desde luego, toda la sesión de la mañana, y quién sabe si más. De manera que este último procedimiento es, repito una vez más, el tradicional; así se ha hecho siempre en todas las Conferencias anteriores y ahora nos convendría ganar un poco de tiempo, ya que por razones independientes de nuestra voluntad nos hemos demorado un poquito al iniciar la Conferencia. Ruego al señor Presi-

dente que considere este tercer procedimiento que ha sido utilizado en otras oportunidades.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Muchas gracias. ¿Hay alguna otra propuesta del Pleno? Tiene la palabra el Delegado del Brasil.

El Dr. DE MEDEIROS (Brasil) (*traducción del portugués*): Yo considero que la propuesta que se ha formulado, o sea, que se dé lectura, parte por parte, al proyecto de reglamento y que luego se vote o se considere cualquier enmienda, sería la única compatible con la forma de actuar que corresponde a un pleno. Los artículos presentados aquí y todas las modificaciones son obra del Comité Ejecutivo, pero todo este trabajo debe ser sometido a examen del Pleno; no basta con la distribución de la documentación y nada nos impide que examinemos el texto, parte por parte. De manera que yo apoyo la propuesta hecha anteriormente en el sentido de que se lea una parte y, si no hay observaciones, que quede aprobada. Limitar el debate a que cada uno de los delegados indique los puntos sobre los cuales tenga dudas, significaría dar por supuesto que los delegados han tenido tiempo de hacer un estudio previo, lo cual no siempre ha sido posible.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: ¿Alguna otra opinión? Hay tres proposiciones para considerar el proyecto de reglamento. El Pleno decidirá cuál de las tres se somete a votación o si se acepta la forma intermedia, presentada por el señor Delegado del Brasil, de leer una parte entera y, si no hay observaciones, aprobarla de una vez para ganar tiempo.

El Sr. BARLETTA (Panamá): Quiero manifestar que estoy completamente de acuerdo con lo dicho por el Delegado del Brasil y pedir que sea ésta la primera proposición que se ponga a discusión, antes de las otras propuestas hechas por los Delegados de Cuba y Venezuela.

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

El Dr. HURTADO (Cuba): Yo no quiero insistir en cuanto a la forma en que la Conferencia quiera despachar el asunto, pero no deseo dejar pasar la oportunidad de señalar puntos concretos, que pueden servir de experiencia en el futuro inmediato. Señores, este es el documento que rige la Conferencia, el reglamento de la Conferencia, como hay un reglamento del Comité Ejecutivo, como hay un reglamento del Consejo Directivo.

Son reglamentos fijos, permanentes, en lo que se refiere a cada uno de los cuerpos directivos de la Organización. No es el primer reglamento de la Conferencia. Cualquiera de los órganos de la Organización, tanto la Conferencia, como el Consejo Directivo, como el Comité Ejecutivo, tienen, desde luego, la potestad de enmendar su reglamento cuando se reúnen y darle a cada reunión, como ahora, por ejemplo, a la XV Conferencia, la orientación que más les plazca. Pero eso no implica, naturalmente, que no exista una determinada línea general de reglamentación.

Si ustedes estudian los documentos observarán que cuando el Director presenta al Comité Ejecutivo el anteproyecto de reglamento, se está inspirando en el reglamento que rigió en la Conferencia anterior. El reglamento arranca especialmente de la XIII Conferencia, ya que la XII, que se celebró en Caracas, puede ser considerada como la gran conferencia de las innovaciones. En efecto, fue en Caracas donde surgió la Organización Sanitaria Panamericana con estructura de cuerpo jurídico internacional en toda su plenitud. A partir de la Conferencia de Caracas, lo demás que se ha hecho han sido cosas de detalle y adaptación a las necesidades de una u otra Conferencia. El reglamento que se examina, está calcado en el de Caracas, aplicado también en Ciudad Trujillo y en Chile, y tendríamos ahora las variantes que le quisiera introducir la Conferencia de Puerto Rico. Por eso yo decía que este documento no es el primero de esta naturaleza con que nos encontramos. Yo ignoro, y lo siento mucho, si los señores delegados han leído o no este documento; pero eso es una cuestión completamente secundaria. Para mí, el antecedente oficial es que la Oficina Sanitaria Panamericana ha enviado a los Gobiernos de los Estados Miembros el proyecto de reglamento de la Conferencia con la debida anticipación, porque a mi país, por lo menos, llegó convenientemente. Es, además, copia de los anteriores, con las enmiendas introducidas. Por lo tanto, era lógico suponer que los Gobiernos hayan dado instrucciones a sus delegados sobre las modificaciones que deseen proponer a la XV Conferencia. No creo que puedan ser muchas, ya que aquí no se pueden variar las estructuras generales que en el reglamento están simplemente reproducidas de la Constitución de la Organización y, por lo tanto, son intocables. ¿Por qué, pues, detenerse aquí en la lectura de que la Conferencia es tal, y de que tiene tres delegados por país, y

que debe elegir un presidente y dos vicepresidentes? Eso se dice en el proyecto, pero no puede variarse porque es constitucional. ¿Por qué emplear una fracción de tiempo en la lectura de estos apartados ya conocidos? No hacerlo es método lógico, el método natural y el método tradicional.

No obstante, la Conferencia es muy libre de cambiar el texto totalmente, y de presentar ahora mismo un proyecto con 56 artículos nuevos en el estilo, porque el estilo es el hombre, y por lo tanto, cada hombre es un estilo y cada hombre podría hacer aquí un proyecto de 56 artículos, pero la parte básica y doctrinal, esa no la puede variar el estilo, porque tiene que atenerse a los preceptos constitucionales de la Organización.

Eso es todo, señor Presidente. Por lo demás, la Conferencia dirá.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Muchas gracias. Vamos a proceder a votación, como ha solicitado el Delegado de Panamá, pero como hay que someter a votación, primero, la proposición más alejada de la original, pongo a votación la del Delegado de Cuba, de que no se lea el texto del proyecto de reglamento y que sólo se pronuncien los oradores que tengan observaciones que hacer.

*Se somete a votación la proposición del Delegado de Cuba, con el siguiente resultado:
5 votos a favor, 9 en contra y 2 abstenciones.*

Queda rechazada la moción.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Se somete a votación ahora la proposición del Delegado de Venezuela, de leer el texto parte por parte.

Se procede a votación, con el siguiente resultado: 10 votos a favor, ninguno en contra y 4 abstenciones.

Queda aprobada la moción.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Se va a leer el proyecto de reglamento por partes, detalladamente, y al final de cada parte, si no hay observaciones, se procederá a aprobarla. Pido a la Secretaría que proceda a la lectura.

El Dr. González (Subdirector, OSP) da lectura a la Parte I (Artículos 1 a 4) del proyecto de Reglamento Interno de la Conferencia en el Documento CSP15/23.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Los señores delegados han oído la primera parte, relativa a los

miembros de la Conferencia. ¿Hay alguna observación? Tiene la palabra el Delegado del Reino de los Países Bajos.

El Dr. SWELLENGREBEL (Reino de los Países Bajos) (traducción del inglés): Señor Presidente, quiero decir algo con respecto al inciso (b) del Artículo 2, puesto que este inciso no es aplicable totalmente al caso de las tres partes integrantes del Reino de los Países Bajos. Las tres partes del Reino de los Países Bajos, una de las cuales está situada en Europa y dos en las Américas, son conjuntamente responsables por la conducción de las relaciones internacionales.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: (traducción del inglés): ¿El Delegado del Reino de los Países Bajos quiere hacer una proposición concreta sobre este asunto o sólo un comentario general?

El Dr. SWELLENGREBEL (Reino de los Países Bajos) (traducción del inglés): Señor Presidente, hice mis manifestaciones sólo como una información para usted. No quiero hacer una proposición especial para cambiar en forma alguna las reglas de procedimiento de la Conferencia. Sencillamente consideré necesario hacer esa declaración.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Muchas gracias. ¿No hay ninguna otra observación?

Queda aprobada la Parte I del proyecto de reglamento.

El Dr. González (Subdirector, OSP) da lectura a la Parte II (Artículos 5 a 11) del proyecto de Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: ¿Alguna observación a la Parte II? Tiene la palabra el Delegado de Colombia.

El Dr. JIMÉNEZ ARANGO (Colombia): Señor Presidente, me refiero al Artículo 8, en donde dice que el Presidente o un Vicepresidente en funciones de Presidente no votará, pero podrá nombrar a otro miembro de su Delegación para que actúe como delegado de su Gobierno en las sesiones plenarias. Quiero preguntar si este otro miembro de la delegación tiene derecho a voto, si este punto se considera sobreentendido o es necesario que quede aclarado en el reglamento.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Pido a la Secretaría que dé a conocer su interpretación.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): Señor Presidente, teníamos entendido que al decir que el Presidente o Vicepresidente en funciones de Presidente no votará, pero que podrá nombrar a otro miembro de su Delegación para que actúe como delegado, se sobreentiende que ese delegado tiene plenos poderes para votar, porque la Constitución establece que cada Gobierno Miembro podrá nombrar hasta tres delegados para que formen parte de su Delegación.

El Dr. JIMÉNEZ ARANGO (Colombia): Agradezco mucho al Dr. González la aclaración, y me permito hacer otra pregunta al respecto: ¿Cuál es la situación en caso de que sólo haya un delegado?

El PRESIDENTE PROVISIONAL: El procedimiento parlamentario que a la Presidencia se le ocurre, si hay que emitir un voto y ocupa la Presidencia una delegación de un solo miembro, como en el caso presente, es que pida al Vicepresidente que presida, y el Presidente vaya a votar. Este sería el camino. Hay varias delegaciones que se encuentran en este caso. ¿Está satisfecho el Delegado de Colombia?

El Dr. JIMÉNEZ ARANGO (Colombia): Sí, señor Presidente.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: ¿Alguna otra observación? Tiene la palabra el Delegado de Chile.

El Dr. TORREBLANCA (Chile): Quisiera preguntar qué inconveniente habría para que el delegado que estuviera presidiendo tuviera también derecho a voto.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: La Presidencia se permite hacer observar nada más que según costumbre parlamentaria, mantenida también en otros organismos, cuando una resolución depende de un voto, no es el Presidente, la persona que ha estado dirigiendo el debate, quien decide con su voto una situación semejante. No parece que exista, ni yo conozco, ninguna reglamentación legal que impida votar al Presidente, pero ésa es la tradición. Si algún otro delegado conoce más de esas cosas que el Presidente Provisional, le agradecería que expusiera el procedimiento parlamentario respectivo.

El Dr. TORREBLANCA (Chile): Señor Presidente, ¿no se podrían obviar los inconvenientes que plantea la presente redacción de este artículo, estableciendo que en caso que el delegado

que está presidiendo sea el único de su país, podría entonces tener derecho a voto?

El PRESIDENTE PROVISIONAL: La Presidencia pregunta al Delegado de Chile si desea formular oficialmente una proposición introduciendo esa salvedad, esa modificación.

El Dr. TORREBLANCA (Chile): Haría una proposición concreta, señor Presidente, en ese sentido, porque considero que así se obviaría el inconveniente que podría crearse en caso de que hubiera sólo un delegado de un país y tuviera que recurrir al procedimiento de dejar la Presidencia a un Vicepresidente. Sería mucho más práctico el procedimiento que propongo, es decir, que tuviera derecho a voto el Presidente.

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

El Ing. OLIVERO (Guatemala): Señor Presidente, únicamente a título de información y en vista de que se ha mencionado aquí que este proyecto de reglamento fue examinado previamente por el Comité Ejecutivo, debo decir que el Artículo 8, tal como aparece en el documento que está sometido a nuestra consideración, es exactamente el mismo que el Artículo 8 que rigió en las Conferencias anteriores. Esto, a título de información; pero, desde luego, en mi carácter de Delegado de Guatemala no tendría ningún inconveniente en que se hiciera cualquier modificación o ampliación a este artículo.

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

El Dr. ARREAZA GUZMÁN (Venezuela): En vista de la discusión acerca de este punto, se podría solucionar el problema eliminando el Artículo 8 en su totalidad. Quedarían entonces vigentes los demás artículos sin necesidad de hacer cambios sustanciales en el reglamento.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: El pleno ha oído la proposición del Delegado de Venezuela. Hay dos proposiciones: una del Delegado de Chile de modificar el Artículo 8, permitiendo al Presidente votar cuando en su delegación hay un solo miembro. La otra, presentada por el Delegado de Venezuela, que consiste en eliminar totalmente dicho Artículo. Tiene la palabra el Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): La discusión de este Artículo 8 envuelve algunas consideraciones gene-

rales, pero hay que ajustarlas a la estructura específica de nuestra Organización. En un aspecto de tipo muy general, la Presidencia suele tener, en los organismos parlamentarios, el voto de calidad, el voto que resuelve los problemas de empate. Pero esta circunstancia de carácter general no rige en nuestra Organización por una razón también muy particular. Aquí no hay empates en las decisiones porque está establecido constitucionalmente que, en una votación empatada, la moción queda rechazada. Por lo tanto, no se presenta la oportunidad de que decida el voto de calidad del Presidente.

El segundo aspecto es un aspecto de tradicional cortesía, porque se supone, en buena lógica, que el Presidente no intervendrá en el debate desde la Presidencia. Es elemental que el Presidente, en cualquier reunión, abandone aquélla si desea exponer cualquier criterio e intervenir específicamente en el debate, y no pueda volver a presidir la reunión hasta tanto el asunto no haya sido decidido. Hasta que no se haya votado, no es correcto que el Presidente vuelva a ocupar su puesto, pues así se evita la posible influencia de su personalidad desde la Presidencia. Pero en nuestra Conferencia, repito, no hay oportunidad para votos de calidad.

El caso específico planteado por la Delegación de Colombia, a saber, la representación unipersonal, es muy frecuente entre nosotros. Pocas veces los países pequeños, por razones económicas fundamentalmente, cubren la totalidad de la delegación con los tres miembros oficialmente autorizados. Unas veces sólo tienen dos, muchas veces tienen uno y entonces éste tiene que estar en todas las cosas y no puede negársele el voto, naturalmente, como lo explicó muy bien el Presidente Provisional, Dr. Vargas Méndez. Por lo tanto, "ad litteram", la solución es la que él ha dado: abandonar la Presidencia; si el Vicepresidente no está en las mismas condiciones, se encarga de la dirección del debate, y el Presidente vota desde su puesto de delegado del país. Pero en el plano de la hipótesis podemos llegar al máximo: puede ocurrir alguna vez que el Presidente sea delegado único y el primer Vicepresidente sea delegado único y el segundo Vicepresidente sea delegado único, porque en el terreno de las hipótesis todo es absolutamente posible. Ahora bien, lo que es absolutamente cierto en definitiva es que, cualquiera sea la circunstancia, hay algo que no puede tocarse: la integridad de

derechos de la representación del país. Si el país tiene un delegado único no es posible—de ninguna manera, sería un atropello manifiesto al más elemental y legítimo de sus derechos—negarle su voto, pues le corresponde tanto si está sentado en la Presidencia como si está sentado entre las delegaciones de los demás países.

De manera que dejemos correr el tiempo. Los riesgos previstos son muy remotos. Dejemos las cosas como están sin entrar en una revisión que podría prestarse a interpretaciones distintas, y quizás algún espíritu muy escrupuloso y apegado a la letra de los reglamentos y de las leyes pudiera plantear cuestiones, inclusive, de inconstitucionalidad. Por consiguiente, yo no creo que sea necesario abordar ninguna reforma del Artículo 8 y estimo que debemos dejarlo tal como está.

EL PRESIDENTE PROVISIONAL: Señores delegados, hay tres proposiciones en estos momentos: la original, que es del Comité Ejecutivo, una de enmienda y otra de supresión del Artículo 8. El Delegado de Venezuela tiene la palabra.

EL DR. ARREAZA GUZMÁN (Venezuela): Simplemente para aclarar que la intervención nuestra fue con el objeto de encontrar una solución a un problema planteado inicialmente por la Delegación de Colombia y luego por la de Chile; pensamos que al eliminar el Artículo 8 se zanjaba ese problema, puesto que quedaba vigente el Artículo 16 que asigna a cada delegación su voto, de un modo, a nuestro juicio, satisfactorio para todos.

EL PRESIDENTE PROVISIONAL: El Delegado de Venezuela retira la proposición de eliminar totalmente. . .

EL DR. ARREAZA GUZMÁN (Venezuela): No, yo la dejo sobre la mesa exactamente en la misma forma.

EL PRESIDENTE PROVISIONAL: La supresión del Artículo 8 es la propuesta más alejada de la original y va a ser sometida a votación.

Se somete a votación la propuesta del Delegado de Venezuela, con el siguiente resultado: 1 voto a favor, 10 en contra y 4 abstenciones.

Queda rechazada la moción.

EL PRESIDENTE PROVISIONAL: Corresponde ahora someter a votación la enmienda propuesta por la Delegación de Chile, para que, en caso de que

el delegado que esté presidiendo sea el único de su país, tenga derecho a voto. La Presidencia agradecería a la Delegación de Chile que presentara por escrito el texto para poderlo someter al pleno.

Si no hay ninguna otra observación a la Parte II del proyecto de reglamento, podríamos dejar en suspenso su aprobación hasta que la Delegación de Chile presente el texto. Pasemos, pues, a la lectura de la Parte III.

El Dr. González (Subdirector, OSP) da lectura a la Parte III (Artículos 12 a 31) del proyecto de Reglamento Interno de la Conferencia.

EL PRESIDENTE PROVISIONAL: ¿Alguna observación? El Delegado del Ecuador tiene la palabra.

El Dr. RAMÍREZ (Ecuador): Señor Presidente, tengo la impresión, y la someto a la consideración del Pleno, de que el Artículo 16, al suprimirle la palabra "sólo", ya obvia la discusión del Artículo 8, puesto que aquél dice: "Cada delegación sólo tendrá derecho a un voto". Podemos suprimir la palabra "sólo" y dejar "Cada delegación tendrá derecho a un voto", ya que es procedimiento general en el régimen parlamentario que el Presidente encargue la presidencia al Vicepresidente para votar. De modo que si se suprime la palabra "sólo", se dice ya específicamente que cada delegación no tiene derecho ni a más ni a menos de un voto. Hago esta proposición para evitar la discusión del Artículo 8.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: El pleno ha oído la proposición del Delegado del Ecuador de suprimir la palabra "sólo" en el Artículo 16. ¿Alguna otra observación? El Delegado del Uruguay tiene la palabra.

El Dr. BERTOLINI (Uruguay): Señor Presidente, con referencia al Artículo 13 y para evitar que, por repetirse las circunstancias a que en él se alude, la Oficina Sanitaria Panamericana se convierta casi en sede permanente de la Conferencia, estimo que se podría señalar más de un país, por ejemplo dos o tres países, en orden de prioridad, para celebrar la reunión si, por circunstancias especiales, no pudiera tener lugar en el país elegido. En ese sentido presento una moción.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: El Pleno ha oído la moción del señor Delegado del Uruguay. En relación con ella, la Presidencia se permite leer

el Artículo 7 de la Constitución, que se refiere a reuniones y dice: "La Conferencia se reunirá normalmente cada cuatro años en el país elegido". Para introducir el plural y decir "los países elegidos", habría que hacer la correspondiente modificación en la Constitución. ¿Alguna otra observación? Vamos a suspender la discusión de esta Parte III para dar lectura a la proposición de Chile, relativa a la parte anterior, y someterla a la aprobación de la Conferencia.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): La Delegación de Chile propone que el Artículo 8 quede redactado como sigue:

El Presidente o un Vicepresidente en funciones de Presidente no votará pero podrá nombrar a otro miembro de su Delegación para que actúe como Delegado de su Gobierno en las sesiones plenarias, a excepción del caso en que sea el único delegado de su país, circunstancia en que podrá votar.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Los señores delegados han oído la enmienda propuesta por la Delegación de Chile. ¿Hay alguna observación al texto? No habiendo ninguna, la Presidencia lo somete a votación.

Se procede a la votación, con el siguiente resultado: 13 votos a favor, uno en contra y 2 abstenciones.

Queda aprobada la enmienda al Artículo 8.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Vamos a proceder entonces a votar la totalidad de la Parte II.

Resultado: 18 votos a favor, ninguno en contra y ninguna abstención.

Queda aprobada la Parte II del Reglamento Interno.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: En cuanto a la Parte III, Artículo 16, hay una proposición del Delegado del Ecuador. El Delegado del Ecuador tiene la palabra.

El Dr. RAMÍREZ (Ecuador): La enmienda del Artículo 8, que ha sido aprobada, hace innecesaria mi proposición anterior. La retiro pues, señor Presidente.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: ¿Hay alguna otra observación sobre la Parte III? El Delegado del Uruguay hizo una proposición para que se señale una segunda sede de la Conferencia. La Presidencia se refirió, con relación a esa propuesta, al texto constitucional, que indica un solo país elegido. ¿Hay alguna otra observación sobre ese

punto? ¿El Delegado del Uruguay mantiene su proposición?

El Dr. BERTOLINI (Uruguay): Sí, señor Presidente.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): La proposición hecha por el Delegado del Uruguay, además de ser, por su texto, inconstitucional, puesto que se aparta del precepto específico de la Constitución, que señala un solo país elegido—como dice bien el señor Presidente—obligaría a modificar el texto constitucional y dar una nueva estructura a aquel artículo creando la posibilidad de sedes substitutas. Claro que eso podría ser resultado de una recomendación de esta misma Conferencia en relación con el Reglamento Interno; pero yo quisiera decirle a mi ilustre compañero, el Delegado del Uruguay, que no se trata solamente del inconveniente jurídico constitucional, sino que habría que meditar algo más acerca de la naturaleza de la sede de la Conferencia. Hasta ahora la Conferencia determina su próxima sede mediante el estudio de las ofertas que formulan los países. No se trata, pues, de una elección libre del pleno de la Conferencia, en la que cada delegado, según su criterio personal, diga: "La Conferencia debe ser en tal país." No podría ser así por múltiples razones, entre otras, porque no es posible que la Conferencia le imponga ese compromiso a ningún país.

Las mismas razones que imposibilitan que la Conferencia elija libremente la sede, sin atenerse a una oferta previa, explican la impropiedad de las sedes múltiples. La determinación de la sede de una Conferencia, requiere la oferta de un país. Requiere que el país que ofrece la sede movilice una serie de factores con bastante anterioridad a la Conferencia, y esta movilización abarca distintos aspectos, entre otros, naturalmente, de manera fundamental, el aspecto económico y algunos otros relacionados con las características particulares del país.

Nosotros no elegimos sedes múltiples, sedes substitutas, práctica corriente en reuniones científicas o de otro orden. Por ejemplo, la Asociación Médica Mundial elige tres sedes. La sede de su reunión mundial se señala con dos o tres años de anticipación. Pero las sedes no se eligen específicamente para substituciones, sino para utilizarlas en distintos años, por ejemplo, en 1959,

1960 y 1961. Ahora bien, en un caso imprevisto cualquiera, si una sede falla se utiliza la siguiente. Pero en nuestro caso no se determina más que una sola sede.

¿Por qué puede no celebrarse una Conferencia en el país que se ofreció como sede de la misma? Pues por cuestiones siempre accidentales; cuestiones no previstas, problemas internos, accidentes políticos que determinan el incumplimiento de la oferta. Si entonces, en ese momento, tuviéramos que pasar a la sede siguiente, un país habría de permanecer en alerta para el caso de que fallase, por una razón u otra, el país elegido como primera sede.

Si, por cualquier razón, nosotros necesitáramos con urgencia una sede para una Conferencia, ahí está la sede central para atender al caso inmediatamente con sus recursos administrativos, con sus recursos de personal, con los recursos interiores de la Organización.

Por estas razones, yo no creo que sea recomendable el variar el sistema. Mediante él contamos con una sede en espera permanente—la sede central de la Organización—, y una sede funcional: la que haya sido ofrecida y aceptada por la Conferencia. Por estimar que esto es lo más conveniente, me opongo a la propuesta de la Delegación del Uruguay.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Continúa la discusión. ¿Hay algún otro delegado que quiera intervenir sobre este punto? Tiene la palabra el Delegado del Uruguay.

El Dr. BERTOLINI (Uruguay): Agradezco sinceramente los conceptos del Delegado de Cuba, pero insisto en mi proposición, por entender, ya que estamos en un régimen de prevención, que prevenir es curar. Entiendo, señor Presidente, que no se pierde absolutamente nada con designar lo que pudiera llamarse una sede suplente. Puede ocurrir que en un momento determinado, dos y hasta tres países tengan interés en ser sede de la próxima Conferencia.

Indudablemente que es odioso y antipático hacer una discriminación, pero si nosotros aceptáramos un régimen de prioridad, que puede favorecer a uno hoy y mañana a otro, no lesionaríamos ninguna clase de intereses.

Acepto, por otra parte, que las circunstancias imprevistas son las que muchas veces determinan la no aceptación, el desistimiento o la imposibilidad de mantener a un país como sede, pero pre-

gunto: ¿qué ocurriría si, en una forma que también es previsible, los países designados para la celebración de sucesivas Conferencias se vieran en la imposibilidad de actuar como sede? La Oficina Sanitaria Panamericana sería entonces la sede casi permanente de la Conferencia.

Por otra parte, se dispone de tiempo prudencial para poder volverse atrás y considero que, en un momento determinado, el país elegido puede, con mucha antelación, enviar una comunicación informando de su imposibilidad de mantener su ofrecimiento. Insisto, señor Presidente, en que se vote mi moción.

EL PRESIDENTE PROVISIONAL: El Delegado de Guatemala tiene la palabra.

El Ing. OLIVERO (Guatemala): Señor Presidente, a mi Delegación, por razones fáciles de adivinar, le complacería acompañar al distinguido Delegado del Uruguay en su proposición, pero mantiene el criterio de que el reglamento que estamos considerando debe ser calcado en nuestra Carta Básica, es decir, la Constitución. Esta, como acaba de mencionar la Presidencia, en su Artículo 7, párrafo A, dice expresamente así: "La Conferencia se reunirá normalmente cada cuatro años en el país elegido en la reunión anterior inmediata," etc. Si esta Conferencia deseara introducir cualquier cambio, nos parece que primero se debería modificar el artículo correspondiente de la Constitución y como ya en el programa para esta Conferencia se preven cambios en la Constitución, cuando se discutan sería el momento de abordar la cuestión. Pero actualmente, estimo que debemos basar nuestro reglamento estrictamente en el texto de la Constitución.

EL PRESIDENTE PROVISIONAL: La Presidencia va a someter a votación la proposición del Delegado del Uruguay para que se modifique el Artículo 13, y se mencione un país de reemplazo.

El Dr. HURTADO (Cuba): Señor Presidente, pido la palabra para una cuestión de orden.

EL PRESIDENTE PROVISIONAL: Tiene la palabra el Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): La cuestión de orden que quiero someter a la Presidencia es que, advertida como está por dos delegaciones, de la inconstitucionalidad de la moción, ¿debe dar curso a la misma? Nuestro criterio es que sería un mal precedente que un hecho inconstitucional tomara carta de naturaleza en el debate de ningún or-

ganismo nuestro, después de haber sido hecha esta advertencia.

EL PRESIDENTE PROVISIONAL: La Presidencia tiene en cuenta las consideraciones de orden constitucional, pero la presente reunión es plenaria y puede aprobar una modificación. No creo que se pueda decidir aquí ahora la designación de un segundo país como suplente, pero sí se puede hacer la proposición, y si hay una mayoría dispuesta a aceptarla, estaría justificada una modificación constitucional por los procedimientos que señalan los reglamentos.

Esa es la opinión de la Presidencia. Pero quisiera oír de nuevo la opinión del señor Delegado de Cuba ante esta interpretación. Si él considera que esto no es contrario a los reglamentos ni a las prácticas establecidas, pondría a votación la proposición del Delegado del Uruguay, no para aprobarla definitivamente sino para que, si tal es el sentir del Pleno, se busque la modificación constitucional respectiva.

El Dr. HURTADO (Cuba): Entiendo que la Presidencia ha tenido con el señor Delegado del Uruguay una actitud de alta cortesía que yo comparto, pero, en punto a la aplicación estricta de preceptos, nada inconstitucional puede ser debatido. En cambio, se obtendría el mismo resultado invitando a nuestro querido compañero del Uruguay a que formule su propuesta cuando se discutan los proyectos de enmienda a la Constitución. Es al discutir estas enmiendas donde cabe la posibilidad de introducir el sistema de sedes suplentes o múltiples como en otros organismos. Pero no ahora. Lo que está claro y evidente es que reglamentariamente no cabe admitir una afirmación inconstitucional. No tendría valor, como el Presidente acaba de decir muy bien, que este Pleno votara ahora en favor de una o varias sedes suplentes, porque esa decisión estaría en contradicción con el artículo constitucional. Si esto es así, no es recomendable que se estén discutiendo y votando ahora cuestiones constitucionales a reserva de que luego la Conferencia revalide la reforma constitucional, pues esa reforma debe ser previa y anterior a toda decisión. Esa es mi posición.

EL PRESIDENTE PROVISIONAL: Tiene la palabra el Delegado de Honduras.

El Dr. JAVIER (Honduras): La Delegación de Honduras, considerando que la proposición del

Delegado del Uruguay es inconstitucional, propone a los señores delegados que se aplaze la discusión del Artículo 13 para que el Dr. Bertolini pueda presentar la correspondiente propuesta de reforma constitucional. En las actuales circunstancias creo que sólo caben dos soluciones: o se aprueba el artículo tal como está, o se aplaza la discusión hasta después de modificar el artículo constitucional que impide la redacción propuesta por el Delegado del Uruguay.

EL PRESIDENTE PROVISIONAL: La Presidencia se permite preguntar al Delegado del Uruguay si encuentra aceptable el procedimiento sugerido por el de Cuba, y apoyado por el de Honduras. ¿Está de acuerdo el Delegado del Uruguay en volver a presentar su proposición en el momento en que se trate de las enmiendas a la Constitución?

EL DR. BERTOLINI (Uruguay): Estoy de acuerdo, señor Presidente.

EL PRESIDENTE PROVISIONAL: Tiene la palabra el Delegado de Paraguay.

EL DR. PEÑA (Paraguay): Quiero simplemente señalar a la atención de la Conferencia que la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, en el Capítulo VIII, Artículo 25, dice lo siguiente: "Enmiendas a la Constitución: La Conferencia o el Consejo Directivo podrán aprobar y poner en vigencia, de acuerdo con las normas que determine, las enmiendas a esta Constitución." Por lo tanto, a mi entender, esta Conferencia está autorizada a enmendar la Constitución y a poner en vigencia las enmiendas inmediatamente.

EL PRESIDENTE PROVISIONAL: Se va a someter a votación el texto del Artículo 13, tal como está, a reserva de la modificación constitucional que proponga el Delegado del Uruguay. ¿Están de acuerdo con ese procedimiento? Tiene la palabra el Delegado de Chile.

EL DR. TORREBLANCA (Chile): Desearía simplemente solicitar una aclaración, respecto al Artículo 17 que establece textualmente: "Una mayoría de los miembros participantes y con derecho a voto en la Conferencia constituirá quórum." Yo quisiera que la Mesa me explicara el fondo de este artículo. Al decir: "Una mayoría de los miembros participantes y con derecho a voto. . .", creo que se establece una situación un poco obscura; por eso, me atrevería a sugerir una modi-

ficación de forma, en el sentido de que el artículo dijera: "Una mayoría de los Gobiernos o de los representantes de Gobiernos en la Conferencia constituirá quórum." No veo la necesidad de agregar: "Y con derecho a voto."

EL DR. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): Señor Presidente, a mi entender la frase "una mayoría de los miembros participantes y con derecho a voto" obedece a la circunstancia que no siempre todos los miembros participantes tienen derecho a voto. El artículo siguiente establece que ciertos países tienen derecho a participar en los debates y a votar "excepto cuando se encuentre sometida a discusión cualquiera de las cuestiones enumeradas en el Artículo 15 de este Reglamento". Quiere decir esto que, en un momento dado, algunos de los miembros participantes, pueden no tener derecho al voto. Tal es mi interpretación personal.

EL PRESIDENTE PROVISIONAL: El Delegado de Chile tiene la palabra.

EL DR. TORREBLANCA (Chile): Me parece que en ese caso habría que establecer en el Artículo 15, o mejor, en el Artículo 18, las circunstancias en las cuales no tienen derecho a voto estos representantes de los territorios.

EL PRESIDENTE PROVISIONAL: La Presidencia rogaría al señor Delegado de Chile que aclarara algo más cuál es su punto de vista.

EL DR. TORREBLANCA (Chile): Señor Presidente, la posición mía es la siguiente: según esta redacción no queda claramente establecido en el Artículo 17 cuál es el número mínimo de participantes que se requiere para iniciar la Conferencia, es decir, para constituir quórum, porque no está establecido en otro artículo que estos Estados, estos territorios deban ser exceptuados en esta circunstancia precisa.

EL PRESIDENTE PROVISIONAL: Tiene la palabra el Delegado de Cuba.

EL DR. HURTADO (Cuba): Comparto, señores, el criterio del Delegado de Chile. Indiscutiblemente que la redacción es obscura, pero esto dimana de un problema no definitivamente resuelto, por desgracia, entre nosotros. Aquí estamos reunidos como XV Conferencia Sanitaria Panamericana. Como ve el señor Delegado, está abierta la sesión, y ello a pesar de que no se pronunciaron las consabidas palabras "Comprobado el quórum, queda abierta la sesión." ¿Sesión de qué? De la XV

Conferencia Sanitaria Panamericana. Pero al mismo tiempo que se ha inaugurado la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, ha quedado abierta la X Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. Si vamos de abajo a arriba y nos detenemos breves instantes en el organismo regional, nadie tendrá ni la menor duda de que hay un quórum, según la representación legítima de todos los países que constituyen el organismo regional. Pero, dejado ya constituido íntegramente el organismo regional, volvamos a la Conferencia Sanitaria Panamericana. ¿Qué es la Conferencia Sanitaria Panamericana? La reunión de los representantes de los Gobiernos Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana. ¿Quiénes son los Gobiernos Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana? Los Gobiernos de los 21 países de América. Ahora bien, en el orden científico y en el orden sanitario y en el orden higiénico, en la unidad de América, unidad geográfica continental, nosotros nos sentimos muy amablemente acompañados por una serie de territorios que políticamente tienen su metrópoli extracontinental. Al tenerlos alrededor de nuestra mesa, discutimos con ellos los problemas sanitarios, pero hay problemas de carácter político-administrativo que no son de la competencia de esos territorios, cuya personalidad jurídica, inclusive, se discute en el Continente. Dice muy bien el Dr. Torreblanca que en otros cónclaves de carácter político está sobre la mesa la discusión de territorios, y hay territorialistas "enragés", y los hay que niegan toda posibilidad de que pueda haber territorios dentro del Continente con metrópoli extracontinental. En fin, esa no es afortunadamente nuestra materia. Es materia para las Naciones Unidas y materia de otra naturaleza. Pero ésa es realmente la causa determinante de este problema. A los Miembros representantes de territorios, nosotros les damos la plenitud de acción y una similitud de grado de participación en todo lo técnico, etc.

El Artículo 19 les da incluso el privilegio de participar en el mismo nivel que los representantes de naciones americanas en el terreno económico, con tal de que estos territorios hayan hecho su contribución al presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana.

Punto muy candente y muy debatido, que tiene su pro y tiene su contra. No tienen participación los territorios en lo que pudiéramos llamar la

parte política de la Organización. Pero hay un punto de un alcance extraordinario que estoy seguro que el Dr. Torreblanca verá enseguida. Supongamos que el representante de un territorio fuera elegido presidente de uno de nuestros cuerpos directivos—la Conferencia, el Consejo Directivo, o el Comité Ejecutivo—y que en el programa de temas figurara un punto de naturaleza eminentemente política constitucional interna americana; en tal situación, el señor Presidente tendría que decir: "Señores, con permiso, me retiro, venga el Vicepresidente y siéntese aquí porque yo no puedo presidir". Esta situación no quedará resuelta hasta que no se clasifiquen los miembros de la Organización en miembros integrales, "full members" como dirían los compañeros norteamericanos, y miembros asociados. Mi opinión personal y mi consejo amistoso al compañero Delegado de Chile, compartiendo su criterio de que el actual texto es obscuro, es que, por el momento, sería suficiente una pequeña enmienda de estilo, dejando de lado la cuestión básica, que sigue pendiente y que es de esperar que algún día se resuelva. Mientras tanto podremos seguir funcionando como hasta ahora, con esta política de tolerancia interpretativa.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: La Presidencia se permite preguntar al Delegado de Chile si tiene alguna otra observación que hacer.

El Dr. TORREBLANCA (Chile): Señor Presidente: mi intención ha sido sugerir la conveniencia de que, para establecer el quórum se tuviera en cuenta a todos los participantes, sin excluir a los representantes de los territorios; ya que se les ha reconocido el derecho a voto para la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, bien podrían también ser tomados en consideración para evitar el riesgo de que alguna vez fracase una Conferencia por no existir número suficiente de países con derecho a voto. Ese ha sido mi propósito.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: ¿El señor Delegado de Chile retira la enmienda que había propuesto?

El Dr. TORREBLANCA (Chile): La retiro, señor Presidente.

Se somete a votación la Parte III del proyecto de Reglamento Interno de la Conferencia, que queda aprobada por unanimidad.

El Dr. González (Subdirector, OSP) da lec-

tura a la Parte IV (Artículos 32 a 40) del proyecto de Reglamento.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: ¿Los Delegados tienen alguna observación que hacer a esos artículos?

Se somete a votación la Parte IV del proyecto de Reglamento, que queda aprobada por unanimidad. El Dr. González (Subdirector, OSP) da lectura a la Parte V (Artículos 41 a 52) del proyecto de Reglamento.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: ¿Algunos de los delegados tienen observaciones que hacer a la Parte V?

Se somete a votación la Parte V del proyecto de Reglamento, que queda aprobada por unanimidad.

El Dr. González (Subdirector, OSP) da lectura a la Parte VI (Artículo 53) del proyecto de Reglamento.

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

El Dr. BERTOLINI (Uruguay): Señor Presidente, tengo entendido que el Artículo 53 modifica substancialmente la redacción del aplicado a la Conferencia anterior. En ese caso yo pediría a la Mesa que se diera lectura al artículo en su forma anterior, pues sería interesante oír las razones en que se haya fundado la modificación. Además, tengo mis dudas con respecto a si la aprobación de este artículo, tal como está concebido, implicaría su vigencia inmediata. De no ser así, yo pediría que fuera presentado a la ratificación de la Conferencia próxima.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. NOBLÍA (Argentina): Quisiera que se me explicara, por vía de aclaración, si los territorios intervienen en la elección del Director.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: El Delegado de Guatemala tiene la palabra.

El Ing. OLIVERO (Guatemala): Señor Presidente, éste fue uno de los artículos que en la 35a Reunión del Comité Ejecutivo sufrieron algún cambio de redacción con respecto al reglamento anterior. Rogaría a los señores delegados, para las explicaciones que me voy a permitir formular, que tuvieran a la vista el Artículo 53, tal como está en el reglamento anterior.

El Artículo 53, en la redacción que propone el Comité Ejecutivo, emana de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana. Dicho Artículo, en el texto anterior, comenzaba diciendo: "De acuerdo con el Artículo 4-E de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, la Conferencia elegirá al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por dos tercios de los votos de los Miembros presentes y votantes." Ahora, con la modificación que se propone, comienza así: "La Conferencia elegirá al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por dos tercios de los votos de los países presentes con derecho a votar."

La razón de este cambio es precisamente nuestra Constitución. Se quiso calcar aquí exactamente el texto del Párrafo E del Artículo 4 que dice exactamente lo mismo que ahora se propone.

Esta, señor Presidente, es la explicación de que el Comité Ejecutivo haya propuesto este cambio. Viene luego una adición porque en la citada reunión del Comité Ejecutivo se señaló la conveniencia de que se especificara en este artículo la duración del mandato del Director. Por eso se dice ahora: "El mandato del Director será de cuatro años." Y a partir de este punto, desde donde dice "En su calidad . . .", no hay ningún cambio con respecto al texto anterior.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. NOBLÍA (Argentina): Estoy esperando que me aclaren si votan los territorios.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: El señor Director de la Oficina va a dar la explicación.

El Dr. SOPER (Director, OSP): Desde el año 1951 existe el acuerdo, confirmado después por la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, de que los representantes a que se refiere la pregunta tienen voto en todos los problemas, salvo en los casos estipulados específicamente en este Reglamento. Como se ve en el Artículo 15, esos casos son aquellos en que la Conferencia se ocupa de cuestiones constitucionales, de las relaciones jurídicas entre la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud o la Organización de Estados Americanos o de otras cuestiones relativas a la Organización Sanitaria Panamericana en su carácter de organismo especializado interamericano.

Hemos de señalar también que el Director de

la Oficina Sanitaria Panamericana tiene que actuar como Director Regional de la Organización Mundial de la Salud, por lo que resulta esencial no limitar el derecho de voto; la Conferencia y el Consejo han considerado que el derecho de voto debe ser lo más amplio posible, restringiéndolo solamente en la parte que realmente toca a la vida jurídica de la Organización Sanitaria Panamericana.

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

El Dr. NOBLÍA (Argentina): No necesito un relato documentado; lo que deseo es la respuesta del Director. Mi pregunta concreta es ésta: ¿participan los territorios en la elección del Director o se considera que éste es un problema constitucional y no se permite que voten? Yo quiero la respuesta categórica.

El Dr. SOPER (Director, OSP): La respuesta es que votan.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. NOBLÍA (Argentina): En el Artículo 53 del proyecto de Reglamento se dice que el mandato del Director será de cuatro años. Por otra parte, en el Artículo 4-E, la Constitución establece que la Conferencia elegirá al Director, y más adelante dispone en el Artículo 7, que "la Conferencia se reunirá normalmente cada cuatro años." Esto quiere decir que el mandato del Director está ya limitado a ese plazo. ¿Que sucede, luego, si la Conferencia no se reúne por una causa no determinada? ¿Termina a los 4 años el mandato del Director o se prorroga hasta que se reúna la Conferencia?

El PRESIDENTE PROVISIONAL: El señor Subdirector de la Oficina va a contestar este punto.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): En el mismo Artículo 4-E de la Constitución se dice lo siguiente: "En caso de renuncia, incapacidad o muerte del Director en el intervalo de las Conferencias, el Consejo Directivo elegirá un Director que actuará con el carácter de interino". Quizás pudiera interpretarse esto en el sentido de que, llegado a su término el mandato del Director y no pudiendo éste continuar legalmente en su cargo, estaría el Consejo Directivo llamado a actuar. Esto es una simple observación.

El Dr. NOBLÍA (Argentina): Si se me permite,

diría que el problema es muy serio y que se debe establecer claramente un criterio sobre esta materia. Dejarlo a la interpretación de los textos en un determinado momento es un poco aleatorio. Lo que convendría es encomendar el estudio de este artículo a una comisión. Es cierto que nunca se ha dado el caso a que me he referido, pero podría darse y crear un conflicto.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: El Artículo 4, párrafo E, de la Constitución dispone que en caso de quedar vacante el cargo de Director de la Oficina, el Consejo Directivo elegirá un Director interino. Podría aplicarse el nombramiento de Director interino mientras surge la oportunidad legal de elegir un nuevo Director en propiedad. Pero el Delegado de la Argentina propone que el artículo completo pase a una comisión de estudio para obviar el punto que él señala, que es realmente importante, y que no está resuelto en la Constitución. ¿Es esa la proposición del Dr. Noblía?

El Dr. NOBLÍA (Argentina): Así es, señor Presidente. Yo entiendo que es un problema serio y que se presta a todas las interpretaciones; por eso valdría la pena de someterlo al estudio de una comisión.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: ¿Hay algún otro punto en este Artículo 53 sobre el que los delegados quieran pronunciarse para que sus comentarios puedan servir de información a la comisión que se designe? El Delegado del Brasil tiene la palabra.

El Dr. DE MEDEIROS (Brasil) (*traducción del portugués*): Deseo saber, señor Presidente, si la concesión del voto a los representantes de los territorios es una innovación o si ya se había seguido esta práctica en el pasado.

El Dr. SOPER (Director, OSP): Puedo informar que en la elección celebrada en Santiago, en la XIV Conferencia, participaron los delegados de los tres países referidos.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: ¿Hay alguna otra observación? El Delegado de Chile tiene la palabra.

El Dr. TORREBLANCA (Chile): Señor Presidente, deseo apoyar la moción del Delegado de la Argentina. Según la redacción que se propone para el Artículo 53, en vez de ser elegido el Director por dos tercios de los votos de los países

presentes y votantes, como decía el Reglamento anterior, se diría de "los países presentes con derecho a votar". Esto hace, a mi juicio, que sea mucho más difícil lograr, en determinadas circunstancias, las dos terceras partes necesarias para ser elegido, y así resulta aun más difícil que en la actualidad, la elección de futuros Directores. Otro factor que habría que tomar en consideración para someter a un estudio acucioso este artículo, es que el Director, al terminar su mandato, se puede ver en una posición legal y reglamentariamente incómoda.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Si no hay ninguna otra observación, se va a someter a votación la proposición del Delegado de la Argentina, para que se encargue a una comisión el estudio y redacción del Artículo 53.

Se somete a votación la propuesta del Delegado de la Argentina, con el siguiente resultado: 12 votos a favor, uno en contra y 5 abstenciones.

Queda aprobada la moción.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Se constituirá una comisión para estudiar los puntos suscitados durante el debate. La Presidencia solicita propuestas para integrarla. El Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Señor Presidente, entendemos que el dejar este artículo en manos de una comisión, no impedirá que se apruebe el resto de los artículos, a fin de que la Conferencia disponga de un Reglamento para continuar sus deliberaciones.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: ¿Hay proposiciones para integrar la Comisión? Posiblemente algunas delegaciones de las que tienen asesores legales, podrían integrar un grupo de trabajo que estudiase este artículo en un tiempo determinado. Pido, pues, al Pleno que presente sugerencias sobre la integración de la comisión. El Delegado de Venezuela tiene la palabra.

El Dr. ARREAZA GUZMÁN (Venezuela): Propongo al Dr. Hurtado, de Cuba, para formar parte de la comisión.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: El Delegado de Nicaragua tiene la palabra.

El Dr. CASTILLO RODRÍGUEZ (Nicaragua): Propongo al Delegado de Venezuela.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Tiene la palabra el Delegado del Paraguay.

El Dr. PEÑA (Paraguay): Para proponer al Delegado del Brasil.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Se han formulado tres proposiciones. Si el Pleno no tiene inconveniente, la Presidencia propone que se incluya también en la comisión a una representación de las Delegaciones de los Estados Unidos, Chile y Argentina. ¿Están de acuerdo?

Queda constituida la Comisión designada para estudiar el Artículo 53 del Reglamento Interno, integrada por las Delegaciones de Brasil, Venezuela, Cuba, Estados Unidos, Chile y Argentina.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Queda en suspenso la aprobación de la parte VI y continuamos con la parte VII del proyecto de Reglamento.

El Dr. González (Subdirector, OSP) da lectura a la Parte VII (Artículos 54 a 58) del proyecto de Reglamento Interno.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: ¿Alguna observación?

Se somete a votación la Parte VII del proyecto de Reglamento, que queda aprobada por unanimidad.

El Dr. González (Subdirector, OSP) da lectura a la Parte VIII (Artículo 59) del proyecto de Reglamento Interno.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: ¿Hay alguna observación?

Se somete a votación la Parte VIII del proyecto de Reglamento, que queda aprobada por unanimidad.

El Dr. González (Subdirector, OSP) da lectura a la Parte IX (Artículos 60 y 61) del proyecto de Reglamento Interno.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: ¿Alguna observación?

Se somete a votación la Parte IX del Proyecto de Reglamento Interno, que queda aprobada por unanimidad.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: ¿Algún comentario? El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Quería recomendar una adición al Artículo 60, que se refiere a las

modificaciones de este reglamento. Se indica que deberán hacerse con aviso de 24 horas o por un voto de mayoría de dos terceras partes en cualquier momento. Me refiero al "modus operandi" de las modificaciones. Hemos asistido esta mañana a un debate, muy interesante, sobre cuestiones muy importantes de aclarar, como esta última que ha pasado a estudio de una comisión. Me ha parecido muy bien dedicar el tiempo necesario a ese debate. Sin embargo, me gustaría ver agregado al Artículo 60, un párrafo en el que se dijera que, en las futuras Conferencias, el estudio se limitará a los proyectos de enmienda y no a la totalidad de los artículos, como hemos hecho hoy.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: La proposición del Delegado de Cuba es, en realidad, para futuras Conferencias. Por eso, la Presidencia sugiere que esta Conferencia apruebe el reglamento que estamos examinando y que el Delegado de Cuba presente oportunamente una moción encaminada a que en las futuras Conferencias no se discuta la totalidad del Reglamento, sino solamente las enmiendas que se propongan al texto del mismo.

El Dr. HURTADO (Cuba): No hay inconveniente.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Ahora hay que aprobar la totalidad, menos el Artículo 53, para cumplir con el procedimiento parlamentario.

Se somete a votación la totalidad del proyecto de Reglamento Interno de la Conferencia, menos el Artículo 53, y queda aprobado.¹

Tema 5: Elección del Presidente y dos Vicepresidentes

El PRESIDENTE PROVISIONAL: El tema 5 del programa se refiere a la elección del Presidente y dos Vicepresidentes. El señor Delegado de Guatemala tiene la palabra.

El Ing. OLIVERO (Guatemala): Señor Presidente, permítaseme presentar a la consideración de la Conferencia el nombre del Dr. Guillermo Arbona para ocupar la Presidencia. Debo informar también que el Comité Ejecutivo, considerando los méritos personales y profesionales del Dr. Arbona, así como su contribución a la organización de esta Conferencia, como Presi-

dente Ejecutivo de la Comisión Organizadora, acordó unánimemente recomendar esta designación a la Conferencia.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: ¿Hay alguna otra proposición? Tiene la palabra el Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): De acuerdo con la moción unánimemente aprobada por el Comité Ejecutivo, me permito interrumpir para decir al Presidente que debe haber un mensaje del Comité Ejecutivo al pleno de la Conferencia, en el cual el Comité transmitió a la Conferencia la recomendación unánime de que por aclamación se designara Presidente de esta XV Conferencia, al Dr. Arbona, Secretario de Salud de Puerto Rico. Ya sabemos que el articulado habla de votaciones secretas y de papeletas y de proposición de nombres. Muy bien. Ahora, eso no impide que la Conferencia apruebe la designación del Dr. Arbona e insisto en lo que significa moral, espiritual y psicológicamente que esta Conferencia acepte el mensaje del Comité Ejecutivo y aclame Presidente de la XV Conferencia, al Dr. Arbona.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: ¿Quiere el Delegado de Cuba que la Secretaría lea el acuerdo del Comité Ejecutivo?

El Dr. HURTADO (Cuba): Debe existir y debe decir eso.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: La Presidencia considera que el sentimiento es unánime. ¿Quiere el señor Delegado de Cuba que se lea de todas maneras el acuerdo del Comité Ejecutivo?

El Dr. HURTADO (Cuba): Sí, señor Presidente.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): En el Informe Final de la 35a Reunión del Comité Ejecutivo, en el punto relativo a los preparativos para la Conferencia, aparece lo siguiente:

Presidencia de la Conferencia. El Dr. Hurtado (Cuba) puso de relieve los grandes méritos personales y profesionales del Dr. Guillermo Arbona, Secretario de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, así como su valiosa contribución en la organización de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, como Presidente Ejecutivo de la Comisión Organizadora. Por ello propuso que el Comité Ejecutivo recomendase a la Conferencia la designación como Presidente de tan distinguida personalidad en el campo de la salud pública. El Comité Ejecutivo

¹El Texto del Reglamento aparece en la pág. 10.

compartió unánimemente este criterio y acordó que constara en acta.

El Dr. HURTADO (Cuba): ¿Me permite una aclaración el señor Presidente?

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Sí, señor Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): Yo lamento mucho, señores delegados, que se haya leído esta parte del Informe Final del Comité Ejecutivo, porque esa no era mi intención. Yo no hubiera aceptado ese texto en esta forma para pasar a la Conferencia, porque no pretendo ni pretendí antes ni ahora hacer señalamientos de carácter personal; no, pretendía que la recomendación fuera absolutamente impersonal.

La propuesta de designación del Dr. Arbona arranca del Comité Ejecutivo en pleno y no de una persona ni delegado concretamente, y se le pide a la Conferencia, de igual manera, que aclame unánimemente al Dr. Arbona con este mismo carácter de sentimiento general, compartido por la totalidad de la XV Conferencia. Propuso la totalidad del Comité Ejecutivo y aclama la totalidad de la Conferencia Sanitaria Panamericana. Esa era mi intención y lamento que no se haya presentado así.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Por acuerdo unánime del Comité Ejecutivo, se propone a esta Conferencia que designe Presidente al Dr. Guillermo Arbona.

Queda aprobada por aclamación la propuesta del Comité Ejecutivo.

El PRESIDENTE PROVISIONAL: Declaro Presidente de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana al Dr. Guillermo Arbona, Secretario de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Agradezco a todos la cooperación que me han prestado durante la interinidad de mis servicios e invito, muy complacido, al Dr. Arbona para que tome posesión de la Presidencia.

El Dr. Arbona (Estados Unidos) pasa a ocupar la Presidencia.

El PRESIDENTE: Señores delegados, agradezco profundamente, en nombre del Gobierno de los Estados Unidos, cuya delegación preside el Dr. Burney, a quien ustedes conocen, y que presidió la 11a Asamblea Mundial de la Salud en Minneapolis, y del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, el honor que ustedes me

han dispensado al designarme Presidente de la Conferencia. Comprendo que se trata de un reconocimiento al Gobierno de los Estados Unidos y al de Puerto Rico, más bien que a mi persona. Los miembros de la Delegación de los Estados Unidos, en la cual figuramos varios colegas de los servicios de salud pública de Puerto Rico, deseamos informarles que estamos a la disposición de los señores delegados para cualquier observación que quieran realizar sobre nuestras experiencias en el terreno de la salud pública. Tenemos la suerte de que está con nosotros el Dr. Pons, Ex Secretario de Salud de Puerto Rico, quien extendió la invitación a nombre del Gobierno de los Estados Unidos, a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana para que la XV se celebrara en Puerto Rico.

Espero que podamos alternar nuestro programa de trabajo con actos sociales y culturales, que les permitan conocer la vida de este pueblo y afirmar nuestro nexo de buena amistad y confraternidad.

Se va a proceder a la elección de los Vicepresidentes de la Conferencia. El Delegado de Venezuela tiene la palabra.

El Dr. ARREAZA GUZMÁN (Venezuela): La Delegación de Venezuela se permite proponer, para una de las Vicepresidencias, al señor Ministro de Salud Pública de la República de Colombia, Dr. Alejandro Jiménez Arango.

El PRESIDENTE: El Delegado del Ecuador tiene la palabra.

El Dr. RAMÍREZ (Ecuador): La Delegación del Ecuador apoya la proposición de la Delegación de Venezuela.

El PRESIDENTE: El Delegado de Costa Rica tiene la palabra.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): La Delegación de Costa Rica apoya igualmente la proposición del Delegado de Venezuela.

El PRESIDENTE: El Delegado de Chile tiene la palabra.

El Dr. TORREBLANCA (Chile): La Delegación de Chile se permite proponer, como Vicepresidente, al señor Ministro de Salud Pública de la República Argentina.

El PRESIDENTE: ¿Alguna otra proposición?

Quedan elegidos por unanimidad los Delegados de Colombia y Argentina.

El PRESIDENTE: El Delegado de Colombia tiene la palabra.

El Dr. JIMÉNEZ ARANGO (Colombia): Agradezco vivamente, a nombre del Gobierno que represento, el honor que se nos ha hecho al designar al Jefe de la Delegación de Colombia para una de las Vicepresidencias de la Conferencia.

El PRESIDENTE: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. NOBLÍA (Argentina): Entiendo que esta

designación, para ocupar una vicepresidencia, es un honor conferido al Gobierno que represento. Argentina vuelve ahora al escenario internacional, con una gran voluntad creadora y con gran sentido de compenetración y de solidaridad universal con todos los países del mundo. En este momento agradezco, en nombre de mi país, tan alto honor.

El PRESIDENTE: En esta forma se ha cumplido el orden del día.

Se levanta la sesión a las 12 h. 35 m.

SEGUNDA SESION PLENARIA

Lunes, 22 de septiembre de 1958, a las 15 h. 10 m.

Presidente: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos)

Tema 6: Constitución de las Comisiones principales

El PRESIDENTE: Se abre la sesión. Según el orden del día, nos corresponde, en primer término, constituir las Comisiones principales: la Comisión I, de Asuntos Técnicos, y la Comisión II, de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos.

La constitución de las Comisiones implica la elección de un Presidente para cada una de ellas. Comenzaremos por la elección del Presidente de la Comisión I. Tiene la palabra el Delegado de Costa Rica.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): La Delegación de Costa Rica se permite proponer al Dr. Horace P. S. Gillette, Asesor Médico del Gobierno de la Federación de las Indias Occidentales Británicas, como Presidente de la Comisión I.

El PRESIDENTE: ¿Alguna otra proposición para la presidencia de la Comisión I?

Queda elegido por unanimidad Presidente de la Comisión I el Dr. Gillette, Delegado del Reino Unido.

El PRESIDENTE: Ahora nos corresponde elegir al Presidente de la Comisión II. ¿Hay alguna propuesta? El Delegado de Chile tiene la palabra.

El Dr. HORWITZ (Chile): La Delegación de

Chile se permite proponer al Dr. Carlos Díaz Coller, Delegado de México, para la presidencia de la Comisión II.

El PRESIDENTE: ¿Alguna otra proposición?

Queda elegido Presidente de la Comisión II el Dr. Díaz Coller, Delegado de México.

El PRESIDENTE: La Secretaría nos informará sobre la constitución de la Comisión General.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): De acuerdo con el Artículo 34 del Reglamento Interno, la Comisión General estará integrada por el Presidente de la Conferencia, que actuará como Presidente de la Comisión General, los dos Vicepresidentes, los Presidentes de las Comisiones principales y los delegados adicionales de dos Países Miembros que no estén representados ya en la Comisión General.

Corresponde, pues, a la Conferencia la designación de dos delegados, de países que no hayan sido elegidos ya para la Presidencia de la Conferencia, las Vicepresidencias, o las Presidencias de las Comisiones principales.

El PRESIDENTE: Entonces procede designar dos delegados para que formen parte de la Comisión General. ¿Alguna proposición?

El Dr. ALLARIA (Argentina): Esta Delegación propone a los Delegados de Paraguay y Guatemala para integrar la Comisión General.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Nicaragua.

El Dr. CASTILLO RODRÍGUEZ (Nicaragua): Esta Delegación propone al Delegado de Venezuela.

El PRESIDENTE: ¿Alguna otra proposición? Tiene la palabra el Delegado de Venezuela.

El Dr. ARREAZA GUZMÁN (Venezuela): Quiéramos proponer para la Comisión General al Delegado de Panamá.

El PRESIDENTE: Entonces, si no hay ninguna otra proposición, se va a proceder a la elección de los dos delegados para la Comisión General. Me permito recordarles que cada delegación ha de votar por dos miembros. Tiene la palabra el Delegado del Ecuador.

El Dr. RAMÍREZ (Ecuador): ¿Se votará por país o por nombres de personas?

El PRESIDENTE: Deberá votarse por nombre del país. El Dr. Williams tiene la palabra.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): ¿Tendría usted la bondad de darnos una lista de candidatos, señor Presidente?

El PRESIDENTE: La Secretaría facilitará la información.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): Los candidatos son Guatemala, Paraguay, Venezuela y Panamá. Estos son los países que hasta ahora han sido propuestos.

El PRESIDENTE: Para la votación, la Presidencia se permite asignar como escrutadores a los Delegados de Honduras y Uruguay, a quienes invito a que pasen a la Mesa para proceder al recuento de votos.

Se procede a la votación y una vez terminada, los escrutadores dan cuenta de que el resultado ha sido el siguiente: Número de boletas depositadas, 19; boletas nulas, 1; boletas válidas, 18. Mayoría necesaria, 10. Votos obtenidos: Panamá, 12; Venezuela, 11; Paraguay, 7 y Guatemala, 6.

Quedan elegidos como miembros de la Comisión General los Delegados de Panamá y Venezuela.

Tema 7: Adopción del programa de temas

El PRESIDENTE: La Secretaría informará sobre este tema.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): Señor Presidente, este proyecto de programa de temas fue presentado por el Director de la Oficina a la 35a Reunión del Comité Ejecutivo celebrada los días 17 y 18 de este mes y en el Informe Final de dicha reunión¹ se incluye un resumen del debate correspondiente.

Este Comité Ejecutivo resolvió aprobar el proyecto de programa de temas de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, X Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, preparado por el Director, Documento CSP15/1, Rev. 3, y transmitirlo a la Conferencia. Consta de 36 puntos.²

El PRESIDENTE: Está en consideración el programa de temas. El Delegado de Costa Rica tiene la palabra.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): El Gobierno de Costa Rica se dirigió oportunamente al señor Director de la Oficina y, ateniéndose al inciso c) del Artículo 10 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, solicitó que este cuerpo directivo, en su 34a Reunión, acordase la inclusión en el programa de temas de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, de uno sobre el "Procedimiento para la postulación y elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana." En la actualidad no existe tal procedimiento, y el asunto se había discutido ya en la X Reunión del Consejo Directivo en que se declaró que se trataba de un tema cuya resolución correspondía solamente a la Conferencia. Repito que Costa Rica presentó el tema, no para que lo resolviera el Comité Ejecutivo, sino para que se incluyera en el programa de esta Conferencia, y lo planteó por estimar que no es conveniente esperar a una Conferencia para buscar métodos de elección. Debe llegarse a la Conferencia con conocimiento previo del sistema que se ha de seguir.

Por eso, al recibir una carta de fecha 18 de abril de 1958, en que el Director de la Oficina invitaba a proponer nuevos temas, el Gobierno de Costa Rica contestó, el 26 de abril, pidiendo la presentación de ese tema a la Conferencia. La Delegación de Costa Rica no ha pretendido que este método o este plan, al ser incluido en el programa de temas, sirviera para la elección del Director en esta Conferencia, pero sí considera

¹Vease Parte IV, págs. 420-422.

²El programa de temas aparece en la pág. 15.

importante que se establezca un método satisfactorio para el futuro.

El Gobierno de Costa Rica recibió, con gran sorpresa, una carta del señor Director en la que tal vez interpretaba mal la solicitud formulada y como resultado de esa mala interpretación—quiero llamarla así—, el punto propuesto no fue aceptado por el señor Director ni incluido en el programa de temas de la Conferencia.

La Delegación de Costa Rica se permite, pues, presentar un nuevo tema bajo el título de, "Procedimiento para la postulación y elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana." No lo hace con la idea de una aplicación inmediata sino para que, previo el oportuno estudio hecho por una comisión, el Consejo Directivo o el Comité Ejecutivo, se llegue a establecer un método aceptable para todos.

El PRESIDENTE: ¿Algún otro Delegado quiere hacer uso de la palabra en relación con el programa de temas? El Delegado de Uruguay tiene la palabra.

El Dr. BERTOLINI (Uruguay): No sé, señor Presidente, si este es el momento oportuno para plantear un caso parecido al que acaba de exponer el Delegado de Costa Rica. No sé si la Oficina recibió a tiempo una comunicación procedente del Gobierno del Uruguay pidiendo que se incluyera en el programa el tema "Estudio del problema de la diabetes en América". Quisiera saber si se recibió a tiempo.

El PRESIDENTE: La comunicación se recibió cuando ya había terminado la reunión del Comité Ejecutivo. Por eso no fue posible que el Comité aprobase la inclusión del tema en el programa. Pero tengo la comunicación del Gobierno del Uruguay sobre la Mesa. ¿Propone el señor Delegado ahora que se incluya ese tema en el programa?

El Dr. BERTOLINI (Uruguay): Sí, señor Presidente.

El PRESIDENTE: Tenemos, pues, dos proposiciones para añadir temas al programa. En primer lugar, la proposición de Costa Rica, para añadir el tema "Proyecto de procedimiento para la postulación y elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana". Se somete a votación.

Se procede a la votación, con el siguiente resultado: 14 votos en favor, ninguno en contra y 3 abstenciones.

Se aprueba añadir al programa de temas el propuesto por la Delegación de Costa Rica.

El PRESIDENTE: La segunda proposición, hecha por la Delegación del Uruguay, es para incluir el tema "Estudio del problema de la diabetes en América".

Se procede a la votación, con el siguiente resultado: 15 votos a favor, ninguno en contra y 2 abstenciones.

Se acuerda incluir en el programa de temas el propuesto por la Delegación del Uruguay. Queda aprobado el programa de temas en su totalidad.

Tema 8: Adopción del programa de sesiones

El PRESIDENTE: La Secretaría informará sobre este tema.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): Señor Presidente, el documento correspondiente es el Documento CSP15/24.¹ Este proyecto de programa de sesiones para la XV Conferencia fue sometido a la 35a Reunión del Comité Ejecutivo, que decidió aprobarlo y transmitirlo para su consideración a la Conferencia.

En general, se proponen sesiones plenarias en las mañanas, y se reservan las tardes para las sesiones de las Comisiones I y II, así como también para las reuniones diarias de la Comisión General. El martes 30 de septiembre se dedica a las Discusiones Técnicas. Naturalmente, corresponderá a la Comisión General fijar la marcha de los trabajos de la Conferencia y, si es necesario, proponer modificaciones a este programa de sesiones.

El PRESIDENTE: Se somete a la consideración de los señores delegados el programa de sesiones sugerido por el Comité Ejecutivo. ¿Algún comentario, observación u objeción a este programa?

Queda aprobado el programa de sesiones, sin perjuicio de las modificaciones que pueda proponer la Comisión General.

Tema 9: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo

El PRESIDENTE: Pasamos al tema 9 y escucharemos el Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo, Ing. Humberto Olivero. Invito al Ing.

¹Documento mimeografiado.

Olivero a dar lectura de ese Informe desde la mesa presidencial.

El Ing. OLIVERO (Guatemala): Es para mí un honor presentarme ante la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, en mi carácter de Presidente del Comité Ejecutivo. Digo que es un honor porque he tenido el privilegio, como Representante del Gobierno de Guatemala ante dicho Comité, de haber sido elegido su Presidente precisamente en un período en que el Informe Anual se ha de presentar ante el organismo máximo de la Organización Sanitaria Panamericana.

El Ing. Olivero lee a continuación el Documento CSP15/28.¹

El PRESIDENTE: Han escuchado ustedes el Informe del Presidente del Comité Ejecutivo. El informe queda sometido ahora a la consideración y comentario de los señores delegados. El Delegado de Chile tiene la palabra.

El Dr. TORREBLANCA (Chile): Quisiera, señor Presidente, felicitar calurosamente a los miembros del Comité Ejecutivo, y especialmente a su Presidente, el Ing. Olivero, por la forma brillante en que han cumplido las delicadas funciones que les fueron encomendadas.

El PRESIDENTE: ¿Algún otro comentario? ¿Aceptaría la Conferencia la adopción de una resolución, aprobando el informe sometido por el

Comité Ejecutivo? El Delegado de Chile tiene la palabra.

El Dr. TORREBLANCA (Chile): Aprobando y felicitando, a la vez, al Comité Ejecutivo, por la forma en que ha desarrollado sus labores.

Así se acuerda por unanimidad.²

Tema 4: Establecimiento, mediante sorteo, de la precedencia de las delegaciones

El PRESIDENTE: La Secretaría nos va a informar el orden de precedencia de las delegaciones.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): Señor Presidente, a fin de que conste en acta, me voy a permitir leer el orden de precedencia establecido para las delegaciones como resultado de la reunión preliminar de Jefes de Delegación celebrada ayer por la mañana.

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

El PRESIDENTE: ¿Algún otro asunto? Se levanta la sesión.

Se levanta la sesión a las 16 h. 25 m.

TERCERA SESION PLENARIA

Martes, 23 de septiembre de 1958, a las 9 h. 30 m.

Presidente: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos)

El PRESIDENTE: Se abre la sesión. La Secretaría va a informar sobre las decisiones adoptadas en la primera sesión de la Comisión General.

El Dr. González (Subdirector, OSP) da cuenta de los asuntos discutidos y medidas adoptadas en la primera sesión de la Comisión General.

Segundo Informe de la Comisión de Credenciales

El PRESIDENTE: Se va a presentar ahora el

segundo informe de la Comisión de Credenciales. Tiene la palabra el Relator de dicha Comisión.

El Dr. JAVIER (Honduras, Relator): La Comisión de Credenciales, constituida por los señores Delegados de Nicaragua, México y Honduras, se reunió en el Salón Isla Verde el día 23 de septiembre a las nueve de la mañana para celebrar su segunda sesión. La Comisión examinó las credenciales de la Delegación de El Salvador, que se han recibido en la Secretaría de la Conferencia, y

¹Véase Parte IV, págs. 385-389.

²Resolución I, pág. 24.

recomendó que dicha Delegación sea plenamente acreditada ante la Conferencia.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna observación sobre el Informe de la Comisión de Credenciales?

Queda aprobado el Segundo Informe de la Comisión de Credenciales.

Tema 10: Informe Cuadrienal (1954-1957) e Informe Anual (1957) del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

El PRESIDENTE: El Director de la Oficina, Dr. Soper, tiene la palabra.

El Dr. SOPER (Director, OSP): Señor Presidente, deseo indicar que el informe presentado hoy es un informe del cuatrienio 1954-1957, pero contiene también, para mantener la serie, un informe aparte sobre el año 1957.

Los documentos que tengo el honor de presentar a esta Conferencia son el undécimo informe anual y el tercer informe cuadrienal.

Al encontrarme hoy aquí, no puedo dejar de recordar Conferencias pasadas. Yo he tenido la fortuna de asistir a todas las Conferencias desde la IX, celebrada en Buenos Aires en 1934, y entre los presentes aquí no descubro a nadie que estuviera también en aquella reunión.

Es interesante notar que en aquella Conferencia de 1934 fue presentado por primera vez en una reunión internacional el problema de la fiebre amarilla selvática, y en la misma se señaló también a la atención de los reunidos el hecho de que el Continente Americano había sido invadido por el *Anopheles gambiae*, el vector más temido de la malaria en África y en todo el mundo.

De las personas que asistieron a la X Conferencia, celebrada en Bogotá, algunas se encuentran aquí; en dicha Conferencia se hizo mención nuevamente del peligro que el *A. gambiae* representaba para el Continente. En dicha reunión sucedió algo de mucha importancia, que puso de relieve el interés de los países por aunar sus esfuerzos para proteger el Continente. Al plantearse el problema del mosquito *A. gambiae*, los representantes de tres países que no formaban parte del mecanismo de la Conferencia, se presentaron separadamente ofreciendo una colaboración financiera en nombre de sus Gobiernos al programa de la erradicación del referido mosquito en el Brasil, en el caso de que los fondos del

Gobierno del Brasil y de la Fundación Rockefeller no fueran suficientes para dominar la situación.

Fue aquella la primera vez en que fui testigo de la existencia de un espíritu de solidaridad tan espontáneamente manifestado por los países que se brindaban a colaborar en la solución de un problema de esta naturaleza; y el recuerdo de este hecho me ha alentado a considerar cada vez con mayor confianza y entusiasmo la posibilidad de conseguir la colaboración de los países para la solución de los problemas continentales.

En la XI Conferencia que tuvo lugar en Río de Janeiro en 1942, o sea, durante la guerra, se declaró la erradicación del *A. gambiae* en el Brasil sin necesidad de apelar a las contribuciones de las otras naciones. La erradicación de *A. gambiae* en el Brasil, constituyó en aquel momento un acto de gran importancia en el orden internacional, toda vez que durante los primeros años de la guerra el nordeste de Brasil era la ruta aérea principal de los Estados Unidos para el África y otras partes del mundo.

Se encuentran aquí, en la Conferencia de 1958, varias de las personas que estuvieron presentes en la Conferencia de Caracas de 1947. Algunas de ellas desaparecieron después de las reuniones internacionales y han reaparecido en ésta. Pero es muy interesante observar que, si bien las personas cambian, los Gobiernos continúan y la Organización perdura. He de permitirme señalar, también, que durante los años de mi permanencia en la Oficina, como Director, he visto sucederse a los principales funcionarios, Ministros o Directores de Sanidad con quienes la Oficina ha sido llamada a colaborar. Sin embargo, ha sido constante el apoyo de los Gobiernos, lo que ha hecho posible, a pesar de las mutaciones de personas, mantener un programa general con una misma orientación.

Al presentar este informe quiero proclamar, una vez más, que la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud no son directamente responsables de la salud de ningún grupo de población en ningún territorio. La responsabilidad es siempre del Gobierno y realmente el informe más importante que aquí se presenta no es el del Director de la Oficina; el informe más importante para esta Conferencia es sin duda el resumen de los informes cuadrienales de los propios países, y si en mi informe no se reflejaron los resultados de la colaboración

y la coordinación en los trabajos sanitarios del Continente, poco importaría lo que se dijera en este debate sobre lo que la Oficina ha hecho.

He de insistir una vez más que este informe no es solamente un documento de la Oficina Sanitaria Panamericana para nuestra Organización. Es más bien un relato combinado de las actividades llevadas a cabo por la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud con la colaboración de los Gobiernos, del UNICEF, de la Administración de Cooperación Internacional de los Estados Unidos, de otras organizaciones y fundaciones privadas y hasta de empresas comerciales.

El informe ha sido distribuido a los delegados y no pretendo hacer ahora un estudio o presentación del mismo. Quiero sólo hacer hincapié en que hemos presentado una vez más un informe de tipo semipopular, que constituye un resumen de los hechos y es de utilidad para los publicistas y para cuantas personas quieran aprovecharlo a título informativo, tanto para los estudiantes en las escuelas de medicina y en las escuelas de salud pública, como para las publicaciones y revistas, etc.

Señalaré también que el documento está dividido en tres secciones: una introducción, la Parte I, o informe cuatrienal propiamente dicho, y la Parte II, que es el resumen de las actividades desarrolladas en 1957.

Pero, de todos modos, la introducción al informe del Director ha sido preparada especialmente para los técnicos y para las autoridades sanitarias más bien que con fines de divulgación.

Al presentar el año pasado al Consejo el informe del año 1956, insistí en la necesidad de preparar los planes para las actividades sanitarias a base de un período de varios años, no solamente por lo que se refiere a la Oficina, sino también a los Gobiernos. Esto es únicamente posible cuando se conocen de antemano, con alguna anticipación, los recursos de que se va a disponer. A este respecto declaro una vez más que la fuente más valiosa de recursos para la Oficina y para la Organización son los fondos que recibimos, en concepto de cuotas anuales, de los Gobiernos Miembros.

Al examinar los informes de la Organización muchas personas tienden a englobar todos los fondos aplicados a programas sanitarios internacionales como fondos de la Organización; pero los delegados de los países en esta Conferencia

no deben olvidar que la vida de la Organización y los planes para el futuro dependen realmente de las cuotas de los Gobiernos Miembros y también hemos de recordar siempre que la razón de existir de las organizaciones sanitarias internacionales, lo que inicialmente les ha dado vida a esas organizaciones, ha sido el problema de las enfermedades transmisibles. Es interesante señalar a este respecto que en la Primera Conferencia de 1902, uno de los problemas discutidos y sugerido para estudios y trabajos, fue el del mosquito que hoy llamamos *Aedes aegypti*, y que en 1900 ya se había comprobado que era el vector de la fiebre amarilla urbana.

Debemos tener presente que fue en una Conferencia Internacional, celebrada en Washington en 1881, donde el Dr. Carlos Finlay, de Cuba, formuló, por primera vez en una reunión internacional, la declaración de que el mosquito era el vector de la fiebre amarilla. Y en 1902, en la Primera Conferencia Sanitaria Panamericana, éste fue uno de los problemas que se estudiaron y la base de una resolución. Es muy interesante observar que uno de los temas del programa para esta Conferencia es el informe sobre el estado de la campaña de erradicación del *A. aegypti* en las Américas; una campaña que fue iniciada a fines de 1947, como resultado de una resolución de la primera reunión del Consejo Directivo celebrada en Buenos Aires ese mismo año.

Cabe señalar que la primera campaña internacional, regional, para la erradicación de un mosquito, encaminada a dar solución definitiva a este problema, fue la relativa al mosquito *A. aegypti*. Y, con respecto a los programas de erradicación en los distintos países, hemos de señalar que la iniciativa se debió a la Delegación del Brasil, cuando ésta alegó que su país, limpio ya del mosquito, estaba sufriendo repetidas reinfestaciones procedentes de los países vecinos.

Tales son el cuadro actual y el cuadro futuro. Tenemos la certeza de que en el futuro, cuando un país o una zona logre la erradicación de un vector de una enfermedad, o llegue a conseguir la erradicación de una enfermedad como tal, inmediatamente empezará a ejercer presión internacional con el fin de conseguir que se limpien o eliminen las fuentes de infección en las otras partes del mundo.

Refiriéndome concretamente a la fiebre amarilla, que fue base y razón de mi primera intervención en una Conferencia Sanitaria Panameri-

cana en 1934, no puedo dejar de decir algunas cosas. No hablaré más de la erradicación del *A. aegypti*, que es uno de los temas de nuestro programa; mencionaré simplemente que en ciertos países hemos encontrado dificultades con la resistencia del mosquito a los insecticidas. En relación con la propia fiebre amarilla, hemos presenciado en los últimos años, desde 1948, una invasión de Panamá y América Central, que ha progresado año tras año hasta que, hace año y medio, llegó a Guatemala, mientras en apariencia iba desapareciendo de las zonas por donde había pasado el virus. Todos los países de América Central fueron invadidos, con la única excepción de El Salvador.

Pero en 1956 y 1957 el virus de la fiebre amarilla reapareció otra vez en Panamá, exactamente en las áreas conocidas como infectadas en 1948, aunque aparentemente, en 1957 y 1958, el virus no ha llegado a pasar a la parte occidental de Panamá, y tenemos la impresión de que no ha servido de fuente para una nueva ola de infección en esta zona.

Volviendo un momento la vista hacia el extremo sur, en el Brasil, vimos en los años 1957 y 1958 la aparición de algunos casos de fiebre amarilla selvática en el valle del río Paraná y Paraguay, que representa la cuarta invasión observada desde el año 1934. El número de casos fue muy reducido gracias a la vacunación; pero es muy interesante observar esa nueva manifestación del movimiento cíclico del virus.

Continuamos observando casos en ciertas áreas en donde la fiebre amarilla aparece estática, como en San Vicente de Chucurí, en Colombia. No ha habido fiebre amarilla en la isla de Trinidad desde el año 1954 y, aparentemente, la isla ha estado completamente libre del virus durante este intervalo. Y no se ha encontrado ningún caso de fiebre amarilla transmitido por *A. aegypti* desde dicho año.

No voy a entrar en detalles sobre la fiebre amarilla en los demás países; me limitaré a resumir, indicando que todos los años han sido de cinco a ocho los países en que se han confirmado casos y que, en general, la zona que tiene casos un año no los tiene en el siguiente. El movimiento del virus de fiebre amarilla parece ser un fenómeno cíclico en casi toda su extensión, salvo algunos focos.

Al empezar hace once años con la formación de un equipo de personal técnico para la Oficina,

hice observar con insistencia a mis colegas que nosotros debíamos preocuparnos, no tanto de lo que se podía hacer inmediatamente, en aquel entonces, como de lo que la Organización estaría en condiciones de hacer al cabo de unos diez años de actividades.

Hay que señalar que el ritmo de vida de las organizaciones internacionales es mucho más lento que el de las organizaciones nacionales. Los mecanismos administrativos de los Gobiernos y las dificultades con que se tropieza a veces para encontrar personal, crean una situación en la que nuestra actividad ha de desenvolverse siempre a un ritmo menos acelerado que la de los propios Gobiernos.

Nosotros necesitamos saber, aproximadamente con dos años de anticipación, lo que podremos hacer en el futuro y, creo, por lo tanto, que esta Conferencia, en sus deliberaciones, debe analizar la situación, las posibilidades que a esta Organización se ofrecen, y tomar en consecuencia las medidas necesarias para preparar el programa teniendo en cuenta las posibilidades y, también, las necesidades de los países.

Voy a referirme brevemente a ciertos problemas que pudiéramos llamar más bien de desenvolvimiento, algunos de los cuales llevan un ritmo bastante lento pero en los que tenemos responsabilidad y que, poco a poco, queremos que se vayan resolviendo. Aludiré primero al problema de la utilización de la energía atómica con fines pacíficos, y mi informe al respecto puede ser muy breve. He de decir que hasta ahora no hemos conseguido encontrar una persona capacitada en esa especialidad y que nuestra actuación no ha comenzado todavía. Consideramos que es éste un campo de acción en el que todas las autoridades sanitarias del Continente, o casi todas, están necesitadas de asesoramiento y lamentamos que aún no se haya encontrado manera de resolver este problema.

Hemos discutido en años anteriores el problema de los productos farmacéuticos desde el punto de vista internacional, y puedo decir que en el momento actual estamos colaborando con determinados países en la solución del mismo. Tenemos programas para el año que viene y esperamos que eventualmente será posible, en el mismo año 1956, iniciar una encuesta sobre la situación en el Continente, como nos ha sido encomendado por nuestros cuerpos directivos.

El Centro Panamericano de Zoonosis, que ya

está instalado y funciona en el sur de la Argentina, continúa teniendo un presupuesto limitado, constituido por fondos de Asistencia Técnica, alguna contribución de la Oficina Sanitaria Panamericana y el apoyo del Gobierno de la Argentina. Consideramos que este Centro debe sujetarse a un régimen semejante al del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), contando con la colaboración de los países interesados; éstos habrán de aportar su contribución económica, fuera del presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana, comprometiéndose además a ampliar y mantener, dentro de ellos, los grupos técnicos capaces de colaborar con dicho organismo en los estudios de campo, de manera que el Centro de Zoonosis que imaginamos no sea un centro aislado, solamente para formar técnicos y efectuar investigaciones, sino un organismo activo, apto para colaborar con los Gobiernos en la solución de sus problemas y coordinar soluciones entre países vecinos. Esperamos convocar una reunión de las autoridades interesadas en la cuestión para los primeros meses del año entrante.

Refiriéndome, con brevedad, al Centro Panamericano de la Fiebre Aftosa, establecido en Río de Janeiro, puedo decir que el Centro continúa financiado por el Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos y que, si bien se han realizado algunos progresos científicos, todavía queda por resolver el problema básico de la vacuna contra la fiebre aftosa. He de añadir que, según tengo entendido, actualmente están en construcción los edificios nuevos que son necesarios para llevar a cabo pruebas eficaces de vacuna en ganado vacuno y esperamos, con los nuevos métodos, multiplicar rápidamente los virus en cultivos de células, y aumentar así las posibilidades de progreso real en este campo.

Voy a mencionar, sin entrar en detalles, que tenemos en estudio un proyecto para un centro de productos biológicos, como organismo cooperativo de los países de América Central.

Y últimamente hemos tomado una nueva iniciativa con respecto al saneamiento del medio. Hemos reunido un comité de especialistas para orientarnos sobre lo que se puede hacer para dar solución al problema básico del agua en las poblaciones de las Américas. Sobre esta cuestión se ha presentado un documento a la Conferencia. Quiero recalcar solamente el hecho de que, a

nuestro juicio, nunca será posible financiar el abastecimiento de agua a las poblaciones del Continente si no es a base de contribuciones de la población, mediante el pago de mensualidades por el servicio que reciban. Consideramos como muy necesario que los Gobiernos reconozcan que el agua es algo que se vende, y si quieren mantener y ampliar los servicios una vez instalados, es esencial que se establezca de antemano la forma en que haya de tributar la población servida, para amortizar los gastos.

En el informe del año pasado al Consejo hice ya referencia al problema de la vacunación contra la poliomielitis y la posibilidad de utilizar en el campo, entre las poblaciones, los virus vivos por administración oral. Puedo decir hoy que accidentalmente la Oficina Sanitaria Panamericana ha llegado a interesarse en este programa de administración de vacuna de virus atenuado, en el Estado de Minnesota, en la ciudad de Minneapolis. Se da el caso de que el técnico que estaba trabajando con la Universidad y con el Departamento de Salud del Estado en una prueba experimental, ha entrado en la Oficina, con otras funciones, antes de completar sus trabajos. De todas maneras, hemos colaborado, mediante los servicios de este colega, en los estudios en Minneapolis, y puedo decir simplemente que en el primer estudio en veinticinco familias, los resultados fueron considerados satisfactorios y el Departamento de Salud del Estado de Minnesota y la Universidad autorizaron un estudio mayor, entre unas 550 personas, ya terminado también con resultados considerados satisfactorios.

De la ciudad de México hemos recibido también información de haberse administrado los tres tipos de virus vivo a 3.000 niños de guarderías infantiles con resultados satisfactorios.

Ustedes, que han recibido ya el *Boletín* de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondiente al mes de agosto, habrán encontrado la traducción del trabajo sobre el empleo de los virus vivos en Africa, en el que se da cuenta de haberse administrado vacuna de virus vivo a una población de más de 200.000 personas.

En las Américas, aparte del caso de Minneapolis, se ha iniciado el empleo de virus vivo en Colombia y Nicaragua; y como están presentes los delegados de estos dos países, yo no pretendo entrar en detalles, salvo decir que hasta ahora no ha habido accidentes o contraindicación en el empleo de dicho virus.

Con respecto a los programas de erradicación, ya he dicho que la Oficina Sanitaria Panamericana intervino en el problema de la erradicación de *Aedes aegypti* por iniciativa del Gobierno del Brasil. Puedo decir también que la Oficina Sanitaria Panamericana se interesó en lo relativo a la erradicación de la frambesia, respondiendo a una iniciativa del representante del Gobierno de Haití. Tenemos hoy cuatro programas oficiales de erradicación, y cuando hablamos ahora de erradicación queremos realmente decir terminación, eliminación, extirpación. Tenemos programas de erradicación del *Aedes aegypti*, de la frambesia, de la viruela y de la malaria.

La erradicación de la malaria y la situación en cuanto a esta enfermedad es un tema de nuestro programa. No voy a referirme aquí al fondo del problema; sólo llamaré la atención sobre el hecho de que hemos encontrado últimamente el serio problema de la resistencia en América del *Anopheles albimanus* al insecticida dieldrín. Afortunadamente, parece que no ha adquirido, al mismo tiempo, resistencia al DDT. Pero la transformación de los programas de ritmo anual con dieldrín a ritmo trimestral con DDT, constituye un problema financiero y administrativo bastante difícil de resolver. A esto añadiré solamente que en otras partes del mundo el interés por la erradicación y la organización de los servicios han sido mucho mayores de lo que hubiera sido posible imaginar hace tres años. Recientemente hubo una reunión de los representantes de los países de Africa del Sur, Unión Sudafricana, Mozambique, Bechuania, Swazilandia y Rhodesia, los cuales acordaron emprender una campaña común para la erradicación de la malaria en toda la parte meridional del Continente. Por experiencia sabemos de antemano que, una vez conseguido este objetivo, estos mismos países ejercerán una presión, cada vez más enérgica, para conseguir la erradicación en el Norte.

Hemos registrado con gran satisfacción en la 11a Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Minneapolis este año, la iniciativa sobre las investigaciones internacionales y la decisión del Gobierno de los Estados Unidos de ofrecer una suma a la Organización Mundial de la Salud para analizar la situación y formular sugerencias con respecto al programa futuro, con el objeto de coordinar los estudios y las investigaciones que en el campo de la medicina y de la salud pública se llevan a cabo en todo el mundo.

Debemos señalar que existen, a este respecto, las investigaciones de laboratorio, las investigaciones sobre el terreno mismo y un tercer campo de investigación en el que se combinan las dos técnicas. Y en el Brasil, durante muchos años, al Servicio Nacional de Fiebre Amarilla le ha cabido la suerte de tener comprendidos en una misma organización el laboratorio, las investigaciones de campo y la responsabilidad general del control de la enfermedad. Conociendo el interés que despiertan las investigaciones, quiero señalar que se trata de un campo natural de colaboración internacional y que durante los últimos doce años, y aun más, la Oficina Sanitaria Panamericana ha trabajado al servicio de esta causa.

Durante varios años, por medio de la Oficina Sanitaria Panamericana, se han realizado en Guatemala estudios intensivos sobre el problema de la oncocercosis, no solamente de la parte terapéutica, sino también de la parte entomológica, con la clasificación de los vectores y trabajos conexos. También en la misma época (1946-1957) y en Guatemala, se efectuaron estudios sobre las enfermedades venéreas, especialmente las treponemosis, que han servido de base para el programa de erradicación de la frambesia en Haití y en otros lugares. Debemos insistir en que este programa de colaboración, esos estudios en Guatemala, han sido posibles solamente con la colaboración del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y de sus Institutos Nacionales de Higiene, los que también han colaborado con el Gobierno del Brasil y con la OSP en el programa de estudios sobre moluscocidas y en el problema de la esquistosomiasis en el Brasil.

Debemos referirnos de nuevo, en estas observaciones, a la colaboración que los representantes de los Institutos Nacionales de Higiene de los Estados Unidos han prestado a la Oficina y a los Gobiernos de América Central en los estudios sobre tratamiento de la malaria; a los estudios hechos por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá sobre la manera de controlar el bocio, y actualmente sobre la aterosclerosis y sobre los problemas del síndrome pluricarenal de la nutrición; los estudios para los que la Oficina ha facilitado a los Gobiernos asesoramiento sobre fiebre amarilla en Río de Janeiro, en Bogotá, en América Central, en San Vicente; los estudios en México sobre la absorción de insecticidas por las paredes; los estudios sobre el uso de una vacuna de virus vivo para la prevención

del tifo exantemático; los estudios sobre la fiebre aftosa; los estudios en los centros de zoonosis y los actuales sobre el empleo del virus de poliomiélitis, todo lo cual indica cuán vasto es el campo de la colaboración para las organizaciones internacionales.

Señores, yo he tratado de referirme solamente a algunos puntos; no quiero continuar con este monólogo. Voy a interrumpirlo en este momento, para oír las observaciones de ustedes, y dispuesto a responder a cualquier pregunta y a tratar de disipar cualquier duda que pueda existir.

El PRESIDENTE: El Delegado de Venezuela tiene la palabra.

El Dr. ARREAZA GUZMÁN (Venezuela): Deseo, al comenzar, felicitar muy sinceramente al Dr. Soper por el magnífico informe que nos ha presentado. Para los venezolanos, este informe y los resultados plasmados en él, son especialmente satisfactorios porque representan la culminación de una obra emprendida en nuestra ciudad capital, en Caracas, en 1947, y justifican ante nosotros mismos y ante el Continente, la actitud asumida en aquella época por las Delegaciones del Brasil, México, Venezuela y Estados Unidos. Realmente fuimos este grupo de países, y en esto perdónese-nos la inmodestia, los que impulsamos la transformación de la Oficina para convertirla en un organismo verdaderamente activo y realmente influyente en la sanidad continental. Los resultados brindados hoy por el Dr. Soper, y que se expresan en esas campañas de erradicación, llevando a la práctica un término casi desconocido en biología, son una prueba, pues, de que el esfuerzo y el ímpetu que tuvimos en aquella época estaban realmente justificados. Solamente deseaba pronunciar estas palabras porque, para nosotros, puedo decir que ha sido emocionante oír las palabras del Dr. Soper en esta oportunidad.

El PRESIDENTE: El Delegado del Reino de los Países Bajos (Surinam) tiene la palabra.

El Dr. VAN DER KUYP (Reino de los Países Bajos—Surinam) (*traducción del inglés*): Permítaseme hacer algunas observaciones con respecto al excelente Informe cuadrienal del Director.

En la página 16 se menciona: "Ya no se encuentra el *A. aegypti* en muchos países de las Américas, aunque en cierto número de ellos no se han terminado las investigaciones definitivas

para declarar completada la erradicación. Las siguientes áreas pueden considerarse probablemente limpias de tal insecto: Bolivia, Brasil, . . . Guayana Neerlandesa", etc. En la página 31 se señala que la campaña de erradicación del *A. aegypti* no ha comenzado aún en Surinam. El mapa de la página 165 muestra que Surinam es una zona sin campaña de erradicación.

En la página 167 se indica que en territorios "como las Islas Vírgenes de los E.U.A., las Islas Vírgenes del Reino Unido, Surinam y algunas de las Antillas Neerlandesas no se han organizado todavía programas concretos. Según los datos disponibles, la infestación de Surinam por el *A. aegypti* está muy extendida, pero todavía no se han adoptado medidas concretas para su erradicación".

Ninguna de esas cuatro afirmaciones es exacta. En Surinam, desde el siglo XVIII al XX, hubo varias epidemias de fiebre amarilla urbana, la última en 1908-1909. Según las pruebas de protección llevadas a cabo en ratones desde 1934, en los Laboratorios Rockefeller en Río de Janeiro y Bogotá, y en el Instituto de Higiene Tropical y Patología Geográfica de Amsterdam, la fiebre amarilla selvática es prevalente en la región de la sabana y en el interior, donde se encuentran mosquitos del género *Haemagogus* y monos. La tasa de inmunidad es especialmente alta en los amerindios cercanos a la frontera sudeste. La inmunidad entre los negros bosquímanos adultos varones es más frecuente que entre las mujeres adultas; en cambio es más o menos igual entre los amerindios adultos varones o mujeres.

Desde junio de 1948 se han tratado con DDT los depósitos de agua de la capital. En abril de 1949 se inició el rociamiento de las casas con DDT de acción residual. Desde diciembre de 1949 se han destruido todos los pequeños depósitos de agua desprovistos de valor.

Durante 1953 y 1954, el UNICEF y la Oficina Sanitaria Panamericana ofrecieron colaboración al Gobierno de Surinam para erradicar el *A. aegypti*. Varias zonas están libres de *A. aegypti* en la actualidad; por ejemplo, el principal aeropuerto, las plantas de bauxita de Moengo y Paramaribo y el proyecto de cultivo de arroz de Wageningen.

No obstante, a pesar del tratamiento periódico con DDT de las casas y depósitos de agua en la capital, la tasa de *A. aegypti*, que había disminuido de 42,1% a 0,4%, de repente subió a

12,2% en 1953. Las pruebas de laboratorio demostraron que hay en la capital *A. aegypti* resistentes al DDT.

Las primeras tandas de inspecciones, hasta la diecisiete, efectuadas desde 1954 a 1958, abarcaron unas 22.000 casas y sus patios revelaron tasas de infestación de 10,6-0,9%. La tasa de la décimotava tanda, desde el 5 de marzo hasta el 30 de agosto de 1958, que abarcó el período seco secundario y la estación lluviosa principal, fue de 3,1%.

En la capital, los inspectores sanitarios aplican rociamientos perifocales con gamexano siempre que encuentran criaderos potenciales o efectivos que no pueden ser eliminados.

El rociamiento de cobertura total del programa de erradicación de la malaria en los suburbios de la capital y en todas las partes rurales habitadas del país, que comenzó en mayo de 1958, probablemente apoyará las actividades contra el *A. aegypti*.

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

El Dr. HINMAN (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): En nombre de la Delegación y del Gobierno de los Estados Unidos, deseo expresar nuestras felicitaciones al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por su magnífico informe. Los 11 años a que se ha referido, han sido sumamente productivos, y por lo menos tres de los delegados que están en esta sala asistieron recientemente al VI Congreso Internacional de Medicina Tropical y se enteraron de algo de lo que se está haciendo en el mundo, especialmente en el campo de la erradicación.

Creo que debemos estar muy orgullosos del impulso y orientación que ha dado la Oficina Sanitaria Panamericana a los programas de erradicación, particularmente contra la malaria. Y, desde luego, el nombre del Dr. Soper estará siempre asociado a esta labor. Repito, pues, mi felicitación a la Oficina y a la Organización.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de México.

El Dr. DÍAZ COLLER (México): Quiero referirme a un solo punto del informe del Director en relación con las discusiones que celebramos en la IX Reunión del Consejo Directivo en Guatemala, en el año 1956. En esa ocasión, el que habla y varios otros de los aquí presentes, criticamos en forma, creo yo, detallada, algunos aspectos

relativos a las publicaciones de la Oficina, en particular al *Boletín*.

Yo quisiera hacer constar que desde esa fecha hasta el presente la distribución del *Boletín* ha mejorado notablemente, la calidad mucho más y la puntualidad es rigurosa. Sale con la puntualidad que pedíamos nosotros, por haberse tomado en cuenta las observaciones que hicimos en relación con este punto. Quiero darle las gracias más sinceras al señor Director.

El PRESIDENTE: El Delegado de Nicaragua tiene la palabra.

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua): En primer lugar, la Delegación de Nicaragua quiere extender las felicitaciones más sinceras al señor Director por el brillante informe que nos ha presentado, en el cual se destacan puntos de positivo interés para el presente y, sobre todo, para el futuro.

En relación con este informe quiero referirme, ante todo, a los trabajos de erradicación, y a los virus modificados o atenuados. En Nicaragua hemos usado la vacuna contra la viruela desde 1929 y 1930. Se vacunó en masa a casi toda la población y se ha continuado esta vacunación, no habiéndose registrado ya ningún caso de dicha enfermedad.

Luego apareció en 1952 y 1953 la fiebre amarilla. Usamos el virus 17D y ahora hemos completado la vacunación de más de un millón de habitantes, inclusive de la parte rural, sin dejar caseríos ni montañas donde no hayamos podido efectuar con éxito la vacunación, sin el menor contratiempo.

Después de efectuada esta campaña, que se ha continuado lentamente, sobre todo en lo referente a las personas que vienen del exterior, nos encontramos con el problema de la rabia en nuestra vecina República de Costa Rica. Hay que advertir que en Costa Rica, desde el tiempo de la colonia, no se había presentado un solo caso de rabia. Para atacar el problema planteado se celebró una reunión de Ministros de Agricultura y de Salubridad Pública en San Juan del Sur, a la que asistieron funcionarios de los correspondientes ministerios de Costa Rica y Nicaragua. En ella se convino cerrar las fronteras a un límite de 60 kilómetros al interior, con el objeto de prevenir nuevos casos de infección de rabia. Costa Rica cumplió perfectamente su cometido, como también lo hicimos nosotros Istmo arriba.

En la población de San Carlos y en la parte montañosa y deshabitada hicimos una labor intensa, que terminó hace unos dos meses y que afectó a 20.000 perros.

En este caso usamos el virus de la firma Lederle, bajo pasaje de esta nueva cepa que se está usando de virus atenuados. No se registró ni un solo accidente, es decir, la vacuna de virus vivo atenuado demostró ser absolutamente segura.

El Ministerio de Salubridad Pública de Nicaragua quiere realizar campañas de este tipo en las que se utilicen vacunas previamente verificadas para asegurarse de su eficacia científica en nuestro propio territorio.

Desde 1953, hemos tenido la oportunidad de visitar los Institutos Nacionales de Higiene en Washington, así como Pittsburgo, Filadelfia y otros lugares, con el fin de estudiar el virus de la poliomielitis. Prácticamente hemos llegado a comprender que en la actualidad se trata de un virus seguro, es decir, que ha pasado del estado experimental. Estamos ahora en la etapa de demostración, de probar la bondad del virus en producir anticuerpos y alcanzar un nivel seguro y constante.

Actualmente estamos usando virus facilitado por la Oficina Sanitaria Panamericana en una campaña total en la ciudad de Managua. Cuando salí de allí habíamos vacunado a 29.045 individuos y en la actualidad la cifra llega ya a cerca de 60.000. Estamos vacunando diariamente alrededor de 4.000 niños. La edad de los niños vacunados oscila entre los 10 años y los 4 meses de edad. No se han presentado accidentes de ninguna clase y estamos usando el virus Tipo 2, es decir, el Lansing. En mi país, generalmente, las epidemias son de Tipo 1 o de Tipo 3, pero una vez que se tomaron muestras de sangre, y se pasaron a los laboratorios de la "American Cyanamid", se encontró que el Tipo 2 era el que estaba produciendo los casos en la pequeña epidemia de Nicaragua. La inoculación del virus Tipo 2 ha sido terminada y desde ayer se empezó a emplear el virus del Tipo 1, con lo cual en tres semanas se tratará de dar por ultimado este programa.

De las muchas ventajas que presenta esta vacuna, y que son conocidas de todos ustedes, la principal es la epidemiológica. Es decir, que descarta la posibilidad de que una vez establecido el virus avirulento en el intestino del niño, pene-

tre un virus virulento, cosa que no pasa con la vacuna de Salk. Otra ventaja es la duración de la inmunidad que, como ustedes saben, en todos los virus atenuados es mucho más larga que en los virus de tipo muerto, como es el caso de la vacuna Salk, circunstancia también muy ventajosa desde el punto de vista administrativo y económico.

Desde luego, no hay que estar reactivando inmunidades cada año. El modo de administración de la vacuna es oral y no se requiere la enorme cantidad de médicos y enfermeras que necesita una campaña de virus muertos de las cepas Salk. El líquido tiene además un sabor muy agradable.

En esa forma, pues, quiero dar por sentado que a medida que los laboratorios trabajen y que los otros campos de inmunidad se desarrollen, tal vez sea necesario que la Oficina Sanitaria Panamericana piense en actividades de tipo continental para la erradicación de la poliomielitis. El Ministerio de Salubridad Pública de Nicaragua, con la ayuda del personal técnico enviado por la Oficina, ha preparado un organograma y se ha aprobado una ley mediante la cual se crea un departamento, adscrito a la Dirección General de Sanidad, que ha de entender en esta labor. En el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) se ha establecido un departamento que se llama "Servicio de Estudios Especiales". En él pueden caber las campañas contra la polio o cualquier campaña continental. En esta forma se adquiere cierta flexibilidad, dentro de la organización del Ministerio de Salubridad Pública, y se evitan fricciones entre las correspondientes divisiones, quedando así los estudios especiales bajo la dirección técnica del Director del SCISP. Deseamos que este programa tenga verdadero éxito.

Otra vez más quiero repetir al señor Director mis felicitaciones por su brillante informe, esperando, como siempre esperamos, que la Oficina, con su magnífico personal directivo y técnico, siga avanzando en su tarea.

El PRESIDENTE: El Delegado de Chile tiene la palabra.

El Dr. TORREBLANCA (Chile): Experimento el mayor agrado, al sumarme, a nombre del Gobierno de Chile, a las felicitaciones que aquí se han expresado al Dr. Soper por su brillante actuación. El informe que nos ha entregado representa un valioso documento informativo para estudiantes

de salud pública, escuelas de medicina y escuelas de salubridad. En él resalta un progreso sustancial en los problemas en que la Oficina ha actuado. A través de la obra se observa el pensamiento central que ha guiado toda la gestión del Dr. Soper, interpretando en forma debida los deseos de los Gobiernos y la importancia de los problemas de la salud.

Desde nuestro punto de vista nacional, quisiera destacar el programa de becas al que nuestro Gobierno concede especial importancia, porque reconoce lo valioso que es un técnico bien preparado para el progreso de la salud pública. En lo que respecta a los detalles de nuestra labor en materia de salubridad, éstos figuran en un folleto que esperamos repartir oportunamente a los delegados a esta Conferencia.

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

El Dr. AGUILAR (El Salvador): La Delegación de El Salvador desea felicitar al Dr. Soper por su informe, así como por la labor que ha desarrollado como Director. El éxito alcanzado por algunos programas de erradicación, así como también por algunos programas interpaíses, se debe básicamente a la descentralización de la Oficina. Es decir, a la regionalización, la cual tal vez constituya uno de los pasos más importantes dados por la Oficina en los últimos años.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Colombia.

El Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia): En nombre de la Delegación de Colombia, quiero expresar mi más efusiva congratulación al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por el espléndido informe que ha presentado esta mañana. Permítame usted, señor Presidente, que hable con un poco de emoción, porque soy testigo de la forma como se ha desarrollado, crecido y vivido la Organización Sanitaria Panamericana en estos últimos años. Formé parte de la Delegación a la X Conferencia, celebrada en Bogotá, y luego estuve presente y precisamente presidí la sesión en que se creó la Organización Sanitaria Panamericana en la XII Conferencia de Caracas.

Así, pues, he tenido el privilegio de ver la transformación de esta institución ilustre de la Oficina Sanitaria Panamericana convertida en la Organización Sanitaria Panamericana. De una oficina de información ha llegado a ser lo que todos estamos contemplando en el momento ac-

tual, y nuestro Hemisferio debe a esta Organización la situación sanitaria en que se encuentra hoy día y la manera como se han ido, primero, controlando y luego extirpando en algunas ocasiones, enfermedades que fueron azote de las Américas. La labor llevada a cabo por esta Organización contra las enfermedades parasitarias, la fiebre amarilla, el pian, el paludismo, la hacen acreedora a gratitud imperecedera. Quiero hacer constar que el motor de toda esta espléndida situación, ha sido el actual Director de la Oficina, el prócer de la salubridad universal, Dr. Fred L. Soper. Felicito a la Oficina y al señor Director por su informe.

El PRESIDENTE: El Delegado de Honduras tiene la palabra.

El Dr. JAVIER (Honduras): La Delegación de la República de Honduras desea agregar su felicitación al Dr. Soper, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, por el magnífico informe que acaba de rendir a la Conferencia. Es notorio el énfasis que él pone en los programas de erradicación del *Aedes aegypti*. A este respecto, la Delegación de Honduras se ha permitido entregar a la Secretaría un informe para que sea distribuido a las delegaciones del Continente, informe en el cual se detalla el estado actual de la erradicación del *A. aegypti* en nuestro país. La Delegación de Honduras aprovecha, además, esta oportunidad para agradecer al Dr. Soper el interés que le han merecido los problemas de salud que confronta nuestro país.

El PRESIDENTE: El Delegado del Ecuador tiene la palabra.

El Dr. RAMÍREZ (Ecuador): En primer lugar insisto en mi felicitación para el Dr. Soper y para los distinguidos miembros de la Organización, por el informe y por su magnífica presentación. El documento pone de manifiesto la gran labor que han realizado todos los pueblos de América. Seguramente, cuando informemos cada uno de los países sobre la acción sanitaria desarrollada, habré de molestar la atención de ustedes para darles cuenta de los hechos más sobresalientes registrados en mi país en materia de sanidad, pero ahora, en relación con el Informe del Director, únicamente quiero hacer referencia a la parte correspondiente al Reglamento Sanitario Internacional, página 77 y siguiente: "Para facilitar la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, cuya base es el 'área local', se ha pro-

curado obtener la lista completa de estas 'áreas locales' en cada país".

A este respecto, celebramos en enero del año pasado, en Maracay, un Seminario sobre el Reglamento Sanitario Internacional, y se hizo la sugerencia a todas las delegaciones presentes de que enviaran a la Oficina Sanitaria Panamericana una modificación de las áreas locales establecidas anteriormente, más actualizadas, establecidas más de acuerdo con la realidad sanitaria y con los compromisos que debe tener cada país para evitar dificultades de tráfico internacional y favorecer el comercio. Ecuador cumplió inmediatamente con este deber y envió la suya a la Zona IV para que fuera distribuida. Quiero preguntar si se distribuyó el nuevo mapa de áreas locales del Ecuador y si los demás países que concurren a este seminario y que se comprometieron a hacerlo han presentado también sus áreas locales, pues esto, como dice el señor Director, tiene importancia básica en las relaciones de sanidad internacional.

El PRESIDENTE: La Secretaría buscará la información correspondiente y contestará al Delegado del Ecuador. El Delegado del Reino de los Países Bajos tiene la palabra.

El Dr. SWELLENGREBEL (Reino de los Países Bajos): Deseo hacer algunas observaciones sobre el tema de la hidatidosis, que figura en la página 53. Parece bastante abstracto, señor Presidente, pero muy importante. Se afirma que preocupa seriamente en Argentina, Brasil, Chile, Uruguay, Canadá septentrional y Alaska. Alaska forma parte de los Estados Unidos, pero el Canadá está representado aquí por un observador. La preocupación se debe, quizás, al hecho de que se ha producido un desarrollo notable en la epidemiología de la hidatidosis selvática, desarrollo que se inició en el Canadá. No se ha mencionado aquí antes, y se refiere, desde luego, primero a la hidatidosis selvática, que fue descubierta en el Canadá, y luego al *Echinococcus multilocularis* que yo descubrí que existía en Alaska. Esto podría tener interesantes repercusiones en países situados en la zona tórrida.

El PRESIDENTE: La Secretaría contestará oportunamente la pregunta del Dr. Swellengrebel. El Delegado de Guatemala tiene la palabra.

El Dr. LÓPEZ HERRARTE (Guatemala): La Delegación de Guatemala quiere sumar sus felicitaciones a las múltiples que ya ha recibido el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por su

brillante informe. Se nota con gran satisfacción que cada vez este informe es más completo y más explícito, hasta el grado de llegar a constituir el actual un verdadero libro de texto. Guatemala agradece las referencias que se han hecho a su colaboración e informará sobre cada una de ellas en su oportunidad. Queremos hacer especial mención del hecho de que Guatemala ve con sumo agrado la importancia que en su informe ha dado el señor Director a los trabajos de saneamiento ambiental, que en nuestra opinión merece un primer puesto entre los problemas que afligen a nuestro país.

El PRESIDENTE: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. NOBLÍA (Argentina): Quiero sumarme a las felicitaciones que merece el informe del Dr. Soper. Esas felicitaciones representan el reconocimiento de su capacidad técnica, de su tenacidad para cumplir y hacer efectivos los programas, de la abnegación y sacrificio que lleva consigo esa tarea y del gran sentido de solidaridad continental que la misma refleja. Dicho así, en términos encomiásticos, yo quiero señalar la satisfacción con que observé el énfasis que el Dr. Soper puso al subrayar las funciones desarrolladas por el Centro Panamericano de Zoonosis, instalado en nuestro país. Oportunamente, Argentina ofrecerá para sede de la próxima Conferencia, a su país, y si eso fuera aceptado, adelanto desde ahora que, sobre el terreno, y referido al Centro de Zoonosis y a sus campañas, podríamos observar los grandes adelantos que se realicen en el mismo, ya que para nosotros uno de los aspectos fundamentales que tiene dicho Centro no solamente atañe a los efectos de su acción sobre la salud humana, sino a sus consecuencias para nuestra economía, ya que los estudios que puedan hacerse sobre la fiebre aftosa, serán de gran beneficio para nosotros.

El PRESIDENTE: El Delegado del Uruguay tiene la palabra.

El Dr. BERTOLINI (Uruguay): El Uruguay se adhiere calurosamente a todas las expresiones de felicitación tributadas al Dr. Soper sobre el informe presentado. Evidentemente, esa labor magnífica ha quedado patentizada en lo que hemos oído aquí. Por consiguiente, el Uruguay se asocia a todos los países hermanos en esta demostración de simpatía al Dr. Soper. En el Uruguay le queremos mucho. A veces, su visita a nuestro

país se traduce en soluciones ejecutivas. Otras veces, nos aconseja en tono paternal, pero también con el carácter que se debe demostrar en la conducción de los problemas sanitarios. Dicho esto, quiero expresar también que esos problemas, o parte de los problemas que figuran en el informe, felizmente no afectan al Uruguay, como por ejemplo en materia de malaria, del *Aedes aegypti*, de la viruela. Por fortuna, podemos afirmar que no son problemas para nosotros. Pero sí lo es la poliomielitis.

En el informe del Dr. Soper se habla sobre esto, y el Uruguay quiere manifestar aquí a las demás delegaciones, a título informativo, que con el fin de llevar a cabo una amplia campaña de vacunación antipoliomielítica por vía oral, ha constituido una comisión con todas las fuerzas sanitarias del país. Esa comisión ha elaborado un programa de acción que, si les interesa, está a la disposición de las demás delegaciones.

Como es posible que en los próximos cuatro años todos los países de América estén dedicados a este mismo problema, solicito que para la XVI Conferencia se ponga en el programa de temas uno que pueda titularse: "Evaluación de los resultados de la vacunación antipoliomielítica por vía oral". Yo desearía que la Mesa tuviera en cuenta esta moción del Uruguay, a los efectos de cambiar impresiones dentro de cuatro años.

El PRESIDENTE: El Delegado del Paraguay tiene la palabra.

El Dr. PEÑA (Paraguay): Señor Presidente, después de haber escuchado el informe que ha presentado el Director, quiero también unir mi voz, a nombre de mi país, a las muchas felicitaciones que ya se han pronunciado aquí por ese espléndido documento.

Mucho es lo que debe la salud de las Américas al Dr. Soper, y el Paraguay, especialmente, tiene contraída con él una deuda muy grande de gratitud. Quizás sea conveniente recordar que en 1924 el Dr. Soper, que era entonces funcionario de la Fundación Rockefeller, inició en el Paraguay la primera campaña contra una enfermedad, la esquistosomiasis. Su campaña sirvió después de modelo para nuestras realizaciones en salud pública. Casi puede considerarse que fue su padre o uno de sus grandes propulsores en la República del Paraguay.

Quiero también destacar que el Paraguay siempre ha tratado de cumplir estrictamente con

sus compromisos internacionales en materia de salud pública. De los programas de erradicación, uno está terminado, el de *Aedes aegypti*, y voy a tener la oportunidad de presentar el informe correspondiente de mi país sobre ese tema. Los otros dos programas—los de erradicación de la viruela y de la malaria—están en pleno desarrollo.

Por el momento, quiero sencillamente dejar constancia de las felicitaciones muy calurosas de la Delegación del Paraguay al Dr. Soper por el informe presentado.

El PRESIDENTE: El Delegado de Panamá tiene la palabra.

El Dr. BISSOT (Panamá): La Delegación de Panamá desea felicitar, en la forma más entusiasta, al Dr. Fred L. Soper, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, tanto por el magnífico informe que ha presentado como por la brillante exposición que acaba de hacer.

Si bien es cierto que el informe merece una discusión detenida, no lo haremos en este momento ya que tendremos esa oportunidad más adelante cuando se discutan otros puntos, tales como la erradicación del *Aedes aegypti*, la erradicación de la malaria, las actividades del INCAP y el informe de los Estados Miembros sobre sus condiciones y progresos sanitarios en los últimos cuatro años.

Sí queremos llamar la atención sobre la introducción al Informe, porque en ella se describe en forma clara la estructura actual de la Organización Sanitaria Panamericana y de su Oficina, se hace un resumen del trabajo realizado en el pasado, y se proyecta hacia el futuro de nuestra Organización. Además, y esto lo consideramos de gran importancia, este capítulo, a juicio nuestro, contiene una verdadera filosofía de lo que es la medicina preventiva.

El PRESIDENTE: El Delegado del Brasil tiene la palabra.

El Dr. DE MEDEIROS (Brasil) (*traducción del portugués*): La Delegación del Brasil se asocia a las felicitaciones que se han presentado al Dr. Soper por la interesante exposición que ha hecho de las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana. El es un sanitarista que ha pasado frecuentemente por el Brasil en los últimos 22 años. Los servicios sanitarios del Brasil se deben, en sus grandes líneas generales, a su interven-

ción, adoptándose luego los servicios especializados.

A él debemos, principalmente, que la Fundación Rockefeller se empeñara en un combate contra el paludismo, en el que los mejores resultados se lograron mediante la creación de un servicio nacional en 1942, cuya orientación técnica fue trazada originalmente por el Dr. Soper. También podemos anunciar a esta Conferencia la completa erradicación del *Aedes aegypti* en el Brasil.

En el curso de mi actuación como Ministro de Salud, desde noviembre de 1955 a julio de 1958, tuve ocasión de conocer la intensa colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana en la solución de los problemas sanitarios de mi país. En ese período, se concertaron varios convenios con la Oficina Sanitaria Panamericana, para atender problemas que nos afectaban directamente. Así, por ejemplo, en 1956 concertamos un convenio mediante el cual la Oficina Sanitaria Panamericana se comprometía a instalar en el Brasil tres laboratorios de vacuna antivariólica. Actualmente, dos de estos laboratorios están prácticamente instalados y uno está empezando a funcionar. La obligación del Brasil consiste en producir una cantidad suficiente de vacuna que permita auxiliar a los diversos países vecinos.

Por otra parte, con la colaboración de un representante del Punto IV, elaboramos un programa destinado a erradicar el paludismo en nuestro país. Como se sabe, conseguimos someter a control dicha enfermedad, pero no hemos logrado erradicarla debido a la vasta extensión de nuestro territorio. Se trata de un problema de largo alcance que requiere, además de la intervención de las instituciones nacionales, el poder y la influencia de la Oficina Sanitaria Panamericana. En este año hemos firmado un convenio que facilitará la realización de actividades dentro de la orientación que nos ha dado la Oficina Sanitaria Panamericana.

También contamos con la colaboración de la Oficina en la lucha para erradicar el pian o buba, lucha que llevamos a cabo con eficiencia, gracias a las lecciones aprendidas. Y podemos decir que es muy posible que dentro de dos años se haya erradicado completamente aquella enfermedad, en la zona en que predomina, es decir en el nordeste del Brasil. A principios de este año recibimos, enviados por la Oficina Sanitaria Panamericana, cerca de 300.000 dosis de vacuna Salk

y, como Ministro de Salud en aquella época, puedo decir que la distribución de la misma se llevó a cabo en varios Estados del país, siendo vacunados casi medio millón de personas.

En los últimos tres años fue intenso el programa de becas concedidas por la Oficina Sanitaria Panamericana para la formación de técnicos en salud pública, lo cual se considera de la mayor importancia. Además de estas becas, se nos han asignado técnicos a las escuelas de salud pública establecidas en mi país. Cuando dejé el Ministerio, tenía organizada una comisión para estudiar la posibilidad de aplicar la vacuna contra la poliomielitis. A pesar de la extensión del Brasil, estamos desarrollando una actividad muy grande, utilizando la vacuna contra la tuberculosis; por otra parte, encontramos resistencia por parte de la población a servirse de la vacuna contra la poliomielitis por vía oral. Por lo tanto, tenemos que llevar a cabo campañas educativas y de publicidad, y estamos tratando de establecer, a este respecto, una comisión que efectúe la labor educativa, en primer lugar sobre una base experimental, aumentando su actividad para abarcar a todos los Estados del Brasil. Nos parece que ésta es la manera más eficaz de atacar el problema y creemos que la utilización de la vacuna oral será muy efectiva. Los experimentos han probado que con gran frecuencia los niños toman la primera y la segunda dosis, pero tropezamos con dificultades para lograr que todos los niños se presenten a ingerir la tercera dosis cuando deben hacerlo.

En relación con las observaciones que he formulado, que son un tributo que rendimos a la Oficina Sanitaria Panamericana, he de concluir proclamando que el Brasil debe la mayor gratitud a esta institución que fue afortunadamente creada para nuestro Continente, y es para mí un gran placer expresar al Dr. Soper, en nombre de mi país, el reconocimiento que sentimos por la cooperación que ha dispensado al Brasil y a nuestras organizaciones de salud pública. Deseo también unirme a las felicitaciones expresadas por los otros delegados de esta Conferencia.

El PRESIDENTE: El Delegado del Reino Unido tiene la palabra.

El Dr. GILLETTE (Reino Unido) (*traducción del inglés*): La Delegación del Reino Unido desea asociarse plenamente a todas las expresiones de felicitación que se han dirigido al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y a su personal.

Nos congratulamos, en particular, de la reiterada iniciativa de que la Organización Sanitaria Panamericana ha dado muestras en materia de salud pública y asimismo en la iniciación de sus programas de erradicación.

Ante el éxito que tenemos a la vista, en las Américas podemos mirar con confianza el futuro. Deseamos felicitar al Dr. Soper y a su personal, lo mismo que a su equipo de expertos técnicos que le ayudaron a preparar este documento realmente magnífico.

El PRESIDENTE: El Delegado de Haití tiene la palabra.

El Dr. NICOLAS (Haití) (*traducción del francés*): Quiero dar las más profundas gracias al Dr. Soper por el luminoso informe que ha sometido a esta Conferencia y por su contribución a la solución de los problemas sanitarios de Haití.

El PRESIDENTE: El Delegado de Francia tiene la palabra.

El Dr. OLLÉ (Francia) (*traducción del francés*): Señor Presidente, no deseaba tomar particularmente la palabra en lo que se refiere a la presentación de este informe, considerando que en el plano técnico tendré oportunidad de hacerlo ampliamente cuando hablemos de los capítulos principales, que son, por ejemplo, la erradicación de la malaria y de la fiebre amarilla, y de la presentación por las diversas delegaciones de los informes sobre las condiciones que prevalecen en sus países en los últimos cuatro años. Pero no sería justo que no me uniera a las felicitaciones de mis colegas aquí presentes.

Me parece que podemos considerarnos afortunados en el seno de esta Oficina Regional de la OMS para las Américas, por haber colocado al frente de ella a un hombre tan apreciado, particularmente por el Gobierno y la Delegación de Francia, no solamente por su gran competencia sino por su juicio en el plano internacional y por su perfecta cortesía. Ayudado por una Secretaría ejemplar, nos presenta un informe relativo a los últimos cuatro años, así como el informe particular sobre el año 1957. Podrán ustedes comprobar que se trata de un documento extraordinario, que es un venero de información y podríamos, asimismo, calificarlo en cierta forma como resumen de un manual de administración de salud pública.

Dicho informe refleja las actividades de la Organización, el trabajo que ha sido realizado.

Todos hemos estado de acuerdo en reconocer que tal labor ha sido verdaderamente extraordinaria. ¿Quién de nosotros hubiera supuesto hace veinte años que se podrían erradicar de todo un Continente enfermedades como el paludismo, para citar un solo ejemplo, y que este sueño se hiciera realidad? No citaré otro porque éste me parece que puede satisfacer a toda una generación.

Todos los aquí reunidos hemos colaborado con los funcionarios de la Oficina en la realización de esta tarea, y el Gobierno de Francia continuará, como en el pasado, asociado a esta actividad internacional.

El PRESIDENTE: El Dr. Soper tiene la palabra.

El Dr. SOPER (Director, OSP): Ante todo quiero agradecer personalmente, y en nombre de todo el personal de la Oficina, las felicitaciones de las delegaciones por el informe sobre estos últimos años de actividades.

Quiero referirme a las palabras del Delegado del Reino de los Países Bajos, con respecto al programa de erradicación del *A. aegypti* y a las informaciones que sobre dicho programa figuran en este informe. Nosotros, a veces, tenemos dificultad en recibir informaciones, además de que, por desgracia, no hemos llegado a un grado de perfección en la redacción de estos informes que excluya los errores. Ojalá que en la próxima Conferencia sea posible presentar un informe perfecto, que merezca palabras semejantes a las del señor Delegado de México sobre el *Boletín*.

El Delegado de Chile ha hecho una referencia al programa de becas y al programa de educación y adiestramiento en general, y debo explicar que no me he referido a este programa, como a muchos otros, durante la presentación del documento, sólo por cuestión de tiempo. Pero se trata de una actividad en la que la Oficina ha tenido una intervención constante y abarca no solamente el programa de educación por medio de becas, sino también el mejoramiento de las instituciones docentes en los países del Continente, así como los seminarios internacionales.

Tenemos mucho interés en que los señores delegados sepan que una buena parte del personal sanitario de América Latina se prepara hoy en la propia América Latina. Pertenece al pasado la época en que la mayor parte de los becarios iban a los Estados Unidos o a otros países de idioma extranjero. Puedo señalar a la atención de la Conferencia la estadística de los últimos años. Las

becas en las Américas han sido, en 1954, 282; en 1955, 246; en 1956, 276; y en 1957, 432. Un total de 1.236.

Además de los becarios de este Continente, recibimos y tenemos la responsabilidad de colocar y de supervisar a becarios de otras regiones, que en el año 1954 fueron 69; en 1955, 93; en 1956, 114; y en 1957, 120.

En el mismo plano que a los becarios, consideramos a los participantes en los seminarios internacionales. Fueron éstos en 1954, 37; en 1955, 144; en 1956, 154; y en 1957, 92. Un total para los cuatro años, entre becarios y participantes en seminarios, de 2.059 personas.

En cuanto a la información solicitada por el Delegado del Ecuador, puedo comunicarle que hemos recibido el informe relativo a la delimitación de las áreas locales de su país y de varios otros países de las Américas. Dichos informes han sido sometidos a la consideración de la Organización Mundial de la Salud, porque este es un programa mundial y debe ser considerado por el Comité de Expertos en Epidemiología y Cuarentena Internacional en su próxima reunión convocada para el mes de octubre del presente año.

Para responder a la observación del Delegado del Reino de los Países Bajos, con respecto al Canadá, he de declarar que el hecho de no haber mencionado el programa contra la hidatidosis en dicho país es simplemente una omisión porque, como todos saben, Canadá ocupa una gran parte de América del Norte. Pero sí he de señalar que existe una colaboración activa con ese país. Canadá recibe a nuestros becarios en sus facultades y contamos con la colaboración de sus técnicos, que sirven como consultores y facilitan nuestros trabajos. En este momento tenemos, por ejemplo, dos colaboradores canadienses de alta categoría que trabajan con nosotros en los programas del Continente. Es cierto que Canadá ocupa una posición muy privilegiada con respecto a ciertas enfermedades; pero yo quiero agradecer al Delegado del Reino de los Países Bajos que haya llamado la atención una vez más sobre la necesidad de cubrir completamente el Continente. Canadá tiene planteados no solamente el problema de la hidatidosis, sino también el de la rabia en la zorra, y otros varios. Y me complace vivamente que aquel problema esté en discusión en presencia de nuestro amigo el Observador del Canadá.

No quiero dedicar más tiempo a otros puntos ya discutidos, pero deseo hacer una aclaración gene-

ral sobre el problema de la vacuna de virus atenuado contra la poliomielitis. Todavía no existe una vacuna aprobada para su distribución comercial. Todos los virus hasta ahora utilizados son virus preparados para investigaciones, para pruebas, para experimentos y para demostraciones. A nuestro entender, nos encontramos en la fase de demostración de lo que se puede hacer con este virus y, naturalmente, son dos los puntos principales que han de tenerse en cuenta. En primer lugar, el problema de la seguridad; la ausencia del peligro en la aplicación del virus, no solamente para la persona que lo recibe por vía oral sino también para los contactos, las personas que pueden ser contagiadas por las personas vacunadas. Se trata en efecto de un virus vivo y la experiencia ha demostrado que es un virus capaz de diseminarse entre las demás personas de una familia.

El segundo punto, naturalmente, es su valor antigénico. ¿Cuál es la eficacia de ese virus para proteger a las personas que reciben la vacuna contra la poliomielitis?

Afortunadamente, en los laboratorios tenemos medios para determinar el grado de antigenicidad de los diferentes virus de poliomielitis. Pero la prueba final, naturalmente, tiene que venir de la observación, durante años, de las poblaciones vacunadas.

Nosotros consideramos que la experiencia, las demostraciones hechas hasta hoy, indican que los virus vivos atenuados, ahora existentes, ofrecen un buen grado de seguridad. Seguramente no representan un gran peligro para las personas que los reciben y para sus contactos familiares. Los resultados de las pruebas de antigenicidad varían en ciertas condiciones, y esta variación posiblemente depende en parte del modo de su aplicación, pero tal vez, también en parte, de la existencia de otros virus en el intestino de la persona vacunada, que posiblemente provocan una interferencia contraria a la proliferación del virus de vacuna.

Hemos de señalar que la experiencia y la seguridad son mucho mayores, con respecto al virus de la poliomielitis, de lo que fueron hace 22 años, cuando se llegó a disponer del virus 17D de la fiebre amarilla y éste se introdujo en el Brasil como vacuna, en un momento en que la fiebre amarilla selvática estaba invadiendo zonas muy pobladas con la posibilidad de infectar gran número de personas, como en efecto sucedió. Y la

prueba de la vacuna contra la fiebre amarilla se hizo en el Brasil en 1937, con 40.000 vacunados, y en 1938 con más de un millón de vacunados en la zona situada entre las ciudades de Río de Janeiro y Belo Horizonte.

Nosotros en la Oficina, y en colaboración con las autoridades sanitarias de los Gobiernos, hemos adoptado con respecto a la vacunación con el virus vivo de la poliomielitis una actitud que es algo diferente de la posición tomada por la Organización Mundial de la Salud, pero consideramos que las condiciones en una gran parte de nuestro Continente justifican nuestra actitud. Durante los últimos doce años hemos visto cómo la poliomielitis, problema que se consideraba de importancia relativamente escasa en América, fuera de los Estados Unidos, se ha transformado en un problema cuya importancia aumenta de año en año. En 1937 asumimos la responsabilidad de introducir en el Brasil la vacuna 17D, único medio de protección contra la fiebre amarilla selvática que invadía una zona bastante poblada. Del mismo modo, la Oficina está muy interesada ahora en la posibilidad de utilizar la vacuna de virus vivo para la prevención de la poliomielitis,

sobre todo en la América Latina donde, por varias razones, la vacuna Salk no se ha aplicado hasta ahora en escala suficiente para ofrecer protección. Siendo esto así, las demostraciones hechas por las autoridades de Colombia y de Nicaragua tienen gran importancia, no solamente para estos países sino para todo el Continente.

Puedo informar a la Conferencia que desde hace un año hemos estado en condiciones de colaborar con las autoridades en la solución de este problema. Personalmente he visitado varios países, ofreciendo nuestra colaboración, y he quedado muy satisfecho ante el interés que la idea lograba despertar y la aceptación general que encontraba.

Por una circunstancia u otra, varios países no se encontraron en condiciones de emprender un programa, pero en Colombia y en Nicaragua ha sido posible iniciar una demostración de importancia para todos los otros países, no solamente de este Continente, sino también del mundo entero.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Soper. Damos por terminada la sesión.

Se levanta la sesión a las 12 h. 35 m.

CUARTA SESION PLENARIA

Miércoles, 24 de septiembre de 1958, a las 9 h.

Presidente: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos)

(Después) Dr. ALEJANDRO JIMÉNEZ ARANGO (Colombia)

Tema 10: Informe Cuadrienal (1954-1957) e Informe Anual (1957) del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (conclusión)

El PRESIDENTE: Se abre la sesión. Vamos a continuar el examen del Informe del señor Director, iniciado en el día de ayer. El Observador oficial del Canadá tiene la palabra.

El Dr. LAYTON (Observador, Canadá) (*traducción del inglés*): Permítaseme formular algunos comentarios sobre el informe del Director y expresar mis felicitaciones al Dr. Soper y a su personal por la excelente preparación de ese documento.

Con respecto al informe en sí, se ocupa princi-

palmente, como corresponde, de problemas sanitarios y de programas que afectan a los Estados Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana. Sin embargo, observo e interpreto en la más amplia acepción la frase "Las actividades internacionales de salud pública en las Américas" que figura al principio del examen que el Director hace del período de cuatro años. Por consiguiente, me parece indicado que me identifique con los sentimientos unánimes expresados por los distinguidos delegados que ya hicieron uso de la palabra, y si se me permite, señor Presidente, desearía que, en este orden de cosas, pensáramos no sólo en las cuestiones sanitarias propiamente dichas, sino también en muchos otros aspectos del

cuadro total con ellas relacionado, no siendo el menos importante el relativo a la cooperación internacional.

En sus observaciones, el Profesor Swellengrebel comentó la prevalencia de la hidatidosis en el Canadá septentrional. El Director mencionó asimismo que, entre otros problemas sanitarios que existen en mi país, se presenta una situación algo excepcional con respecto a la rabia. También se refirió—y muy amablemente—al esfuerzo cooperativo que ha sido posible realizar en asuntos de educación profesional y consulta. Aunque esto es casi insignificante numéricamente, es satisfactorio que, aun en reducidas proporciones, podamos contribuir de algún modo a fortalecer los esfuerzos de nuestros vecinos.

No sería procedente que en esta ocasión me detuviera más tiempo en tal o cual de los extremos del informe. Espero que podré hacerlo en una ocasión posterior. Permítaseme simplemente subrayar los encomios que ya se han formulado y añadir mis felicitaciones personales al Dr. Soper por su labor realmente notable.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Venezuela.

El Dr. ARREAZA GUZMÁN (Venezuela): La Delegación de Venezuela desea proponer que se redacte una resolución en virtud de la cual la Conferencia apruebe los informes presentados por el Director, al mismo tiempo que lo felicite, así como a todo el personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, por la magnífica labor realizada durante los cuatro años a que se refieren dichos informes.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción o comentario? El Delegado de Colombia tiene la palabra.

El Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia): Para adherirme fervorosamente a la proposición del Delegado de Venezuela.

El PRESIDENTE: Si no se formula ninguna objeción, quedará aprobada la propuesta del Delegado de Venezuela secundada por el de Colombia, y la Secretaría se encargará de redactar la resolución correspondiente.

Queda aprobada la propuesta¹.

Tema 20: Informes de los Estados Miembros sobre sus condiciones y progresos sanitarios alcanzados

en el período transcurrido entre la XIV y XV Conferencias Sanitarias Panamericanas

El PRESIDENTE: El señor Director tiene la palabra.

El Dr. SOPER (Director, OSP): Al presentar en la sesión anterior mi Informe cuatrienal llamé la atención sobre la importancia del "Resumen de los Informes sobre las condiciones sanitarias en las Américas" (*Publicación Científica No. 40*), que tenemos hoy ante nosotros. He de hacer notar que es la tercera vez que hemos procurado hacer un resumen de este tipo. Y quiero felicitar a los países y a las autoridades sanitarias que han contribuido a mejorar las informaciones y que han permitido así redactar un documento muy superior a los anteriores. En esto, los países se han ajustado a la Resolución XXIV de la XIV Conferencia, celebrada el año 1954.

Como dije en la sesión anterior, este Resumen es un documento que tiene mucha más importancia que los informes de nuestra Organización, porque es el documento que presenta un cuadro general basado en las informaciones oficiales de los Gobiernos mismos.

Debo señalar a la atención de ustedes el hecho de que dicho documento no es, realmente, un trabajo de la Oficina, y sí solamente un resumen de los informes preparados y presentados por los propios Gobiernos.

Reconocemos la necesidad de las estadísticas y la necesidad de que estas sean comparativas. Debemos indicar que recientemente se ha presentado en el Congreso de los Estados Unidos una iniciativa para que se dedique un año a suscitar la atención del público hacia los problemas de la salud, del mismo modo que se ha celebrado el Año Geofísico Internacional. Ultimamente, el 18 de septiembre, he recibido una comunicación dando cuenta de que una delegación en las Naciones Unidas ha propuesto que se dedique un año a la salud internacional y a las investigaciones médicas. Es evidente que la organización de un año de este tipo y todos los trabajos consiguientes dependen, realmente, de una evaluación estadística de las condiciones que existen en los países.

Me referí en la sesión anterior a la necesidad de llevar a cabo una planificación a largo plazo no solamente para los países, sino también para la Oficina. Y eso no es posible sin disponer de esta-

¹Resolución II, pág. 24.

dísticas sobre la situación sanitaria en los países. Intentar prestar servicios sanitarios para un país sin poseer dichas estadísticas, sería como si un banco quisiera trabajar sin libros de contabilidad.

Consideramos que este resumen tiene un valor especial: ofrecer a cada país la oportunidad de establecer una comparación entre las condiciones propias y las condiciones de los demás países, y tomar nota de aquellas situaciones en que se puede mejorar radicalmente la salud adoptando, posiblemente, las medidas que han dado resultados satisfactorios en otros países.

En una reunión como nuestra Conferencia es imposible hacer un análisis detallado de las estadísticas presentadas. El informe que examinamos no se presenta solamente a la consideración de esta Conferencia, sino que constituye un documento de referencia para el futuro y también un documento de estudio que puede servir de punto de partida para la preparación de informes futuros y para el planeamiento de los servicios.

Debemos señalar las divisiones de este informe, empezando por las estadísticas vitales en general, después los programas de higiene materno-infantil, las enfermedades transmisibles, los programas de saneamiento y un capítulo especial, el V, sobre personal médico y de los servicios sanitarios; siguen el capítulo VI, que se refiere a presupuestos y servicios, cambios en la organización de los servicios nacionales, planificación sanitaria nacional y un resumen de los servicios locales de salud. Y es muy interesante advertir las diferencias que existen en la distribución de esos servicios locales y en los puestos de la administración sanitaria entre los diferentes países. Un capítulo sobre las instalaciones y servicios de hospitales viene a completar el informe.

Hay que hacer constar que todavía existe una gran mortalidad tanto en la infancia como en los primeros años de la vida; y que la gran diferencia en las cifras, según el período de vida, entre los diferentes países, depende en gran parte de lo que pasa en los primeros años.

En nueve de los dieciséis países que tienen presentadas informaciones sobre este punto, menos de la mitad de las defunciones están certificadas por médicos. En los primeros años, de uno a cuatro, hay una variación de la mortalidad de 1,1 a 42,7 por 1.000 habitantes. Esta variación es debida en gran parte a la diferencia en el control de las enfermedades transmisibles, especialmente de las enfermedades intestinales y las diarreas.

Considerando las estadísticas y los problemas de las enfermedades transmisibles, debemos señalar que es justamente en este campo de acción donde hay más necesidad real de cooperación internacional, y una vez que se completen algunas de las campañas, como la erradicación de la fiebre amarilla urbana por erradicación completa del *Aedes aegypti*, la erradicación de la viruela, de la frambesia y de la malaria, tratarán ustedes de encontrar, entre las demás enfermedades transmisibles, las que puedan también ser erradicadas, y se sabe ya de varias que pueden someterse a esta técnica.

Con respecto al saneamiento del medio, las estadísticas son muy difíciles de conseguir y deficientes las informaciones que tenemos. Este es un campo de acción en que todos nosotros necesitamos hacer un esfuerzo especial durante los próximos años. Para lograr algo en él se requieren cuantiosos recursos. Es inútil esperar que los Gobiernos o la colaboración internacional consigan los cuatro mil millones de dólares que consideramos necesarios para resolver este problema, sin la cooperación de los propios pueblos. Nos encontramos ante la necesidad de aceptar la idea de que el agua, como la comida, es una cosa que debe pagar la gente que la consume. No es un servicio que se puede prestar gratuitamente al público, porque exige siempre gastos de mantenimiento, y con el crecimiento de las poblaciones necesita también ampliaciones y mejoras. La experiencia ha demostrado que solamente en los lugares donde hay un sistema por el cual los consumidores de agua pagan mensualmente su cuota, solamente en estos lugares, repito, este programa tiene un porvenir.

Hablé ayer de nuestro Comité Asesor en Saneamiento del Medio, que celebró su primera reunión en abril del año actual, pero quiero hacer ahora una referencia especial a la situación que existe aquí, en Puerto Rico. Quiero referirme a lo que se ha hecho y se hace para organizar los servicios de agua en un solo sistema que centraliza la parte técnica del abastecimiento para San Juan, para Ponce, para toda la Isla, en una organización fundamental, pero de tal forma que se puede financiar con emisión de bonos, que los banqueros de Nueva York están dispuestos a comprar y que tienen un tipo de interés muy bajo.

Hace algún tiempo, hablando con nuestro

Presidente de los preparativos de la Conferencia y examinando las cuestiones que pudieran ser objeto de preferente atención, yo sugerí, justamente, el estudio de este servicio público puertorriqueño. Se va a distribuir, a este efecto, un documento sobre la organización y financiamiento de la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados de Puerto Rico. Creo que este es el punto más importante para el futuro de la organización sanitaria.

Volviendo al resumen presentado, ustedes observarán por las cifras de personal médico y sanitario que figuran en la sección correspondiente, que, en un país, el 71% de todos los médicos y el 82% de las enfermeras están empleados en los servicios de salud sólo a tiempo parcial.

Nosotros consideramos que es muy importante aprovechar a los médicos, aprovechar a todo el personal para ciertas funciones en los dispensarios, cuando los dispensarios y clínicas son del Gobierno; pero también son varios los países donde no existe todavía un núcleo de sanitarios, un núcleo de funcionarios de carrera, un núcleo de profesionales de plantilla, sin los cuales las actividades sanitarias no pueden progresar satisfactoriamente.

En varias ocasiones tanto la Conferencia Sanitaria Panamericana como el Consejo Directivo han formulado indicaciones a los gobiernos sobre este punto y yo creo que esta Conferencia debe considerar y posiblemente formular de nuevo una recomendación al respecto. Año tras año, la OSP y los servicios cooperativos internacionales ofrecen becas a profesionales para que se adiestren en alto grado. Al volver a sus países de origen después de uno, de dos o de tres años, estos becarios encuentran que un empleo a tiempo parcial o sujeto a los vaivenes de la política no les conviene, y esto representa una pérdida constante que no solamente afecta a los países en que se registra, sino que es una pérdida para todos nosotros, puesto que estamos trabajando juntos por la salud del Continente.

Hemos reconocido la interdependencia entre los servicios de los diferentes países, y el país que cuenta ya con un servicio sanitario establecido y un personal consciente de su responsabilidad, no puede quedar satisfecho al saber que los países vecinos no se encuentran en condiciones semejantes.

No voy a discutir el tema ni aludiré a los problemas de presupuestos y de gastos, excepto para

decir que es cuestión de constante interés para los Gobiernos saber lo que está costando un servicio en los otros países. Por lo general, no es posible aplicar los cálculos de un país a otro, ya que varían las condiciones de empleo; pero, así y todo, es una cuestión de mucho interés.

El objetivo de una organización de servicios sanitarios debe ser cubrir toda el área y cada una de sus poblaciones con servicios locales completos. Este es el ideal y, por lo tanto, debemos estudiar continuamente las posibilidades de acercarnos a él, sin necesidad de insistir en que todos los países sigan el mismo ritmo.

Creo que esta Conferencia, después de formular sus observaciones sobre el Resumen de los Informes Cuadriennales, debe considerar las recomendaciones que estime pertinentes para la preparación del informe que haya de presentarse a la XVI Conferencia en 1962.

El PRESIDENTE: Pasamos a la presentación de los resúmenes por los países. Para los señores delegados que quieran presentarlos en esta sesión plenaria, la Comisión General recomienda que limiten sus exposiciones a diez minutos que, en casos excepcionales, pueden extenderse a quince. Recomienda también que los delegados se atengan a su propio criterio en el uso de los cinco minutos adicionales.

También se recomienda que la presentación siga, hasta donde sea posible, el orden de precedencia. En consecuencia, ofrezco la palabra, en primer término, al Delegado del Brasil.

El Dr. DE MEDEIROS (Brasil) (*traducción del portugués*): No tengo nada que agregar en este momento a mis anteriores manifestaciones.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Nicaragua.

Informe del Delegado de Nicaragua

El Dr. CASTILLO RODRÍGUEZ (Nicaragua): Aprovechando los diez minutos que gentilmente se nos ofrecen, me voy a permitir leer únicamente el informe sobre las actividades de la Primera Unidad de Campo del Departamento de Nutrición, Ministerio de Salubridad Pública, dejando para otra oportunidad los demás informes que traía.

En el mes de febrero de 1954, Nicaragua ingresó como miembro activo en el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá

(INCAP). Desde esa fecha, la Unidad de Campo del Ministerio de Salubridad Pública, asesorada técnicamente por el INCAP, ha venido trabajando en preparación de personal especializado en nutrición, encuestas dietéticas y estudios clínicos y de laboratorio en diversos grupos de población sobre la prevalencia del bocio endémico en la República, estudios antropométricos (peso y talla) en personas bien nutridas, y educación nutricional. La Unidad de Campo ha procurado preparar un personal especializado capaz de llevar a feliz término sus programas nacionales de nutrición y para este fin ha hecho uso de becas concedidas por las organizaciones internacionales.

En la actualidad, la Unidad de Campo cuenta con los servicios de un médico especialista en salud pública y nutrición; una dietista; dos asistentes en nutrición y dos auxiliares de laboratorio.

Encuesta dietética de San Isidro de Matagalpa. Esta encuesta abarcó a 29 familias que formaron una muestra representativa del área urbana del pueblo.

Las conclusiones obtenidas de esta encuesta fueron las siguientes: El maíz, arroz y pan de trigo es la base de la alimentación, mientras que el consumo de verduras y frutos es sumamente limitado; la leche y sus productos se utilizan en cantidades liberales a pesar de su alto precio, por la disponibilidad de ganado vacuno en la región.

Con respecto a los niveles de calorías, proteínas totales de origen animal, hierro, tiamina y niacina, se llegó a la conclusión de que las dietas son más o menos adecuadas.

El consumo de calcio es limitado, pero más de un 70% de la ingestión proviene de la leche y de sus productos. Caso similar es el de la ingestión de riboflavina, que en su mayor parte es proporcionada por la leche, aun cuando no cubre más que un 64% de las cantidades estimadas como requerimiento normal.

La deficiencia más marcada en la dieta de la población es la de vitamina A; además, la dieta de muchas familias reveló proporciones inadecuadas de vitamina C.

Clínica y radiológicamente se encontró retraso en el crecimiento y maduración de los niños y adolescentes incluidos en la investigación, retraso que se calcula que equivale aproximadamente a dos años cronológicos. No hubo incidencia espe-

cial alta de signos por deficiencia de vitamina A.

Las mediciones del grosor del tejido celular subcutáneo resultaron estar ligeramente por debajo de las presentadas por niños norteamericanos normales.

Se consideró que el 30% de las personas examinadas se encontraban en mal estado nutricional. Se practicaron exámenes biológicoquímicos para determinar los valores séricos de proteína total, riboflavina, vitamina A, caroteno y fosfatasa alcalina; todos resultaron con niveles normales, a excepción del caroteno.

Encuesta dietética y estudio clínico nutricional en el barrio de San Luis de la ciudad de Managua. El estudio abarcó un total de 30 familias, de las cuales se obtuvieron registros de los alimentos utilizados diariamente durante el período de siete días en que se realizó la encuesta.

Al comparar el consumo promedio de calorías y nutrientes con los requerimientos normales para tal grupo de población, se encontró que el contenido de vitamina C en las dietas era bajo, y muy deficiente el de vitamina A. La ingestión fue casi adecuada en lo que respecta a los nutrientes y muy satisfactoria en el caso de las calorías, proteínas y niacina.

Fue sorprendente el uso tan corriente de leche y sus productos, así como la ausencia casi total de verduras y frutas tropicales, exceptuando los bananos, usados en muchos casos para substituir el pan y las tortillas.

Se practicaron exámenes coproparasitoscópicos, por los cuales se averiguó que el 97% de la población está infestada, predominando la ascariasis y la tricocefalosis. No menos importante fue la frecuencia de *Endamoeba histolytica* con un 25%, y la uncinariasis con más del 20%.

No se encontraron casos de desnutrición severa en los niños examinados.

Encuesta del bocio endémico. La encuesta del bocio endémico abarcó 76 localidades urbanas y rurales, en todos los departamentos del país; dicha encuesta se comenzó en 1954 y se terminó en 1956, habiéndose examinado un total de 21.500 personas, de las cuales resultaron con bocio un total de 6.152, o sea, un promedio del 28%.

Se ha preparado un proyecto de ley para yodizar toda la sal de consumo en el país, de acuerdo con las recomendaciones estipuladas en la Segunda Conferencia sobre los Problemas de

Nutrición en la América Latina, celebrada en Caracas, Venezuela, en 1953.

Estudios antropométricos (peso y talla). Desde diciembre de 1957, la Unidad de Campo del Ministerio de Salubridad Pública ha estado trabajando en la toma de peso y talla de personas bien nutridas. El estudio comprende 9.800 personas de ambos sexos, desde el nacimiento hasta los 20 años de edad. Se han examinado hasta la fecha un total de 1.311 personas.

Educación nutricional. Desde su fundación, la Unidad de Campo de este Ministerio ha venido preparando y reproduciendo materiales para la educación nutricional. Mensualmente se imprime en esta Unidad un Boletín sobre Educación Nutricional con una tirada de 1.250 ejemplares, que se reparten gratuitamente al cuerpo médico, personal de los centros de salud dependientes del Ministerio, maestras de escuela y a todas aquellas personas que tengan alguna relación con las actividades de nutrición.

Esta Unidad también coopera, en forma de charlas nutricionales, con otras dependencias del Ministerio, escuelas públicas y comunidades departamentales que las solicitan; para estos fines se han reimpresso y preparado varios folletos con temas alusivos a las charlas, entre los cuales se destacan por su importancia, las siguientes series: "Problemas nutricionales" y "Nuestros alimentos".

El Ministerio de la Salubridad Pública de Nicaragua, por medio de la IV División, ha desarrollado en los años 1954, 1955, 1956 y 1957, el programa correspondiente a Inspección de Higiene y Sanidad Rural.

La Inspección General de Higiene tiene como función estimular, promover y mantener lo relativo a higiene de la habitación, manipulación de alimentos, etc.

En la Sanidad Rural se ha tomado como objetivo principal el combate del parasitismo intestinal por medio de una campaña educativa, letrificación, exámenes de excretas y tratamientos antiparasitarios.

Tanto los oficiales de sanidad como los inspectores de higiene cooperan en la lucha antirrábica, destruyendo y vacunando perros.

Resultados generales. La correcta alimentación de los niños ha llegado a ser en Nicaragua un tema importante de la nutriología, de la pediatría, de la higiene y de los programas del

Gobierno, por la acción que ejerce sobre la salud, el crecimiento y el desarrollo para lograr vida adulta eficiente y ancianidad tranquila.

En algunas ocasiones y en familias de escasos recursos económicos y culturales, es indispensable afrontar los graves problemas de la alimentación artificial desde los primeros días de la vida del niño, o durante los primeros meses. Unas veces porque muere la madre o está gravemente enferma y hay contraindicación absoluta para el amamantamiento, y otras porque las condiciones económicas de la familia no permiten hacer un gasto como el que ocasiona una alimentación a base de la leche industrializada.

Cuando se logra que los niños de 0 a 1 año sigan un régimen adecuado de alimentación, se obtienen óptimos resultados; pero todos los esfuerzos llevados a cabo por corregir la desnutrición en el niño de edad escolar, se pierden casi por completo cuando no se tratan con el mismo interés los aspectos nutritivos del niño de edad preescolar o de 1 a 6 años, ya que los niños en esta edad son más vulnerables en los aspectos nutritivos que los escolares.

Las observaciones realizadas en diversos países confirman que la leche es superior a otros alimentos para lograr un crecimiento corporal óptimo, un desarrollo armónico, intelectual y físico, mejor capacidad para el trabajo y el aprendizaje y mayor grado de inmunidad.

Recientemente ha podido comprobarse que en las regiones poco desarrolladas del mundo, los mayores problemas nutricionales se presentan precisamente en el lactante o en el niño de edad preescolar.

Ya que la causa primaria de la desnutrición es una deficiencia de proteínas capaces de proveer las cantidades y proporciones necesarias de aminoácidos esenciales, parecería claro que la única solución completa y permanente habría de consistir en el mejoramiento de la alimentación de los niños pequeños en los grupos de bajo nivel económico. Sin embargo, es casi seguro que la prevalencia y severidad de la malnutrición proteica puede reducirse a través de aquellas medidas de saneamiento ambiental que realmente disminuyan la prevalencia de diarreas infecciosas en la infancia. No obstante, aunque tales medidas podrían reducir el número de muertes, no corregirían la malnutrición proteica generalizada, la cual es responsable del retardo de desarrollo físico y baja resistencia a situaciones críticas que

caracterizan a la mayoría de esos niños en la América Central y en muchas otras regiones del mundo en las que prevalecen condiciones similares.

La introducción de leche seca en polvo ha sido una importante contribución en la alimentación infantil y, en especial, los esfuerzos del UNICEF para estimular la producción de leche en polvo, para consumo de los países insuficientemente desarrollados, están resultando cada vez más efectivos. También ha sido de valor la distribución en gran escala de leche en polvo que el UNICEF ha venido realizando, aun cuando las dificultades que su administración a niños preescolares implica han hecho que sólo una pequeña proporción de los niños necesitados de este grupo de edad haya sido beneficiada por tales programas de alimentación suplementaria.

El 11 de julio de 1954, el Excmo. Señor Presidente de la República inauguró la Planta Dese-cadora de Leche, la primera en su género en América Latina, que fue establecida con la co-operación del UNICEF.

Algunas familias de nuestro país poseen recursos para poder consumir la cantidad de leche requerida, pero la mayoría de ellas se privan y, lo que es peor, privan de este producto a sus hijos; se registran casos de niños que asisten a la escuela sin haber tomado café y llegan a clase con la esperanza de beber el vaso de leche que el Gobierno, por medio del Ministerio de Salubridad Pública, suministra a los niños de la República.

Esto mismo sucede con niños preescolares a quienes el Ministerio ayuda por medio de los centros de distribución de leche, establecidos en los diferentes barrios de la capital y del resto de los departamentos. A estos centros concurren niños de 1 a 6 años a tomar la leche que en su casa no se les da, pues en la dieta de la mayoría de los hogares del pueblo, el desayuno se hace a base de tiste o café negro con pan o tortilla.

Anteriormente, el Ministerio suministraba la leche en polvo, dando a las madres una cantidad suficiente para cubrir las necesidades de la semana. Sin embargo, a través de la observación de nuestro personal de visitadoras sanitarias, pudimos comprobar que se registraban casos en que las madres empleaban la leche en polvo para hacer refrescos o arroz con leche, que luego vendían, y con el dinero obtenido compraban tiste o frijoles para toda la familia.

Los anteriores ejemplos nos demostraron dos

realidades: 1) parte del pueblo nicaragüense carecía de recursos para alimentarse adecuadamente, y 2) tampoco tenía la educación nutricional suficiente para saber aprovechar la ayuda que el Gobierno le daba. Esto nos hizo pensar que lo adecuado no era suprimir la cuota a las personas que estaban tergiversando los objetivos de nuestro programa, sino que simultáneamente con la ejecución del programa y aun antes que éste, era preciso desarrollar una campaña educativa tendiente a lograr que la leche fuese protegida adecuadamente y a formar conciencia de la necesidad de este vital alimento que no debe faltar en los hogares, por ser indispensable para niños y adultos.

Teniendo en cuenta los domicilios de los niños a quienes se suministraba leche, se seleccionaron los barrios en que debían funcionar los centros de distribución para niños preescolares. Se informó al público sobre el programa y sobre la importancia de la leche; se le interesó por el establecimiento en su barrio respectivo del centro de distribución; se instruyó por medio de demostraciones prácticas a las personas que prepararían la leche diariamente, a fin de que ésta llenara su benéfica función nutritiva. Y una vez que estuvo todo preparado, se inició la distribución de leche diluida.

El funcionamiento de los citados centros está controlado por personal sanitario, y de este modo tenemos la seguridad de que la leche se prepara técnicamente y de que los niños son los verdaderos beneficiados.

Un resultado positivo de esta tarea educativa se encuentra en el 100% de los centros de distribución, en los cuales las directivas formadas por personas de la comunidad, sienten tan suyo el programa de nutrición, que realizan actividades para ir acondicionando los centros, proveyéndoles de mobiliario, lavamanos, toallas, etc., hasta llegar a interesarse porque en el barrio haya un centro de salud dedicado a controlar a los niños y madres de la comunidad. Cada uno asiste a un promedio de 300 a 400 niños preescolares. A pesar de que es difícil asegurar que se llegó a un resultado importante desde el punto de vista educativo, ya que para ello se requiere un proceso lento que se cumple a largo plazo y en el cual intervienen muchísimos factores, en este caso podemos decir que logramos un pequeño avance en la educación tan necesaria en nuestro medio, para mejorar nuestras condiciones

de vida, labrando así un futuro mejor con ciudadanos fuertes y saludables.

Comprendemos que en el programa nutricional de las escuelas han surgido problemas imputables a la poca cooperación del profesorado y de los padres de familia; pero no debemos culparlos solamente a ellos, porque es el Ministerio de Salubridad Pública, como responsable del programa, el llamado a interesar a los diferentes grupos que se relacionan directa o indirectamente con el trabajo sanitario, y a prestar asesoramiento técnico en los programas. Sin embargo, esto no se ha hecho a conciencia porque no hemos contado con el personal suficiente para llenar este cometido.

Tales razones nos dan la convicción de que, con un número suficiente de personas que realizaran labor educativa en el aspecto nutricional, se solucionarían los problemas que aparentemente hacen creer que del programa de nutrición no se obtienen beneficios.

Estos niños representan a los hombres del futuro y constituyen la base de las generaciones venideras, por cuya causa no deben dejarse abandonados.

El PRESIDENTE: El Delegado de México tiene la palabra.

Informe del Delegado de México

El Dr. DÍAZ COLLER (México): Seré sumamente breve. Como un asunto de interés general para cuantos asisten a esta XV Conferencia Sanitaria Panamericana, es deseo del Gobierno de México informar que en el presupuesto de la Secretaría de Salubridad y Asistencia para 1958, enviado ya a la Secretaría de Hacienda y aprobado por ésta, están previstas 160 plazas de base con sueldo de tiempo completo y que se denominan Médico Sanitario Graduado A, B, C y D. Esto significa que a partir de 1958 contarán los servicios de la propia Secretaría de Salubridad con cuatro categorías de médicos de salud pública, con el grado de "Maestro en Salud Pública" que estarán a disposición de los niveles nacional, estatal y local. Actualmente existen en el país 452 médicos graduados en salud pública, pero hasta la fecha no todos estaban trabajando a tiempo completo. La realización de esta idea que materializa en México al higienista graduado a tiempo completo, fue promovida por la Sociedad

Mexicana de Higiene, que agrupa a más de mil trabajadores de la salud en el país.

Una de las preocupaciones mayores de la Secretaría de Salubridad es igualmente la mejor preparación de los médicos del país en asuntos de salud pública y medicina preventiva. Por este motivo, y como secuela de los Seminarios de Viña del Mar y Tehuacán organizados por la OSPA para dar pautas sobre la enseñanza de estas disciplinas en las Escuelas de Medicina, se ha planeado una serie de mesas redondas entre los profesores de Medicina Preventiva y Salud Pública para estudiar a fondo cada una de las funciones de la administración sanitaria. El primer informe sobre la enseñanza de la Bioestadística ya está en manos de muchos de los aquí presentes y a disposición de las personas que lo soliciten. Es la sincera creencia de las autoridades sanitarias mexicanas que la mejor manera de obtener éxito en programas de salud pública es contar con la cooperación y colaboración de todos los medios de la comunidad. Una de las veinte Escuelas de Medicina que existen en México ya ha transformado su sexto año de estudio en un curso de salud pública con el mismo programa y casi los mismos profesores que la Escuela de Salubridad. Lo que esto significará en la filosofía y puntos de vista de los médicos del futuro, lo podemos imaginar.

La Campaña de Erradicación de la Malaria continúa de acuerdo con lo programado y con la eficiente ayuda de la OSPA y del UNICEF. El costo de esta campaña ha superado lo previsto, pero el Gobierno ha hecho un esfuerzo y el ritmo de trabajos se ha sostenido.

Se ha planeado y está en ejecución la división o regionalización del país en 118 distritos sanitarios. Cada uno de estos distritos ha de integrar y coordinar los trabajos de salud pública y de asistencia médica y social. Por primera vez existe ya personal especializado en salud pública a tiempo exclusivo en los niveles inferiores al estatal.

Recientemente se ha creado la Campaña Nacional de Prevención de Accidentes no profesionales y la semana próxima estará con nosotros el Dr. Rafael Güell Jiménez, Director de la misma, para las Discusiones Técnicas de esta Conferencia.

Estos son algunos de los aspectos nuevos que hemos considerado útil presentar a ustedes aparte de lo ya incluido en el documento correspon-

diente que en esta ocasión presenta la OSP sobre las condiciones sanitarias de las Américas.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Venezuela.

Informe del Delegado de Venezuela

El Dr. ARREAZA GUZMÁN (Venezuela): Nos limitaremos a comentar algunos de los puntos de nuestro informe cuadrienal dejando a la consideración de los miembros de la Conferencia los otros aspectos destacados en el resumen presentado por la Oficina.

En primer lugar, debemos señalar que durante el curso de los cuatro años transcurridos, en la organización sanitaria venezolana se ha venido intensificando el sentido de integración, bajo una sola dirección, de todos los servicios tanto curativos como preventivos, a fin de coordinarlos y someterlos a una dirección única que los haga útiles, evite duplicaciones y reduzca los gastos.

El presupuesto del Ministerio de Sanidad y de todas las actividades dedicadas a la salud pública ha aumentado notablemente—y esto es un reflejo de la preocupación del Gobierno de Venezuela por la salud nacional—habiendo pasado de la cifra de 300 millones de bolívares a 400 para 1957. De estas cantidades corresponden específicamente al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 161 millones para 1953, y 184 millones para 1957-58. El resto corresponde a obras de saneamiento y asistencia médica a cargo del Ministerio de Obras Públicas, Sanidad Militar, Servicios Médicos, Seguro Social, etc. Para el ejercicio 1958-59 entró además en vigencia un presupuesto que representa un nuevo aumento de cerca del 90%. Es el presupuesto de sanidad más alto que ha tenido nuestro país.

El personal del Ministerio ha aumentado también en la misma proporción. El número de funcionarios se ha elevado de 13.556 a 21.319 en 1957. Pero no es el número solamente lo importante, sino también la continuidad y estabilidad existente en el personal sanitario en Venezuela. En un acto celebrado en noviembre de 1956 en Caracas, con motivo del Primer Congreso Venezolano de Salud Pública, acto que fue prestigiado por la presencia del Dr. Soper, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, fue una gran satisfacción para el Gobierno poder entregar medallas conmemorativas a 46 empleados que llevaban más de 25 años trabajando en salud

pública y a 210 funcionarios de todas categorías con más de 20 años de trabajo ininterrumpido en salud pública. Creemos que este ejemplo de continuidad es algo muy valioso y casi nos atrevemos a decir que es prácticamente excepcional en América Latina. Por otra parte, el personal ha recibido una preparación cada vez mayor. Desde el punto de vista médico, mantenemos el criterio de una preparación jerarquizada a diversos niveles. El médico que empieza a trabajar en salud pública recibe un primer curso corto, que llamamos de orientación, y dura de seis a ocho semanas; luego, al cabo de un tiempo prudencial, de acuerdo con su interés, sigue un curso que llamamos Curso Básico de Salud Pública, de cuatro meses de duración; y posteriormente, los médicos que se han destacado realmente y que son los llamados a ocupar posiciones directivas dentro de la organización sanitaria venezolana, siguen el curso de Médicos Higienistas, al final del cual reciben un diploma universitario. Igual tipo de preparación se da, con los mismos escalonamientos, a todo el personal, tanto inspectores como enfermeras. Estas últimas tienen la oportunidad de seguir cursos de postgraduadas en salud pública, después de los cuales pasan a ocupar posiciones dirigentes en los diversos ramos de las actividades de enfermería.

Desde el punto de vista de la estadística, queremos señalar que desde 1955 funciona en Caracas un Centro Latinoamericano de Clasificación de Enfermedades, por un acuerdo entre el Gobierno de Venezuela y la Oficina Sanitaria Panamericana. Este centro tiene gran importancia y ha servido para preparar un gran número de funcionarios en ese aspecto de la actividad sanitaria, lo cual nos lleva a señalar que aun cuando no estamos satisfechos todavía con lo conseguido, se ha logrado disminuir, en proporción bastante grande, la cantidad de certificados de defunción sin diagnóstico, que antes llegaba al 66% de todos los certificados, mientras que actualmente se ha reducido a un 46%. Aspiramos, naturalmente, a ir reduciendo esta proporción en forma cada vez más rápida.

No me referiré a los coeficientes por enfermedades transmisibles, sobre todo en relación con la viruela, el paludismo, etc., porque será tema de otra información. En relación con la poliomielitis, sí vale la pena señalar el fenómeno registrado en Venezuela, a partir de una epidemia que tuvimos en Caracas, la capital de la República,

en 1953. Fue una epidemia de mediana intensidad, 120 casos; pero posteriormente a esa epidemia se ha mantenido en Caracas y en toda la República un nivel de endemia poliomiélfica mucho más elevado que anteriormente, casi cuatro veces. Por ejemplo, en Caracas, lo normal como índice endémico de la enfermedad era uno o dos casos por mes como máximo. Actualmente el promedio que tenemos es de cuatro a cinco por mes. Para tratar de combatir y reducir ese problema se ha realizado desde 1956 una campaña de vacunación intensiva con la vacuna Salk, que ha sido la única utilizada en Venezuela, practicándose más de sesenta mil vacunaciones en todo el país.

Otro problema grave que todavía se mantiene en Venezuela es el de las diarreas y enteritis. Venezuela presentó un informe muy completo al respecto en una reunión que tuvo lugar en Chile en 1956. Este tema ha sido tratado ampliamente en todas nuestras conferencias científicas de carácter sanitario o de carácter médico, por tratarse de una cuestión de gran importancia. Se ha llegado a la conclusión de que, a pesar de las medidas que se han tomado, sobre todo en la lucha contra la mosca, como factor fundamental en la transmisión de las diarreas y enteritis, hace falta atacarla desde otros puntos de vista y desde otros aspectos, tales como los sociales, el problema de la ignorancia, el problema de la ilegitimidad, el problema de la multitud de hijos, porque es en esas familias, en esos grupos sociales, donde la enfermedad hace mayores estragos. De manera que estamos empezando a tratar de enfocar la lucha contra la enfermedad, no bajo el solo aspecto de acción sanitaria directa, sino también bajo el aspecto social; habiéndose iniciado un proyecto de subsidios a familias, subsidios por hijos, para tratar de ayudar a reducir la mortalidad excesiva en este campo.

Hay un fenómeno que considero muy interesante, que sé que no es exclusivo de Venezuela, pero que a nosotros nos ha afectado grandemente: son los cambios ocurridos en la población. Hemos tenido un crecimiento demográfico grande, alrededor de 3% anual, cifra muy alta, tal vez una de las más altas en todo el mundo, produciéndose al mismo tiempo una migración notable de la población del campo hacia la ciudad. Este cambio ha hecho que nuestra población rural represente actualmente menos del 50% del total, cuando hasta hace pocos años representaba

casi las dos terceras partes de la población del país. Esto ha originado toda una serie de fenómenos de carácter social, como creación de barriadas insalubres, problemas de adaptación a las nuevas condiciones de vida y problemas de orden social y moral, delincuencia infantil y abandono, que realmente han sido de gran amplitud. A todo esto se agrega la entrada al país de una numerosa inmigración de población europea que alcanzó en este período a cerca de medio millón de personas. Todos estos fenómenos son interesantes e implican un nuevo reto a la administración sanitaria venezolana. Y aquí quisiera señalar lo interesante que sería iniciar en estas conferencias temas de demografía sanitaria, algo parecido a lo que fue propuesto—algunos de ustedes tal vez lo conocen—en un folleto obra del Dr. Dunne, de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, quien presentó a una reunión de oficiales de sanidad un panorama de los factores demográficos más importantes de su país. Ojalá pudiéramos nosotros llegar a elaborar para las Américas en su totalidad, y para cada país en particular, un cuadro semejante, que realmente reflejara la extensión y amplitud de esos cambios y pusiera de relieve la importancia que tienen desde el punto de vista de la salud pública, puesto que requieren una transformación total de los servicios sanitarios para poder suministrar un mejor servicio a una población que ya no se contenta pasivamente con recibir lo que se le da, sino que exige servicios cada vez más eficaces y más apropiados para mejorar su salud.

Por último, y para terminar, deseo hablar del progreso que Venezuela ha realizado en materia de hospitales, tanto en la construcción de nuevos hospitales como en la creación y transformación de los servicios asistenciales existentes. Actualmente Venezuela tiene 21.406 camas de hospitales generales, cifra todavía inferior a la que consideramos como óptima, la cual debiera ser alrededor de 30.000, pero que, de todos modos, significa un adelanto muy grande, no tanto por lo que se refiere al número de camas, sino, sobre todo, en cuanto a la calidad de las camas instaladas en los últimos años. Se han dado al servicio público cerca de tres mil nuevas camas de hospitales en el período al cual nos hemos limitado, con una notable mejoría en su equipo y en la calidad de los servicios médicos prestados a la población.

El PRESIDENTE: El Delegado de Colombia tiene la palabra.

Informe del Delegado de Colombia

El Dr. JIMÉNEZ ARANGO (Colombia): En el curso de los últimos años, todos los órdenes de la actividad en Colombia se vieron influidos desfavorablemente por tres factores: una anormal situación política, una grave crisis económica y un estado de violencia que ha afectado extensas y ricas regiones del territorio nacional. En los últimos meses se ha venido operando un cambio favorable: el régimen político institucional ha sido restablecido, la situación económica tiende a estabilizarse y los focos de violencia van disminuyendo rápidamente.

No obstante estos hechos desfavorables, estamos en condiciones de presentar a esta Conferencia el resultado de positivos avances en materia de salud pública. Debo mencionar aquí que la continuidad y la estabilidad de los programas sanitarios se deben en buena parte a la eficaz y permanente colaboración de los organismos internacionales de salud: Organización Sanitaria Panamericana, Organización Mundial de la Salud, Administración de Cooperación Internacional del Gobierno de los Estados Unidos y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Demografía. Colombia tiene una tasa de crecimiento anual de 22,3 por 1.000 habitantes y su población ha aumentado de 12.111.260 habitantes en 1953 a 13.227.480 en 1957. Según estudios parciales recientes, la expectativa de vida al nacer es en Colombia de 56,8 años. De acuerdo con el último censo, el 42,8% de la población es menor de 15 años; del total de la población, el 61,1% es rural.

La natalidad ha venido aumentando progresivamente de 38,9 por 1.000 habitantes en 1953 a 42,6 en 1957. La mortalidad ha disminuido ligeramente, de 13,5 por 1.000 habitantes en 1953 a 13,1 en 1957.

La mortalidad infantil se mantiene en cifras muy elevadas, aunque ha disminuido un tanto en el último cuatrienio: de 111 por 1.000 nacidos vivos en 1953 a 100,4 en 1957. La mortalidad fetal y en los grupos de edad de 1 a 4 años, 5 a 9 años y 11 a 14 años, así como la mortalidad materna, lamentablemente no han disminuido o lo han hecho en forma insignificante. Esto nos indica que uno de los principales objetivos de la salud pública en Colombia en el futuro inmediato consistirá en dedicar muy especial atención a este grave problema. La discriminación estadística nos

demuestra que las principales causas de muerte en los niños son las infecciones digestivas y respiratorias y las enfermedades carenciales.

En todos los grupos de edad encontramos que las principales causas de muerte son también las infecciones digestivas y respiratorias.

Enfermedades transmisibles. Respecto a las enfermedades transmisibles, omito lo referente a la fiebre amarilla, la malaria y la viruela, que serán tratadas en sesiones especiales.

Pian: En cooperación con el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública se comenzó en 1950 el programa de erradicación del pian por el sistema de casa por casa, que posteriormente ha sido adoptado por otros países. Este programa ha dado admirables resultados: en 1953, en el área tratada, la incidencia de la enfermedad era de 39%. En 1957, esta incidencia había bajado a 0,3%. En 1958, parte del personal y equipo de la campaña antiplánica ha sido dedicado a un programa de control del carate o mal del pinto, en una zona de alta incidencia. Se calculan 500.000 casos de esta enfermedad en el país.

Poliomielitis: En el mes de febrero del presente año se presentó un brote epidémico de poliomiélitis en el municipio de Andes (Departamento de Antioquia). Mediante un acuerdo del Gobierno de Colombia y la Oficina Sanitaria Panamericana se ha adelantado una campaña de vacunación con virus vivo atenuado, que es una extensión de los estudios que se han efectuado en el Estado de Minnesota de los Estados Unidos de América.

El 18 de agosto del presente año se terminó de vacunar a 7.000 niños menores de 7 años, con los tres tipos de virus por vía oral. El 22 de septiembre se extendió este programa a la ciudad de Medellín, donde se proyecta vacunar a 150.000 niños menores de 10 años en un período de seis meses. Consideramos de gran importancia las conclusiones que se obtengan de esta campaña, cuyos estudios serológicos están pendientes.

Nutrición. El Instituto Nacional de Nutrición ha continuado practicando varios estudios sobre las condiciones nutricionales de la población y programas tendientes a mejorarla, especialmente de enriquecimiento de alimentos.

Uno de los programas nutricionales que ha merecido mayor atención ha sido el de la yodización de la sal para el control del bocio simple. Entre 1950 y 1956, el Instituto operó una planta

piloto de yodización para demostrar la viabilidad del procedimiento y los beneficios de la sal yodada. Finalmente, se ha obtenido por parte del Banco de la República, concesionario de las salinas, la construcción de una planta de refinación y yodización con un costo de 18 millones de pesos para 90.000 toneladas anuales, que representan el 75% del consumo total, y para 15.000 toneladas destinadas a uso animal. Esta planta comenzará a funcionar en el mes de enero de 1959.

Higiene industrial. Este nuevo Departamento del Ministerio de Salud Pública, bajo el control del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, fue inaugurado oficialmente en 1953, después de una encuesta preliminar realizada en 421 industrias del país.

Colombia tiende a industrializarse rápidamente y este Departamento tiene como principal objetivo estudiar las condiciones sanitarias no solamente de las fábricas sino de cualquier actividad colectiva que pueda implicar peligro para los trabajadores, como la minería, el uso de insecticidas en los campos, etc. Los estudios realizados y las medidas preventivas aconsejadas, han sido de gran significación para la seguridad de los obreros, mineros y campesinos.

Asistencia pública. El servicio asistencial ha tenido avance considerable con la construcción e iniciación del funcionamiento de varios importantes centros hospitalarios. El número de camas con auxilio nacional ha aumentado de 24.447 en 1954 a 29.756 en 1957, y las estancias causadas de 4.477.775 a 7.790.481 en el mismo período. Paralelamente, los presupuestos asistenciales aumentaron de 44.506.989 pesos colombianos en 1954 a 72.685.446 pesos en 1957.

Educación de salud pública. Todas las Facultades de Medicina del país han venido reformando radicalmente sus programas y métodos de enseñanza en los últimos años. Debo destacar la creación en todas ellas de importantes Departamentos de Medicina Preventiva, conforme a los sistemas actualmente aceptados.

También debo llamar la atención sobre la actividad docente de la Escuela Superior de Higiene de la Universidad Nacional, que recibe auxilio material y asistencia técnica del Ministerio de Salud Pública. Allí se efectúan regularmente cursos para médicos, enfermeras de salud pública y obstetricia e inspectores de saneamiento ambiental en el desarrollo del plan quinquenal en la zona piloto a que me referiré más adelante.

Organización de los servicios de salud pública. En 1954 el Ministerio de Salud Pública tuvo un presupuesto de 42.285.625,51 pesos, o sea, un 3,5% del presupuesto nacional. En el año de 1958 el presupuesto es de 65.188.811,92 pesos, o sea, un 4,4% del presupuesto nacional. No se incluyen aquí las sumas que dedican los departamentos y los municipios a la salud pública, ni las dedicadas a la asistencia pública.

Hay 688 organismos locales de salud en 641 de los 832 municipios del país, que cubren teóricamente el 91% de la población total.

En 1956, en virtud de un acuerdo suscrito entre el Gobierno de Colombia, la Oficina Sanitaria Panamericana y el UNICEF, inició sus labores la Oficina de Planeamiento y Coordinación. Esta Oficina tiene como objetivos formular recomendaciones para una reorganización y tecnificación del Ministerio de Salud Pública y el desarrollo de un plan quinquenal en una zona piloto que comprende cinco departamentos.

En once centros pilotos se están aplicando ya las técnicas modernas de salud pública, para extenderlas luego a otras zonas del país.

Incorporación de Colombia a la Organización Mundial de la Salud. Circunstancias de orden interno impidieron durante varios años la reunión del Congreso, motivo por el cual nuestro país no ha ratificado la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, a pesar del continuo deseo del Gobierno y del pueblo de Colombia de incorporarse definitivamente a esta importante Organización. Hace cinco años, al ocupar también el Ministerio de Salud Pública, me cupo el honor de presentar al Congreso el proyecto de Ley que ratificaba dicha Constitución. Hoy puedo anunciar que, nuevamente reunido el Congreso, esperamos que la Constitución de la Organización Mundial de la Salud sea debidamente ratificada y sancionada antes de que termine el presente año.

El PRESIDENTE: Me complazco en invitar al Dr. Jiménez Arango, jefe de la Delegación de Colombia, a que ocupe la presidencia de esta reunión.

El Dr. Jiménez Arango (Colombia), pasa a ocupar la Presidencia.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Costa Rica.

Informe del Delegado de Costa Rica

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): En el

Resumen de los Informes Cuadriales encontrarán ustedes los datos estadísticos relacionados con Costa Rica. Sin embargo, deseo ampliarlos para que tengan una mejor idea de nuestros problemas. La población de Costa Rica ha venido aumentando rápidamente, tanto que su índice de crecimiento es uno de los más elevados del mundo. Esto tiene importantes repercusiones económicas y sociales para el futuro del país y constituye una consideración básica en la apreciación de los recursos y servicios de salud pública. Así vemos que de 473.980 habitantes en 1927, tenemos 1.014.170 en 1956, lo que representa un aumento de más del doble en tres décadas. De un porcentaje de aumento de 20,3 en 1927, pasamos a 36% en 1956. Conservamos todavía la cifra de 9,29 personas por Km², de modo que nuestro problema no es de hacinamiento, sino un problema de planeamiento para servir a esa población que crece.

En la actualidad, Costa Rica se encuentra caracterizada por una tasa de natalidad inusualmente alta como acabo de manifestarles, acompañada de una tasa de mortalidad razonablemente baja. Nuestros cálculos nos anuncian que en un período más o menos de veinte años doblaremos la población. Por consiguiente, la salud pública debe prepararse, y no solamente la salud pública, sino la instrucción pública, las obras públicas, etc. para servir a una población equivalente al doble de la actual en un período de veinte años.

Frente a esos hechos de población, nuestras principales causas de muerte han permanecido más o menos estables y, como en otros países, ocupa el primer lugar la gastroenteritis; el segundo, las enfermedades del aparato circulatorio; el tercero, los tumores malignos y benignos; el cuarto, las enfermedades del sistema nervioso; el quinto, la influenza o gripe; el sexto, las inmaturidades y enfermedades de la primera infancia; el séptimo, los accidentes; el octavo, la bronquitis; y el noveno, la desnutrición, la avitaminosis y otras enfermedades del metabolismo.

He leído estos datos para destacar el hecho de que la tuberculosis ya está en el undécimo lugar como causa de muerte, y no entre las primeras diez. Eso nos lleva al análisis de los datos de morbilidad y mortalidad de esos últimos años. Deducimos que estamos ante una situación seria, pues casi el 60% del total de muertes ocurridas correspondió al grupo etario de quince años y

menos. El programa iniciado en 1950, y esbozado someramente en la XIV Conferencia, continuó su desarrollo con énfasis en la preparación intensa de personal, dentro y fuera del país.

Contamos ya con un grupo básico de personal debidamente adiestrado, amparado por un sistema de servicio civil que garantiza su estabilidad, y además con un programa equilibrado de adiestramiento en servicio. Sin embargo, pese a los esfuerzos realizados, se llegó a la conclusión que con el sistema tradicional de organización y con una alarmante reducción presupuestal se hacía inaplazable realizar una evaluación de todos los servicios de salud pública con el fin de disponer de un inventario y poder realizar planes futuros. Al efecto, el Gobierno de Costa Rica, solicitó de la Organización la integración de una Comisión de Evaluación; solicitud que fue atendida con todo interés por todos los funcionarios de la Oficina, gracias a lo cual llegó al país, primero, el Dr. Joseph Willard, Director de Investigaciones y Estadísticas del Departamento de Sanidad Nacional y Bienestar de Canadá, quien en una corta visita revisó los datos existentes y aconsejó que se prepararan numerosos documentos y resúmenes que, al regresar él en fecha posterior, sirvieran para diseñar los formularios y el plan de trabajo de la Comisión.

Durante el mes de agosto llegó al país el grupo de evaluación, felizmente integrado por el propio Dr. Willard; por el Dr. Felipe García Sánchez, Director General de Servicios Coordinados en los Estados y Territorios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México; el Dr. Bogoslav Juricic, Subdirector de los Servicios de Salud del Ministerio de Chile; y el Ing. Atahualpa Ruiz, Ingeniero Sanitario Consultor de la Oficina en la Zona III. Colaboró eficientemente con el grupo el Dr. Oswaldo Costa, Representante de la Zona III, y el Sr. Alvaro Aldama, Consultor Estadístico de la misma Zona. Lamentamos la imposibilidad de participación del Ingeniero Sanitario, Sr. José A. Jove, de Venezuela, quien, por motivos ajenos a su voluntad, no pudo colaborar.

El reconocido nivel técnico de todos y cada uno de los miembros, sumado a sus excepcionales cualidades personales, contribuyó grandemente al éxito del informe, veraz, objetivo, sencillo, lleno de recomendaciones constructivas que nos permitirán reorganizar toda la estructura y nuestros programas. Si deseamos variar las cifras de morbilidad y mortalidad, hasta la fecha, mantenidas

sin mayores cambios favorables, es necesario seguir las pautas señaladas por la Comisión de Evaluación.

¿Qué ventajas tiene esta evaluación? Creo que al llegar al Ministerio en 1950 cometí el error de no haber pedido la evaluación entonces, para tener una medida del progreso realizado, y para poseer además un inventario de lo existente y orientar los programas. Sin embargo, ante esas cifras incommovibles, nunca es tarde y la evaluación ya se ha realizado. ¿Con qué ventajas? Son numerosas. Citemos algunas:

La obligación de ordenar inversiones y estadísticas, en muchas partes dispersas, en un sólo documento. La participación intensa de todo el personal del Ministerio, haciéndole consciente de la verdadera situación de los programas y de sus fallas. La recopilación en una sola publicación de todos los datos que directa o indirectamente influyen en la salud pública del país, destacando por este medio los graves problemas que enfrentamos para un futuro cercano y señalando fallas importantes en nuestra estructura y sistema.

La evaluación nos ha señalado deficiencias que en parte sospechábamos, y en parte conocíamos, pero que era necesario consignarlas por escrito. Por ejemplo: Se encontró que se destinaba un total (hablo en nuestra moneda, colones, cuyo cambio es estable, 6,60 por dólar) de 78 millones a inversiones en diferentes actividades de salud del Ministerio de Salubridad, sistema hospitalario, Caja del Seguro Social, erogaciones municipales, Compañía Bananera con sus hospitales y servicios, el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, el Instituto Nacional de Seguros, las inversiones de UNICEF y de la OSP/OMS. Eso da una inversión por habitante de 75 colones por año, y lamentablemente se destaca que, en medicina preventiva, de esos 75 solamente se están empleando 7,6. Por otra parte, al incrementarse el presupuesto nacional, año por año, aun cuando se han logrado pequeños aumentos presupuestarios para salud pública, en realidad lo que hemos hecho es retroceder. El porcentaje ha ido bajando y nos encontramos con un menor porcentaje en vez de aumentar la inversión en medicina preventiva y en los programas de salud.

Costa Rica se siente altamente satisfecha del informe presentado. Es un informe que salió el último día de trabajo de la Comisión. No es uno

de esos informes que tardan uno y dos años en llegar a las personas interesadas. El informe fue pasado a Washington para su aprobación, y tengo el gusto de tener en mi poder la copia del mismo. No contiene cumplidos, ni los esperábamos. Lo que esperábamos eran pautas para corregir nuestros errores e imprimir una nueva orientación a nuestros programas. Por eso pedimos a la Oficina que el grupo que integrara el Comité fuera un grupo con amplia experiencia de campo; que había tenido, como nosotros decimos, "los pies en el barro", que había vivido los problemas de la salubridad en el campo, que había hecho su carrera en la acción, no en un escritorio.

Yo quiero agradecer aquí, personalmente y en nombre de mi Gobierno, a los Gobiernos que concedieron la autorización para que sus funcionarios formaran parte de esta Comisión, a los funcionarios que la integraron y a la Oficina Sanitaria, por la colaboración ilimitada que prestó a la realización de esta evaluación.

Tenemos ya una medida. Depende de nosotros si progresamos, si cambiamos de estructura, si aprovechamos la evaluación.

Antes de terminar quiero hacer mención de dos hechos importantes de estos últimos cuatro años:

Costa Rica y Panamá habían constituido islotes en América, sin rabia canina. Sin embargo, en enero de 1957, entró la rabia canina en Costa Rica por la carretera panamericana al norte. La Organización ha dado todo el apoyo y ha enviado un asesor en veterinaria de salud pública. El Gobierno de Costa Rica, por su parte, ha realizado un programa vigoroso, tendiente a la erradicación de la rabia canina en el país.

En 1956, la Oficina de la Zona III fue reorganizada, nombrándose como Representante al Dr. Oswaldo Costa, distinguido profesional, con larga experiencia en salud pública. Con este cambio se normalizaron las relaciones entre Costa Rica y la Oficina de la Zona III, relaciones que hasta esa fecha habían presentado dificultades. El Dr. Costa restableció la cooperación técnica y la estrecha colaboración, base de operación de las Oficinas de Zona.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Ecuador.

Informe del Delegado del Ecuador

El Dr. RAMÍREZ (Ecuador): Lógicamente, Ecuador ha hecho en estos últimos cuatro años

grandes progresos que, en relación con la situación anterior, son de gran envergadura. Sin embargo, no siento vergüenza en reconocer que en otros aspectos hemos retrocedido.

Me induce a referirme a esos aspectos las exposiciones de los distinguidos delegados que me han precedido en el uso de la palabra, especialmente las de los Delegados de México y de Venezuela. Me ha dado inmensa satisfacción oír al Delegado de México que en su país existe un gran número de especialistas en salud pública a tiempo completo. En nuestro país, un gran porcentaje de los pocos que van a especializarse en otros países, traen una especialización sanitaria a tiempo completo y, a pesar de ello, se permiten exhibir y publicar avisos de ejercicio profesional en otras especializaciones, efectuadas simultáneamente con la sanitaria. En cuanto a los presupuestos de sanidad en los últimos cuatro años, tengo que compartir la pena expuesta por el Delegado de Costa Rica. Por eso, también, ha sido una gran satisfacción oír al Delegado de Venezuela hablar del presupuesto de su país. ¡Así se debe hacer salud pública! A este respecto, quisiera solicitar de los señores funcionarios de la Oficina Sanitaria Panamericana que a los gobiernos como el mío, y a los Congresos de países que descuidan tanto los presupuestos de salud pública, se les transmita una comunicación informándoles particularmente de estos dos ejemplos: el de México y el de Venezuela. Quiero con esto decir que los demás países pueden influir en el mío.

Pasando a los aspectos de sanidad y avances sanitarios realizados en mi país, voy a hacer un ligero resumen, porque todos figuran en el informe que está en manos de los delegados.

Debo decir únicamente que están en marcha cuatro campañas de erradicación. Mejor dicho tres, porque vamos a tener el agrado, con otros países americanos, de declarar la erradicación del mosquito *Aedes aegypti*. Este programa de erradicación está terminado. Otro que está por terminar, igual que en Colombia, en cuya frontera especialmente se está haciendo esta labor, es el programa de erradicación de las treponematosis. Parece que entre nosotros ya los índices son sumamente bajos—un poco más bajos que en Colombia—y que prácticamente podemos considerar terminado el programa.

La campaña de erradicación de la malaria sigue su curso, y seguramente los informes que verán, les demostrarán los progresos realizados.

Por último, hemos iniciado también el programa de erradicación de la viruela que, como al iniciar todo programa, tiene defectos administrativos, deficiencias que se están corrigiendo mediante el asesoramiento de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Respecto a la fiebre amarilla, como temo no estar presente el día en que se discuta el documento que presentamos, únicamente quiero subrayar aquí que la fiebre amarilla urbana no existe en mi país porque no existe el vector. En cuanto a fiebre amarilla selvática, el reservorio ha desaparecido en la epizootia del año 1951 y, lógicamente, no hay fiebre amarilla selvática desde entonces. Sin embargo, y esto como problema de investigación, debo señalar que durante la verificación de la erradicación del *Aedes aegypti*, encontramos que en las provincias donde se sospechaba que pudiera existir, si hubiere reservorio, se presentó una serie de casos de ictericia, fatal en pocos días. La Dirección General de Sanidad tomó todas las precauciones. Hizo una investigación epidemiológica y clínica completa y luego anatomopatológica, mandando muestras de hígado al Instituto Nacional de Higiene y al Instituto de Bogotá.

El diagnóstico histológico es de que se trata de una hepatitis viral. Pero pregunto yo, ¿por qué esta hepatitis viral, cuyo porcentaje de mortalidad no es tan alto en ninguna parte del mundo, es en esa zona tan alto y fulminante? Ha sido un deseo mío que se investigue esto exhaustivamente y vamos a hacerlo así. Una hipótesis, que pensaba yo que tal vez fuera una herejía, era la de una fiebre amarilla de forma especial en personas vacunadas. Es una de las suposiciones que expuse al investigador. Por supuesto, lógicamente, si no hay el reservorio, si existe la vacuna perfecta, pero conozco hoy que esto sucede en este y otros continentes.

Otra posibilidad es la de que esa provincia del Ecuador (estoy haciendo una especie de diagnóstico presuntivo por eliminación), la provincia de Esmeraldas, donde existía también la fiebre amarilla, es una provincia con un gran porcentaje, el 70% de la población, de raza negra. ¿Acaso la hepatitis viral es mucho más grave en esta raza? Otra posibilidad es la simbiosis, o mejor dicho asociación de dos enfermedades, amebiasis hepática y sobre ella hepatitis viral, o en otro caso, formas de paludismo asociadas para provocar un desequilibrio hepático tan rápido.

Quiero, pues, decirles que estamos investigando un proceso interesante para la salud pública y que quizás a nuestros vecinos de Colombia les interese conocer:

En cuanto a las otras enfermedades transmisibles, la lucha contra la tuberculosis está en mi país en manos de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa, que consume un presupuesto muy superior al presupuesto de sanidad de todo el país. Ha sembrado sanatorios por todo el país, y desgraciadamente, con los cambios habidos en la política de la lucha antituberculosa, esto significa un descalabro económico para nosotros. Lógicamente sería de desear que los organismos internacionales nos enviaran un asesor que realizara la evaluación de la campaña antituberculosa tal como se está desarrollando actualmente en mi país porque, a mi juicio, en los momentos actuales, no es esta la política que debe seguirse en la lucha antituberculosa en el Ecuador.

La poliomielitis no ha sido un problema en nuestro país, y últimamente mantenemos estabilidad en el número de casos. Sin embargo, como en Colombia, se está realizando con éxito manifiesto un programa de vacunación con virus vivo. Hemos pedido a la Oficina de la Zona IV, después de enviar ya los datos respecto a mortalidad infantil en los últimos años y las tasas de poliomielitis, que se lleve a cabo un estudio para ver si se efectúa la vacunación en masa en el Ecuador.

En cuanto a la peste, tenemos las zonas subrurales en que existe siempre, y nada más he de añadir a este respecto.

Refiriéndonos a la administración de salud pública, uno de los aspectos administrativos más importantes es la coordinación de servicios y la regionalización. Gracias al asesoramiento de la Oficina Sanitaria Panamericana, hemos enviado al Gobierno un plan trienal que prevé la autonomía regional de cada una de las zonas del país como paso previo a una coordinación de todos los servicios. Este plan se ha manifestado en forma de un convenio que ha sido ya firmado por la Organización Mundial de la Salud, la Oficina Sanitaria Panamericana y el Gobierno.

En relación a higiene maternoinfantil, tenemos el mismo problema que la mayor parte de los países de América Latina, con la alta mortalidad infantil, las mismas causas, la necesidad de intensificar la educación sanitaria y el saneamiento ambiental en todas las fases conocidas.

Hemos examinado muchas veces y en muchas reuniones el problema de la mortalidad infantil en nuestro medio. No tiene una causa unívoca, sino que las causas son, a mi juicio, y al juicio de todos, socioeconómico-culturales. De tal modo que habría que hacer un plan de coordinación con todos los ministerios. En materia de educación, para elevar el nivel cultural de las masas de nuestro pueblo, llenas de prejuicios, que primero van donde el brujo antes de llegar al médico, o prefieren no ver nunca al médico aunque se muera el niño. En el orden económico, porque los campos nuestros, como los de la mayor parte de América Latina están abandonados. No hay agua, no hay servicios, no hay dinero para sanidad ni para los trabajos de ingeniería sanitaria. Y luego, sobre todo, un plan de educación sanitaria que ya se está iniciando en nuestro país y que es otro de los puntos que quería tratar, porque hemos considerado que es un plan al que debe darse prioridad en el Ecuador.

Quiero insistir en que he sido uno de los paladines en la lucha para lograr que la educación sanitaria en mi país se establezca en un plano más importante. A pesar de la falta de dinero, he procurado inyectar a ese plan todo el vigor posible y espero que los resultados se obtendrán en un plazo más o menos corto, aunque no podrá ser corto por lo que a la mortalidad infantil se refiere si las condiciones de ambiente no mejoran. Respecto a mejorar las condiciones ambientales, he de señalar que en estos momentos se ha nombrado ya al personal para el Departamento de Ingeniería Sanitaria establecido con el asesoramiento de la Organización Mundial de la Salud y con el apoyo económico de la ICA. De tal modo que por primera vez Ecuador va a iniciar la encuesta y el estudio de los problemas de agua potable, eliminación de excreta, alcantarillado, etc., porque como en todos los países de la América Latina, también tenemos los barrios suburbanos invadidos por los campesinos.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Paraguay.

Informe del Delegado del Paraguay

El Dr. PEÑA (Paraguay): Quiero solamente utilizar estos pocos minutos que se me conceden, para hacer hincapié en algunos de los progresos principales que ha hecho la salud pública en Paraguay, en estos últimos cuatro años.

Ante todo, quiero destacar lo siguiente: En el informe cuadrienal hay algo que no puede citarse, o, por lo menos, no puede traducirse en cifras, y es el progreso realizado en la formación de una conciencia sanitaria de la población. Progreso que, vuelvo a repetir, no puede medirse en cifras específicas, pero que se puede deducir de las que se dan al tratar algunos programas en especial. La comunidad ha prosperado considerablemente en la valoración de la salud, y el Gobierno reconoce la prioridad fundamental de los problemas de salud pública. Por eso, a la satisfacción que produce presentar esta modesta información de progreso se suma la de la seguridad de que, en años venideros, ese progreso será mayor y más rápido.

Uno de los programas que ha tenido, y tiene, mayor importancia actualmente, es el programa de la protección maternoinfantil que se traduce, especialmente, en un aumento considerable de los servicios estatales en ese campo. Quizás lo más importante a destacar es que éstos fueron mejorados en la capital y, sobre todo, que se han creado numerosos centros de salud y se han mejorado los que existían en la zona rural.

Podemos citar algunas cifras para dar una idea de los progresos realizados. Por ejemplo, en cuanto al personal: las obstetras, que en 1955 eran 44, en 1958 son 163; las enfermeras, que de 16 han pasado a 36; los médicos a tiempo completo, cuyo número ha aumentado de 23 a 40. También, el número de madres y niños controlados da una idea de los progresos realizados. Así, por ejemplo, el número de lactantes controlados, que era de 7.530 en 1955, se elevó a 10.220 solamente en el primer trimestre de 1958, mientras que el de embarazadas controladas, que era de 10.890 en 1955 y de 20.560 en 1957, fue de 9.000 en el primer trimestre de 1958.

Otras cifras que pueden dar también idea de los progresos realizados, es la atención de partos. En 1954 la atención de partos por parteras empíricas era del 73%, y por parteras profesionales, 26,8%. En 1958, el porcentaje de partos empíricos baja de 73 a 58,8; y el de partos atendidos por profesionales sube de 26,8 en 1954 a 41,2 en 1957.

En cuanto al programa de nutrición, el Departamento lo inició; luego, durante mucho tiempo, quedó el departamento un poco abandonado, pero reanudó su labor, sobre nuevas bases, el 1.º de junio de 1956, bajo el asesoramiento de un experto en nutrición de la FAO.

Sus actividades fueron especialmente en el campo de la investigación, con encuestas, levantamientos antropológicos y levantamientos de hojas de balance, disponibilidad de alimentos de la población, según las normas internacionales de la FAO. Luego se han planificado encuestas de consumo de alimentos en el campo de la educación nutricional. En el informe que hemos presentado sobre los programas desarrollados durante el cuatrienio 1954-57, constan, con detalles, todos los trabajos realizados.

Otro punto interesante que quisiera recalcar es la yodización de sal de consumo. En el Paraguay, el bocio endémico es un problema serio. Las encuestas realizadas, hace 4 ó 5 años, dieron un promedio de 28% en toda la población. De ahí que el problema de la yodización de la sal fuera un problema fundamental importante. Y para dar solución a este problema, se dictó un decreto, el 25 de abril de 1958, por el cual se declara obligatoria la yodización de la sal para el consumo. En el puerto de la capital, Asunción, por donde entra casi toda la sal, se ha instalado una planta de yodización y en los demás puertos se van a instalar otras. Esta planta mezcla una parte de yodato de potasio por 10.000 partes de sal. El costo del procedimiento se recarga al consumidor. Aproximadamente se recarga en un 26% del precio total de la sal. La medida ha sido bien recibida por la comunidad.

Otro programa que se ha desarrollado últimamente es el programa de saneamiento ambiental. En diciembre de 1954 se creó la División de Saneamiento Ambiental. Sus objetivos fundamentales fueron la formación de ingenieros sanitarios e inspectores auxiliares, el adiestramiento de obreros especializados, la realización de programas demostrativos y experimentales de saneamiento rural, y, finalmente, la incorporación de esta actividad a las labores normales de los organismos ejecutivos locales, centros de salud y puestos sanitarios. Se han incorporado, desde entonces, siete ingenieros sanitarios, cuatro de los cuales han cursado estudios en escuelas de salud pública del extranjero.

El programa de control de la anquilostomiasis continúa en lo que fue programa del área Asunción-Villarrica. La anquilostomiasis está afectando actualmente la población capitalina en un porcentaje del 50% al 60%. De ahí la necesidad de continuar estas labores.

Cerca de Asunción, en una zona suburbana, se

ha elegido una pequeña población de San Lorenzo como lugar de ensayo de un programa de saneamiento ambiental, que está en pleno desarrollo. Los centros de salud han desarrollado, por primera vez en la República desde el año 1957, labores permanentes de saneamiento ambiental, por medio de inspectores adecuadamente adiestrados en cursos planeados, a cargo de la División de Saneamiento. Además, en 1958 se incorporaron como funcionarios permanentes de organismos sanitarios locales, 30 ex-funcionarios de la campaña de control de la anquilostomiasis, con el nombre de auxiliares de saneamiento.

En cuanto a la lucha contra las enfermedades transmisibles, queremos destacar las actividades contra la tuberculosis, lucha que se ha emprendido al entrar en vigencia los convenios suscritos con la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF. Gracias a ellos, la labor adquirió un nuevo impulso y por primera vez extendió sus beneficios hasta la masa campesina.

Debe destacarse la campaña de vacunación colectiva con BCG. Se inició en agosto de 1954 y terminó 16 meses después, el 31 de diciembre de 1955. Se examinaron, en total, 658.903 personas, vacunándose a 266.776.

En relación con el control rural de la tuberculosis, gracias a unidades móviles se pudieron realizar encuestas en diversas localidades del interior. Los enfermos descubiertos en estas campañas colectivas son sometidos a tratamiento ambulatorio con drogas y antibióticos, que el Ministerio de Salud Pública suministra gratuitamente.

Simplemente, para dar idea de la importancia de este problema, quiero señalar que la prevalencia de la enfermedad, de acuerdo con las campañas colectivas realizadas en el interior, va de 0,6 a 1,9%, con un promedio de 1,1% en la población mayor de 15 años.

En la lucha antileprosa, se ha logrado un adelanto extraordinario desde el año 1954 hasta la fecha. Darán quizás una idea las siguientes cifras: en 1954 se gastaba del presupuesto nacional 876.572 guaraníes para la lucha antileprosa; en 1958 esta cifra asciende a 3.175.550. A partir de 1956, el personal, tanto técnico como auxiliar, fue en constante aumento.

En mayo de 1958, el Departamento contaba con un médico director, diez médicos leprólogos a tiempo completo y dos médicos leprólogos a

medio tiempo y además una serie de funcionarios, como histopatólogos, etc.

Una idea de las actividades puede darla el censo de los nuevos casos: en 1954 se descubrieron 93 casos; en 1955, 99; en 1956—en que la campaña fue más intensa—ascendieron los nuevos casos a 628; y en 1957, a 678.

La característica principal de la lucha antileprosa en el Paraguay, es que se basa en la exclusión del aislamiento obligatorio de los casos contagiosos y en la lucha quimioterápica ambulatoria en todos los casos de lepra de cualquier forma clínica. Nos ha dado un resultado extraordinario. El informe correspondiente, con todos sus detalles, fue presentado en el Seminario sobre el Control de la Lepra, celebrado recientemente en Belo Horizonte, en el que el Paraguay tuvo el honor de ser felicitado por su trabajo.

Una idea de la importancia del problema de la lepra en el Paraguay, la dan las cifras siguientes: entre la población examinada, los casos positivos hallados de 1955 a 1957, sobre un total de 123.382, fueron 381, o sea el 3 por 1.000, en la capital. En el interior, la proporción es mucho más baja y varía de 1,6 a 2,7.

En cuanto a la lucha antivenérea, se ha llevado a cabo con la valiosa colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana y el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Se han hecho numerosas campañas intensivas. Un simple dato que da idea del resultado a que se ha llegado o que han dado estas campañas, es que podemos decir que durante el año 1957 solamente se han registrado en todo el país, 180 casos activos de sífilis contagiosa.

Se ha desarrollado también un intenso programa internacional de control en las zonas fronterizas, de acuerdo con convenios firmados en la ciudad de Montevideo, por Paraguay, Argentina, Brasil y Bolivia.

En cuanto al problema de la erradicación de la viruela, podemos decir lo siguiente: la vacunación antivariólica es obligatoria, por ley, en Paraguay, desde 1880. Sin embargo, nunca se había podido hacer campaña intensiva, y de ahí que siempre, periódicamente, tengamos pequeñas epidemias de viruela. Desde el año 1947 hasta la fecha se han registrado algunos casos y brotes aislados de viruela.

En noviembre de 1957, el Gobierno del Paraguay firmó un convenio con la Oficina Sanitaria Panamericana para el desarrollo de un programa

de erradicación de la viruela, y desde entonces se ha llevado a cabo con toda intensidad este programa. Oportunamente hemos de dar datos e informaciones sobre esta labor. Queremos simplemente resaltar que, a los efectos de uniformar la técnica y la interpretación de la vacunación, se han dado hasta ahora cursillos teórico-prácticos al personal de enfermería en todos los centros de salud de Asunción y de la campaña.

En cuanto a la erradicación de la malaria, también tendremos oportunidad de referirnos a ella y dar mayores detalles al tratarse el tema correspondiente. Me limitaré a indicar que para el programa de erradicación de la malaria se ha organizado el Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo. El Congreso Nacional promulgó la ley de su creación, en septiembre de 1957, y el Servicio cuenta con la valiosa cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana y del UNICEF. No voy a dar datos, solamente quiero señalar que

desde el mes de enero no se ha encontrado un solo caso de *Plasmodium falciparum* en el Paraguay.

El Gobierno del Paraguay, por su parte, se ha comprometido a contribuir al plan quinquenal con la suma de 81.500.000 guaraníes, o sea casi 800.000 dólares.

Estas son las informaciones más urgentes que yo he querido traer aquí. Para terminar daré algunos datos de cómo se ha progresado en el Paraguay. Actualmente trabajan en los centros de salud y unidades sanitarias, 12 médicos especializados en salud pública, 34 médicos directores, 3 médicos epidemiólogos, 100 médicos especialistas, 35 odontólogos, 3 ingenieros sanitarios, 120 inspectores sanitarios, 50 enfermeras graduadas, 219 obstetras y 585 auxiliares de enfermería.

El PRESIDENTE: Se levanta la sesión.

Se levanta la sesión a las 12 h. 5 m.

QUINTA SESION PLENARIA

Jueves, 25 de septiembre de 1958, a las 9 h. 30 m.

Presidente: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos)

(Después) Dr. HÉCTOR VIRGILIO NOBLÍA (Argentina)

Tercer Informe de la Comisión de Credenciales

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Dr. Javier, Relator de la Comisión de Credenciales.

El Dr. JAVIER (Honduras, Relator): La Comisión de Credenciales, constituida por los señores Delegados de Nicaragua, México y Honduras, se reunió en el Salón Isla Verde el día 24 de septiembre a las cinco de la tarde para celebrar su tercera sesión. La comisión examinó las credenciales de la Delegación del Perú que se han recibido en la Secretaría de la Conferencia y recomendó que dicha Delegación sea plenamente acreditada ante la Conferencia.

El PRESIDENTE: Si no hay ninguna objeción por parte de algún delegado, se considerará aprobado el informe.

Se aprueba el tercer informe de la Comisión de Credenciales.

Tema 21: Estado de la erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas

El PRESIDENTE: Vamos a examinar ahora el tema 21: Estado de la erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas. El señor Director presentará el documento correspondiente.

El Dr. SOPER (Director, OSP): El informe referente al estado de la erradicación del *A. aegypti* en las Américas (Documento CSP15/8)¹ es un resumen de la situación según la ha apreciado el personal de la Oficina que trabaja en este campo de acción.

Me permito sugerir que este documento sea presentado por el Dr. Octavio Pinto Severo, una vez que los distintos países hayan dado cuenta de sus respectivos informes, pero tal vez sería conveniente hacer antes un resumen histórico de

¹Véase Parte V, Anexo 2, págs. 483-490.

lo que ha pasado con el problema de la erradicación del *A. aegypti* y de su relación con la erradicación de la fiebre amarilla.

Como dije en la tercera sesión plenaria, la Primera Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en 1902, recomendó el estudio e investigación del problema del mosquito *Stegomyia*. Durante los primeros quince años de este siglo, en todas las ciudades donde se llevó a cabo el control del *A. aegypti*, lográndose índices inferiores al 5%, se observó que la fiebre amarilla había desaparecido, no solamente de los centros atendidos sino también de la estadística de la región tributaria correspondiente. De manera que después de los primeros quince años de actividades contra el *A. aegypti*, los técnicos habían adquirido el convencimiento de que sería posible erradicar la fiebre amarilla sin erradicar el mosquito transmisor. En 1915, la Fundación Rockefeller empezó una campaña en colaboración con los Gobiernos de las Américas para la erradicación de la fiebre amarilla, no del *A. aegypti*. La campaña fue dedicada solamente a combatir el mosquito durante el período necesario para que la fiebre amarilla desapareciera de los centros atendidos y desapareciera también, espontáneamente, de las regiones tributarias.

Este programa ha tenido éxitos brillantes: la erradicación de la fiebre amarilla de Guayaquil en 1918 y 1919 libró al Ecuador de la fiebre amarilla transmitida por el *A. aegypti*, y hasta ahora no ha surgido de nuevo en la región del Pacífico. Más tarde, en América Central, México, y en el Brasil, la fiebre amarilla desapareció aparentemente y podía preverse más o menos su completa liquidación en 1926 o 1927; pero en 1928 la enfermedad reapareció inesperadamente en la ciudad de Río de Janeiro, después de una ausencia de veinte años, y en momentos en que ni las autoridades ni los médicos ni nadie pensaba ya en la fiebre amarilla. Cuando ésta fue diagnosticada en Río, existían ya cuatro focos diferentes en otras tantas partes de la ciudad, cada foco aparentemente independiente de los demás. En el siguiente año, 1929, aparecieron epidemias de fiebre amarilla transmitidas por *A. aegypti* en Socorro, Colombia, pueblo relativamente aislado del interior del país, y también en Venezuela, en los pueblos de Guazapate y Tumoreno, asimismo pequeños, bastante aislados de cualquier centro grande que pudiera haber servido de fuente de virus para la infección.

En 1932 se observó fiebre amarilla en el Estado de Espírito Santo, Brasil, en ausencia del *A. aegypti*. Fue ésta la primera comprobación de la fiebre amarilla selvática y casi simultáneamente apareció una epidemia de fiebre amarilla transmitida por *A. aegypti* en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, en el corazón del Continente y completamente aislada de todas las grandes ciudades del mismo.

Se empezó a descubrir entonces la distribución de la fiebre amarilla selvática y afortunadamente, más o menos en la misma época, de 1932 a 1933, se observó en el Brasil la erradicación del mosquito *A. aegypti* en todas las capitales del norte del país, con una sola excepción. Nosotros, que intervinimos en esta primera erradicación de carácter local, debemos confesar que la erradicación del *A. aegypti* no resultó de un plan de erradicación. ¡Cuál fue nuestra sorpresa cuando descubrimos que la erradicación estaba efectuándose! Era éste el resultado de ciertas modificaciones en la técnica, hechas para mejorar el servicio; pero sin la idea de conseguir la erradicación.

Debemos señalar que antes, el Jefe del Servicio de Fiebre Amarilla de la Fundación Rockefeller en el Brasil, Dr. Connell, había hecho una seria tentativa para erradicar dicha enfermedad en las ciudades de Paraíba y João Pessôa, sin alcanzar la finalidad perseguida. Pero una vez descubierta la erradicación de la fiebre amarilla y la posibilidad de lograrla, se observó que no era posible dejar de lado ciudades y suprimir los gastos consiguientes, porque venía luego la reinfestación de los suburbios y del interior del país. Un estudio llevado a cabo reveló que era más económico hacer la limpieza de los suburbios y después del interior, que mantener permanentemente los servicios del control en las capitales; y poco a poco fue extendiéndose este programa, de manera que en 1939 ya existían seis Estados y la capital federal del Brasil, sin *A. aegypti*.

En aquel momento, cuando se llevaba a cabo la reorganización del Servicio Nacional de la Fiebre Amarilla, el Gobierno del Brasil aceptó, como objetivo principal de este servicio, la erradicación total del *A. aegypti* de todo el país. Creo que quizás fue esa la primera vez en que se señaló a un servicio nacional el propósito de conseguir la erradicación total de un vector o de una enfermedad, y fue también un hecho histórico la iniciación de la campaña de erradicación de la

fiebre amarilla en el Continente, emprendida por la Fundación Rockefeller en 1915.

Después de la aparición de la fiebre amarilla en Bolivia se organizó la campaña de control en ese país. Se descubrió que en 1932 y 1933, el *A. aegypti* todavía estaba penetrando e invadiendo el continente americano. Estudios ulteriores han demostrado que en el momento de empezar la campaña de erradicación de este mosquito, originalmente venido de Indoáfrica, todavía existían grandes partes del interior del Continente donde no había llegado a penetrar.

Para el año 1941, Bolivia se consideraba libre de *A. aegypti* y en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Río de Janeiro, en 1942, Bolivia propuso una campaña de erradicación del *A. aegypti* para el Continente. Esto fue durante el período de la guerra y la sugerencia no logró despertar mayor interés. Pero con el transcurso de los años y con el progreso de la campaña en el Brasil, el Servicio de Fiebre Amarilla de este país se encontró ya obligado a trabajar intensamente para protegerse contra las reinfestaciones procedentes del extranjero: del Paraguay, de la Guayana Francesa y del Perú. Y entonces, en la I Reunión de nuestro Consejo Directivo, celebrada en Buenos Aires en 1947, a la que asistió el Director del Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil, la Delegación de este país propuso una campaña de erradicación del *A. aegypti* en el Continente, y la Conferencia aprobó una resolución de suma importancia, que daba a la Oficina Sanitaria Panamericana la responsabilidad de resolver el problema de la fiebre amarilla urbana, por erradicación del *A. aegypti*, y el encargo de resolver todos los problemas administrativos, legales y financieros, por cierto en un momento en que la Oficina realmente carecía de recursos económicos.

Ustedes me han oído ya hablar hace dos días de la reacción de los países del Continente frente a la amenaza de *Anopheles gambiae*. Una cosa muy semejante sucedió con respecto a la erradicación del *Aedes aegypti*, en 1947.

Después del acuerdo de la Conferencia, visité el Paraguay, que en esa época era la fuente más importante de reinfestación del Brasil, y aun encontrándose el país en un estado político difícil, momentos después de terminar la guerra mundial, el Gobierno del Paraguay acogió bien la sugerencia, y el Gobierno del Brasil, representado por el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla,

ofreció colaboración técnica y una aportación de materiales necesarios para organizar el servicio. El Gobierno del Brasil prestó los servicios de sus técnicos, se hizo cargo de los gastos de transporte hasta la frontera y continuó pagando sus sueldos a los funcionarios que trabajaron en la campaña. Nosotros, en la Oficina, contribuimos con pasajes, dietas y, en general, con cuanto pudimos para mejorar el servicio.

Se disponía de una base para empezar la campaña en Asunción, pero faltaban por completo los medios de transporte, automóviles y camiones. Ustedes deben recordar que en esa época, inmediatamente después de la guerra, era sumamente difícil adquirir un automóvil; se necesitaban por lo menos, nueve o diez meses para recibirlo, y en el Paraguay no era posible conseguir automóviles.

Quiero hacer constar que en estas circunstancias volvimos a Buenos Aires, presentamos el problema a la consideración de las autoridades nacionales de la Argentina e inmediatamente recibimos la oferta, sin mayores formalidades, de los elementos motorizados necesarios para esta campaña. Pocos días después esos elementos estaban en viaje; por tierra, llegaron al norte de Argentina, pasaron el río, también sin formalidades, y durante los primeros años de la campaña en el Paraguay el servicio se hizo con la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana, pero también con la colaboración, activa y financiera, tanto del Gobierno del Brasil como del Gobierno de la Argentina. En este espíritu de colaboración internacional hemos encontrado siempre una fuente de esperanza y de confianza en el futuro.

No quiero prolongar esta introducción, pero deseo llamar la atención sobre ciertos factores inherentes al concepto de erradicación.

En primer lugar, la erradicación ha de empezar necesariamente en una escala relativamente grande. No es posible consumir la erradicación de mosquitos en un kilómetro cuadrado. Necesitamos empezar con una población importante, y con un área bastante grande, donde no sea predominante la infestación en la periferia. Es preciso advertir también que la erradicación implica la expansión periférica hasta alcanzar todo el ámbito del problema. No existe un punto que pueda considerarse realmente como una parada. La erradicación es cosa que un país, un pueblo, no puede guardar solamente para sí. Para que

tenga valor necesita ser extendida a los vecinos. Yo siempre he dicho que es como un tipo de religión, de doctrina religiosa que beneficie a los demás seres hermanos, pero de manera obligatoria. Es algo que no se puede guardar para uno mismo.

Recientemente, en una discusión entre amigos sobre el problema de la erradicación de la malaria, dije que si un país tuviera el valor de negarse a erradicar la malaria, y permaneciera en esta actitud hasta el final, hasta el momento en que llegara a ser el único país del mundo con malaria, podría pedir lo que quisiera a los demás países, y éstos seguramente pagarían por el derecho de encargarse de la erradicación.

Hay un punto muy importante aquí al cual quiero referirme, y es el siguiente: una vez que entramos en un programa de erradicación continental, es muy importante que completemos este programa lo más rápidamente posible para reducir los gastos y para evitar las reinfestaciones de los lugares ya limpios. Debemos señalar que, en una campaña de erradicación, los países que realmente no tienen planteado el problema con carácter urgente, tienen la misma responsabilidad que los que se encuentran en este caso.

Ha habido ciertos países, por ejemplo, que no considerando inminente la amenaza de la fiebre amarilla, se han inclinado fácilmente a pensar que ésta no tenía importancia y han dejado hacer a los demás. Pero esos países constituyen siempre una amenaza y tenemos el deber de reconocer que, una vez empezada una campaña de erradicación, la obligación moral es igual para todos los países.

La erradicación del *A. aegypti* no es fácil. Es un mosquito cuyos huevos pueden quedar vivos durante muchos meses, sin que haya manera de descubrirlos por medio de las larvas o de los adultos. Es un mosquito que puede continuar en una casa aislada durante años, sin necesidad de invadir otras casas, esperando una oportunidad para ensanchar su radio.

La erradicación del *A. aegypti* cuesta dinero, pero quiero terminar con la observación de que muchos países considerados como menos favorecidos económicamente y menos desarrollados, completaron ya la erradicación. Como ustedes han de ver por los informes que se van a presentar aquí hoy, la erradicación del *A. aegypti* está bastante adelantada y es de toda conveniencia que ahora y en los próximos dos o tres años

se intensifiquen los esfuerzos y se movilicen todos los recursos financieros necesarios para terminar esta primera campaña de erradicación en las Américas.

El PRESIDENTE: El tema queda ante la consideración de la Conferencia y se oirán ahora las declaraciones oficiales de las delegaciones de los países que han completado la erradicación. ¿Alguna delegación quiere informar? El Delegado del Brasil tiene la palabra.

Informe del Delegado del Brasil

El Dr. DE MEDEIROS (Brasil) (*traducción del portugués*): El Brasil tiene que informar sobre la erradicación del *A. aegypti*. Me tomo la libertad de pedir al señor Presidente que permita al Dr. Luis Lessa leer su informe sobre la labor del servicio nacional de la campaña de erradicación del *A. aegypti* durante los últimos 6 años, ya que bajo la administración del Dr. Lessa ha sido comprobada la erradicación total.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Dr. Lessa.

El Dr. LESSA (Brasil) (*traducción del portugués*): Voy a presentar el informe referente a la erradicación del *A. aegypti* en el Brasil. Desde luego, pido cinco minutos más del tiempo fijado y solicito la indulgencia de los señores delegados para dar lectura a mi informe.

Introducción. Por su extensión y condiciones climáticas, el Brasil era el país de la América más infestado de *A. aegypti*. Iniciada la lucha desde que se estableció, a principios de este siglo, el papel del mosquito en la transmisión de la fiebre amarilla, transformóse Brasil en país precursor de su erradicación tan pronto como se evidenció que sólo por ese medio se alcanzaría una protección completa contra la fiebre amarilla y contra la amenaza de que el virus selvático penetrara en los centros urbanos.

Organizamos entonces en Brasil la mayor campaña que ha sido emprendida hasta ahora contra el vector de la enfermedad y cuyo éxito se debe a la técnica establecida para combatir el *A. aegypti* mucho antes de que se descubrieran los insecticidas de acción tóxicoresidual. Durante el período en que se empleó el petróleo como agente coercitivo para destruir y evitar la formación de focos en depósitos de agua de uso doméstico, se establecieron normas de trabajo y se creó una verdadera mística que debía llevar a la ex-

tinción completa del mosquito en el país. El DDT aceleró en algunos años esta victoria.

Constituyóse en el Brasil una gran campaña de demostración de la manera como podía llevarse a cabo la campaña en otros países y, en verdad, su "Manual de normas técnicas y administrativas" pasó a ser adoptado por todos aquéllos que tuvieron necesidad de afrontar el mismo problema. La Fundación Rockefeller que hasta 1939 se encargó de la campaña en Brasil, consiguió extenderla a otros países y empleó en varios de ellos técnicos brasileños. A partir de aquel año, el Gobierno asumió la entera responsabilidad por la campaña en el Brasil con la certeza de que sólo podría alcanzarse éxito total en ella mediante la expansión a todos los países afectados por el problema. Con la aparición del DDT y con la aprobación de la propuesta del Brasil en la I Reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, celebrada en Buenos Aires en septiembre de 1947, se empezó la planificación de la campaña en escala continental, bajo la coordinación de la Oficina, con la cual el Brasil firmó un convenio comprometiéndose a facilitar técnicos para que cooperaran en la organización de los trabajos en aquellos países que lo solicitaran. Tomada esa decisión, la campaña se extendió a casi todos los países del Continente en muchos de los cuales ya ha sido o está siendo erradicado el mosquito *A. aegypti*.

Para apreciar lo que fue la campaña de erradicación del *A. aegypti* en el Brasil es necesario lanzar una rápida mirada retrospectiva al problema en todo el país. En la región norte este mosquito se difundió, llevado principalmente por las embarcaciones fluviales, penetrando en puntos remotos, lo cual exigió grandes esfuerzos para eliminarlo de la vasta zona ocupada por la cuenca amazónica. En la región sur, la infiltración, por razones geoclimáticas, fue benigna en los Estados de Rio Grande do Sul, Santa Catarina y Paraná pero adquirió mucha mayor intensidad en São Paulo, donde se manifestó incluso en la capital, ciudad de grandes proporciones, ubicada a 900 metros de altitud, es decir, a una altitud no muy conveniente para la vida del mosquito.

En las regiones centro y oeste fueron relativamente bajos los índices encontrados en Mato Grosso y Goiaz, debido a la pequeña densidad demográfica, pero fueron en cambio relativamente elevados en Minas Geraes, incluso en la capital

del Estado, situada a casi 1.000 metros de altitud. Pero fue en las regiones del este y del nordeste donde mejor se adaptó el mosquito *A. aegypti*, debido sin duda a las condiciones favorables que ofrecían. Puede decirse que la mitad del problema en todo el Brasil se concentró en esas dos áreas de dimensiones mucho menores que las demás, pero que presentaban una mayor difusión de la especie y donde con más potencia apareció el fenómeno de la resistencia ovular.

Cuando en 1947 comenzó a emplearse en Brasil el DDT, ya había sido erradicado el *A. aegypti* en las regiones norte, sur, centro y oeste. En las regiones este y nordeste el problema estaba reducido a mínimas proporciones. Pero aun así, fueron necesarios algunos años de empleo del nuevo insecticida por el método perifocal para eliminar el mosquito, lo que se consiguió en 1955 cuando fueron destruidos los últimos focos en el Estado de Bahía.

Se llevaron a cabo repetidas verificaciones en todos los puntos últimamente infestados y en aquellos que, por sus condiciones, podía hallarse el mosquito, mas no ha sido encontrado en parte alguna durante los últimos tres años.

Con el resultado obtenido después de larga y ardua campaña, llegó el momento en que Brasil podía declararse libre de *A. aegypti* y se recurrió al testimonio de la Oficina Sanitaria Panamericana, encargada de la coordinación del trabajo sanitario en el Continente, para la prueba final en que se basa el criterio de erradicación establecido por dicho organismo internacional.

Desenvolvimiento de la campaña de erradicación del Aedes aegypti. En el curso de la campaña contra el transmisor urbano de la fiebre amarilla en el Brasil (1931-1957) podemos distinguir varias etapas principales de su evolución técnicoadministrativa.

Hasta 1931, la lucha contra *A. aegypti* se llevó a cabo de acuerdo con la experiencia de las campañas de Oswaldo Cruz (1903-1908) y de Clementino Fraga (1928-1929).

La eliminación de los focos se hacía vaciando o derramando el agua de los recipientes o por destrucción de los depósitos inútiles. Utilizábase también la creolina, producto a base de crisol, para evitar o eliminar focos en aguas estancadas. Empleábanse peces larvófagos en los pozos, cisternas, embalses y lagos artificiales. Con el apoyo de la legislación vigente, se imponían medidas de

protección para los recipientes de agua y los grandes depósitos de abastecimiento. Solamente al final de este período empezó a usarse el petróleo (aceite Diesel) para la eliminación de focos en los depósitos domésticos.

En 1932, con la aprobación por decreto federal del "Reglamento del Servicio de Profilaxis de la Fiebre Amarilla", establecióse una base para la organización de la campaña que había de conducir a la erradicación del mosquito *A. aegypti*. Aquel reglamento permitió: a) rociar con petróleo todos los depósitos que contenían focos de mosquitos; b) generalizar el servicio de intimación basado en las disposiciones de las leyes federales; c) eliminar sumariamente ciertos depósitos, principalmente los encontrados con focos en más de una inspección; d) integrar en las operaciones corrientes del servicio de campo, métodos subsidiarios encaminados siempre a conseguir una mayor eficacia en los trabajos mediante el empleo de procesos ya utilizados a título experimental, tales como: 1) captura de mosquitos adultos por medio del aparato ideado por el Servicio; 2) organización del equipo investigador de focos generadores para la busca y eliminación de focos de difícil acceso; 3) organización de los llamados servicios especiales: marítimo, fluvial, de casas deshabitadas, cementerios, acequias, canales de avenamiento y bosques.

De 1933 a 1937, con el perfeccionamiento de las medidas adoptadas contra el *A. aegypti* y con el establecimiento de normas administrativas rígidas se organizó en el Brasil la mayor campaña que hasta entonces se había desarrollado contra el vector de una enfermedad.

Esas medidas y normas de trabajo están expuestas en el "Manual de normas técnicas y administrativas" que se publicó entonces y ha sido después puesto al día en varias ocasiones.

A partir de 1938, con el éxito de las campañas en las zonas urbanas, pudo comprobarse que el problema era mucho más grave, dado que el *A. aegypti* había invadido las zonas rurales de gran parte del territorio nacional. Establecióse para su completo exterminio el principio de las "áreas contiguas y progresivamente crecientes", es decir, la persecución del mosquito hasta cualquier lugar donde pudiera ser encontrado. Tomando el distrito municipal como unidad de referencia, se cuadrículaba el área entera, localidad por localidad, sin que importaran ni sus dimensiones ni su situación. De este modo se completó un mapa

estegómico del Brasil, con un conocimiento exacto del problema y fue posible prever, con escaso margen de error, el final de la campaña.

En 1940 se presentó de modo más evidente en el nordeste del Brasil el fenómeno de la resistencia de los huevos de *A. aegypti* a la desecación, siendo necesario, para hacer frente a esa dificultad, "limpiar con fuego las paredes de los depósitos", para destruir los huevos incrustados. Más tarde, en una región más al sur (Nova Iguassú—Estado de Río de Janeiro), el mosquito *A. aegypti*, modificando en parte sus tendencias biológicas en este hemisferio, pasó a procrearse de modo alarmante en los orificios de los árboles obligando a organizar un servicio de emergencia para obstruir los millares de cavidades existentes en los naranjos. Esos fueron dos serios obstáculos que frenaron la marcha de la campaña. Otro acontecimiento capital fue la reinfestación frecuente de localidades ubicadas en las márgenes de los ríos por donde navegan embarcaciones de países desprovistos de servicio de lucha contra el mosquito *A. aegypti*, obligando a que el Brasil se preocupara de instalar puestos de observación y mostrando que el problema ya no podía ser enfocado desde un punto de vista nacional. Teniendo en cuenta esta situación, la XI Conferencia Panamericana, celebrada en Río de Janeiro en 1942, aprobó la siguiente resolución:

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana, enterada de los resultados obtenidos por el Brasil, Perú y Bolivia, en lo tocante a la erradicación del *Aedes aegypti*, resuelve consignar un voto de aplauso hacia este progreso sanitario obtenido, que representa una garantía contra la propagación de la fiebre amarilla y pide al mismo tiempo a los gobiernos de los países en cuyos territorios se encuentren los vectores de la enfermedad que organicen servicios destinados a su erradicación, basándose en los planes adoptados en el Brasil.

Fue esta la primera manifestación colectiva de que el *A. aegypti* debía ser eliminado de las Américas.

De 1943 a 1946, una campaña basada en el empleo obligatorio de petróleo en los depósitos con focos de *A. aegypti*, se extendió eficazmente por todo el territorio nacional, circunscribiendo enseguida el problema a las regiones este y nordeste del Brasil, lo que permitía prever, para dentro de breve plazo, la erradicación del mosquito en todo el país.

A fines de 1947, después de un período de ex-

perencia se empezó a emplear el DDT como base del método perifocal, es decir, "aplicando el producto emulsionable con título de 2%, por medio de un pequeño aparato rociador, con tratamiento de todos los depósitos domésticos, tuvieran o no agua, tanto en su interior como en su exterior, así como las paredes próximas a dichos depósitos".

De 1948 a 1954, el entonces Servicio Nacional de Fiebre Amarilla roció varias veces con DDT perifocal grandes áreas de las regiones este y nordeste, venciendo la resistencia ovular gracias a la duración de la potencia residual del insecticida y apresurando así el fin de la campaña.

En marzo de 1955, se encontró en el Estado de Bahía el último foco de *A. aegypti* en el Brasil. Las inspecciones de vigilancia que se llevaron a cabo en otras regiones del país durante los años siguientes a los tres años y medio transcurridos después de encontrado el último foco, permitieron creer que la especie había sido realmente eliminada del Brasil.

Habían transcurrido 27 años de lucha intensa en los que se emplearon millares de hombres y centenares de vehículos. No es posible justipreciar el esfuerzo, la determinación y los recursos que costó la campaña de erradicación del *A. aegypti* en el Brasil. Pero tenemos la gran satisfacción de haber cumplido un deber protegiendo a la mayor parte de la población del país contra las incursiones del virus amarílico y contribuyendo con nuestra experiencia a que otros países del Continente alcancen el mismo éxito en un futuro próximo.

Análisis de los resultados. Expresando numéricamente los trabajos ejecutados contra el *A. aegypti* en el Brasil, y a fin de permitir una mejor apreciación de esos resultados, presentamos una "Síntesis de la Campaña de la Erradicación del *Aedes aegypti* en el Brasil, 1931-1957". Esta síntesis permite formarse una idea más objetiva en conjunto y por Estados y Territorios, de la extensión del problema, del volumen de los trabajos realizados para conocer inicialmente la infestación por distritos municipales, localidades o fincas, y para eliminar el mosquito mediante el empleo de petróleo y DDT. Consta también este cuadro de un total general de las inspecciones de fincas y depósitos que fue necesario llevar a cabo para verificar los resultados y establecer la erradicación.

En el estudio de conjunto se comprueba que la mayor parte del territorio brasileño, o sea, 5.358.822 Km², era considerado como área que se presumía infestada por el hecho de que sus condiciones eran propicias al desenvolvimiento del *A. aegypti*, pero como medida de garantía se inspeccionó un área de 8.270.297 Km², o sea casi la totalidad del país. De los 1.894 distritos municipales en que estaba dividido el Brasil se visitaron en inspección preliminar 1.882, y en 1.187 de ellos (o sea el 63%) se encontró *A. aegypti*.

De las 268.576 localidades inspeccionadas en el levantamiento del índice, 36.119 fueron positivas, o sea, 13,5%, y de las 4.720.439 fincas 244.366 (o sea el 5,2%) tenían un foco de *A. aegypti*.

Los trabajos de erradicación se hicieron a base de petróleo en 961 distritos municipales (81%) y a base de DDT en 226 municipios (19%). Se trataron con petróleo 19.848 localidades (55%) y con DDT 16.271 (45%).

Para conseguir la erradicación, se realizaron en total durante la campaña 617.021.537 visitas domiciliarias y se inspeccionaron 3.414.210.354 depósitos.

Las cifras presentadas son suficientes para dar una idea de lo que fue la campaña de erradicación del *A. aegypti* en el Brasil. Por el conocimiento que ahora tenemos de la distribución de este mosquito en las Américas, podemos asegurar que correspondió al Brasil resolver por lo menos la mitad del problema continental.

Verificación final. Para la prueba definitiva de que el mosquito *A. aegypti* se había erradicado en el Brasil y para atenernos a las normas internacionales en vigor, se solicitó la presencia de la Oficina Sanitaria Panamericana, como coordinadora de la campaña de erradicación de ese mosquito en las Américas.

Como no fue posible proceder a una nueva revisión total de las regiones infestadas, y teniendo en cuenta el período transcurrido desde que se encontró el último foco, así como el número de verificaciones ya efectuadas en las zonas donde la investigación fue menos intensa, era suficiente inspeccionar algunas áreas de las regiones este y nordeste donde el problema había presentado caracteres más profundos y extensos. Se propuso a la Oficina Sanitaria Panamericana el siguiente plan, que fue aprobado, para la verificación de las citadas regiones:

- 1) Seleccionar en los Estados de Bahía, Per-

nambuco, Paraíba y Río Grande do Norte un determinado número de municipios entre los que habían sido anteriormente más infestados, y que fueron los últimos en quedar libres, para que en ellos se procediera, de acuerdo con las técnicas más rigurosas, al levantamiento del índice mediante la busca de focos, y en las áreas más favorables para el mosquito se efectuaran indagaciones minuciosas como si se tratara de buscar focos generadores, es decir, que se inspeccionaran también los depósitos de difícil acceso. Cuando fuera del caso se procedería a la captura de mosquitos en los trechos donde más podía sospecharse que se encontrara el *A. aegypti*.

2) Empezar la inspección por los distritos municipales y enseguida inspeccionar las localidades que tuvieran mayor intercambio con ellos o con localidades importantes de otros distritos. Extender el trabajo a las localidades de menos importancia y a los trechos de zonas rurales donde en algunas ocasiones se habían encontrado mosquitos.

3) Distribuir el personal disponible de la mejor manera y de acuerdo con una larga experiencia en trabajos idénticos, de modo que se pudiera obtener el mayor rendimiento y facilitar la más eficaz supervisión.

Para la organización de los itinerarios se estableció una relación, por distritos municipales y con indicación del número de localidades, del total de fincas y del número aproximado de las fincas que habrían de inspeccionarse. Diose preferencia a las localidades investigadas en último lugar y a las que no habían sido aún objeto de verificación según las normas en vigor. Se incluyeron en el programa los puertos de tránsito internacional, como Salvador y Recife, negativos desde hacía mucho tiempo, para asegurar el valor de la vigilancia a que estaban sometidos.

Para realizar el plan arriba indicado, el Gobierno puso a disposición de la Oficina Sanitaria Panamericana 24 guardas, seleccionados entre los mejores, para constituir 4 equipos, 2 en cada región. Se proporcionaron asimismo camionetas y el combustible necesario para facilitar el transporte rápido y eficiente de los equipos. La Oficina Sanitaria Panamericana, a su vez, destinó dos de sus mejores inspectores especializados para acompañar y orientar a los equipos. De la aplicación del plan quedó encargado el Dr. Odair Franco, coordinador de la campaña contra la fiebre amarilla, asistido por el Dr. Octavio Pinto Severo,

consultor de la OSP, bajo la dirección del Dr. Mario Pinotti, entonces Director General del Departamento Nacional de Endemias Rurales y actualmente Ministro de Salud del Brasil. La ejecución del plan se prolongó desde el 15 de abril al 30 de agosto del año en curso y sus resultados figuran en los formularios y mapas, confirmatorios de la erradicación del *A. aegypti* en el Brasil.

Para mejor comprensión de los resultados que se presentan, resumimos en el siguiente cuadro los datos de la verificación final efectuada en presencia del personal técnico de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Campaña de erradicación del Aedes aegypti en Brasil—verificación final en colaboración con la OSP

Estados	Distritos municipales inspeccionados	Localidades inspeccionadas	Fincas inspeccionadas	
			Total	Con aegypti
Bahía	50	297	23.078	—
Paraíba	9	204	11.561	—
Pernambuco	35	570	31.872	—
Río Grande do Norte	8	94	5.967	—
TOTAL	102	1.165	72.478	—

Los trabajos de que se da cuenta, efectuados por personal competente y ajustados a técnicas rigurosas, confirmaron una vez más la eliminación del *A. aegypti* de las zonas del Brasil respecto de las cuales podía persistir alguna duda sobre la existencia del mosquito.

Observaciones y exhortación. El informe que acabamos de presentar a esta Conferencia es una exposición del desarrollo y de los resultados de una campaña ardua y difícil contra el vector de la fiebre amarilla urbana.

El *Aedes (Stegomyia) aegypti* es realmente, por sus particularidades biológicas y por los males que ha acarreado a la humanidad, uno de los mosquitos más temibles desde que Finlay lo indicó como vector de la fiebre amarilla. Si pensamos en el dengue y en ciertos virus que ese mosquito puede también transmitir, vemos que la simple presencia del *A. aegypti* en cualquier lugar debe constituir un motivo de preocupación para todos nosotros.

Fue, pues, con toda razón que la Oficina Sani-

taria Panamericana, en 1947, tomó la iniciativa, por decisión de su Consejo Directivo, de estimular y continuar la campaña contra el *A. aegypti* en las Américas.

Volviendo la vista atrás comprobamos que se habían ya librado contra el mosquito *A. aegypti* grandes batallas:

La primera, al mando de Oswaldo Cruz, a principios del presente siglo, sentó las bases de una técnica inspirada en los trabajos de Gorgas en La Habana. La segunda batalla, librada entre 1928 y 1929 bajo la dirección de Clementino Fraga, logró detener otra poderosa embestida del virus amarílico. La campaña de 1931 a 1957, que dió por resultado la erradicación del *A. aegypti*, contó en su fase de organización, es decir hasta 1940, con la valiosa cooperación de la Fundación Rockefeller, al frente de la cual se encontraba, en el Brasil, el mismo hombre que años después, como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, hacía posible, gracias a su entusiasmo y decidido apoyo, la expansión de los trabajos a casi todos los países de América, movido por un inquebrantable convencimiento de que el *A. aegypti* podía y debía ser barrido de todo el hemisferio. Debemos a Fred L. Soper, con la eficiente cooperación de D. B. Wilson, E. Rickard, J. Crawford Smith, J. A. Kerr y otros, gran parte del éxito de esa campaña, obra suya como iniciador y propugnador que fue de la idea de la erradicación de ese mosquito.

Por los cuadros y mapas presentados se tendrá una idea de lo que fue la campaña de erradicación del *A. aegypti* en el Brasil. Basta tener presente que hubo de inspeccionarse la totalidad de las áreas habitadas y que esta verificación demostró que prácticamente todas las regiones habían sido invadidas por el mosquito. Teniendo presente el mapa del Brasil, puede apreciarse lo que fue realmente esta campaña. Entre 1940 y 1957, bajo el control exclusivo del Gobierno, los médicos brasileños orientados por Sérvulo de Lima, Waldemar Antunes y Luis Lessa, que sucesivamente asumieron la dirección del Servicio de la Fiebre Amarilla en el país, mantuvieron y aumentaron el ritmo de la labor que se venía ejecutando desde los comienzos de la campaña. Durante más de un cuarto de siglo, millares de hombres se consagraron con toda intensidad a esa tarea. Eran en su mayoría humildes y abnegados servidores, reclutados en todas las regiones del país, obligados muchas veces a trabajar en

condiciones hostiles. A los héroes de esa hazaña, que se enorgullecen de ser llamados "matamosquitos", se debe una parte importante de los resultados de la obra realizada.

Es pues un motivo de justa satisfacción poder informar a esta Conferencia del esfuerzo prodigado para proteger gran parte de la población de América del Sur contra el peligro de incursiones del virus amarílico en las zonas urbanas. Si a lo que se hizo en Brasil añadimos también lo que se ha conseguido en otros países o territorios ya libres de *A. aegypti*, podemos envanecernos de la gran labor ya llevada a cabo para conseguir que la amenaza de la fiebre amarilla sea menos temible. En este momento, cuando el Brasil y otros países del Continente presentan los resultados de los trabajos realizados y las pruebas de que el mosquito *A. aegypti* ha sido erradicado de su territorio, es oportuno encarecer a los países que todavía no han conseguido el mismo resultado, la conveniencia de que apresuren sus campañas y nos permitan renunciar a la vigilancia que estamos obligados a ejercer para evitar posibles reinfestaciones que podrían llevarnos a la pérdida de cuanto se ha alcanzado hasta ahora. Ninguna ocasión sería más indicada que la presente, cuando tenemos a la vista lo que se ha hecho ya en beneficio de todo el Continente y cuando más que nunca se proclama la necesidad y la excelencia del panamericanismo, para levantar la esperanza de que esta campaña, ya tan avanzada, alcance muy pronto el fin que con ella se ha perseguido para la satisfacción y seguridad de las Américas.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Ecuador.

Informe del Delegado del Ecuador

El Dr. RAMÍREZ (Ecuador): Guayaquil, puerto principal del Ecuador durante la colonia, fue famoso por las invasiones piráticas y por las invasiones de la fiebre amarilla. Por eso, tengo ahora la satisfacción de proclamar que se terminó este problema epidémico y me honro en dar cuenta de las partes más detalladas del documento, puesto que el señor Director de la Oficina ya se ha referido a sus aspectos más generales.

Conforme a la petición de la Oficina Sanitaria Panamericana, para que se procediera en nuestro país a realizar una verificación final de todas las provincias del litoral ecuatoriano, como medida

previa para poder declarar el *A. aegypti* oficialmente erradicado del país, en vista de que los trabajos de inspección que durante los últimos años se habían llevado a cabo indicaban un resultado negativo persistente, procedimos, a mediados de mayo pasado, a dar comienzo a dicho trabajo.

En colaboración con el Dr. Octavio Pinto Severo, de la Oficina Sanitaria Panamericana, procedimos el 5 de mayo a trazar el programa de trabajo que debía cumplirse. Al día siguiente se confeccionaron los croquis correspondientes, se delineó el itinerario general y se seleccionaron 36 localidades que debían ser verificadas en cinco provincias, como un programa mínimo, teniendo en cuenta datos técnicos especiales (localidades según su estado inicial; localidades con menor número de inspecciones con fecha alejada de la última inspección; puertos fluviales, aéreos o marítimos, etc.). En esas localidades debía trabajarse un mínimo del 10% de las casas existentes. Seleccionamos también unas pocas localidades que fueron inicialmente negativas, para ser inspeccionadas en esta ocasión. Especial cuidado se pondría en las localidades fronterizas, tanto al norte como al sur.

Se asignó para el cumplimiento de esta labor el tiempo de tres meses y medio, incluyendo la preparación de este informe final. Se procedió también a practicar un control del personal del Servicio y a impartir las instrucciones adecuadas para dar comienzo al trabajo a partir del 19 de mayo.

Durante todo el tiempo de trabajo, contaríamos con la colaboración y supervisión del Inspector de la Oficina Sanitaria Panamericana, Sr. Alipio Maximiano.

El personal de nuestro Servicio está compuesto en la siguiente forma: médico jefe, jefe de inspectores, revisor, 6 inspectores y chófer.

Antes de organizarse la campaña contra el mosquito *A. aegypti*, la sección similar del Servicio Sanitario Nacional se conocía como "Servicio Antilarvario", para controlar la abundancia de mosquitos indistintamente.

En 1944 en colaboración con la Fundación Rockefeller, se iniciaron trabajos antilarvarios con fines de controlar el mosquito *A. aegypti*. En enero de 1946 se inició la organización en Guayaquil del Servicio de Control del *A. aegypti*. A fines de 1946 el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla inició en la ciudad de Guayaquil la lu-

cha antiaédica con una nueva medida basada en la propiedad larvicida del DDT. En 1948, en colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana, se inició la campaña de erradicación del mosquito *A. aegypti* en el Ecuador, en cumplimiento del convenio firmado a este efecto entre el Ministerio de Sanidad y Previsión Social y la Oficina Sanitaria Panamericana. En el mes de agosto de 1944 se presentó un plan de servicio antiaédico para las poblaciones de la costa ecuatoriana, consultando especialmente el caso de la ciudad de Guayaquil, por donde debía comenzar a funcionar el servicio como una necesidad impostergable de puerto, a pesar de que la experiencia y la técnica aconsejaban iniciar los trabajos por los pequeños poblados, para desplazarse luego a las grandes ciudades con personal adiestrado en aquellas localidades pequeñas. Ese plan se basó en datos estadísticos suministrados por la Oficina de Estadística del M. I. Consejo Municipal y en el levantamiento del índice aédico realizado por el Servicio en ese mismo mes en 2.116 casas de la ciudad, en ciclos de 7 días, con personal medianamente preparado. Los datos obtenidos fueron los siguientes: casas de toda la ciudad, 8.772; manzanas, 900; índice aédico 10,80%.

Con esta base se presentó el plan global que habían de ejecutar dos secciones: la Sección Antiaédica, en Guayaquil, para el control de la fiebre amarilla urbana en las poblaciones de la costa, y Sección de Vacunación y Epidemiología para el estudio y control de la selvática, con oficina en Quito. La primera sección comenzó su funcionamiento en Guayaquil en enero de 1946.

Los datos obtenidos después del levantamiento del índice en Guayaquil, en abril de 1946, indicaron lo siguiente: casas existentes, 12.621; casas inspeccionadas, 10.747; casas con foco de *A. aegypti*, 1.015; índice aédico 9,4%.

Al comienzo de la campaña se llevaron a cabo aplicaciones de petróleo a los depósitos de agua. La aplicación del plan de control, a base de DDT (aplicación a mano de la solución de DDT en keroseno en los depósitos de agua) comenzó, como dijimos, en julio de 1946. El índice, que se mantenía cerca de 10%, llegó a 4% en diciembre de dicho año.

Durante el año 1947, con equipos mecánicos de pulverización, se ensayó, desde enero en las embarcaciones, y desde marzo en las casas, el DDT como larvicida, en solución al 5% en keroseno.

Los resultados fueron completamente satisfactorios, tanto en lo técnico, como en lo económico. El índice se mantenía desde agosto de 1947 bajo 0,1%, y a medida que se iba trabajando disminuía más, para lograr el primer índice cero en noviembre de 1948.

La última inspección positiva de Guayaquil fue el 28 de octubre de 1948, encontrándose dos casas con *A. aegypti*. El número total de casas inspeccionadas hasta esa fecha fue de 13.744 y el 30 de noviembre de 1948 se obtuvo el primer índice cero para Guayaquil. Este índice se ha mantenido hasta hoy. Hasta esa fecha, el número total de casas inspeccionadas era de 13.845.

La experiencia de los trabajos realizados en Guayaquil exclusivamente, en los años de 1946 y 1947, reveló la imposibilidad de conseguir la reducción absoluta del índice aéreo en dicha ciudad, mientras no se realizara la extensión del servicio a las demás localidades conectadas con Guayaquil por navegación fluvial y marítima, por vía ferroviaria, vehículos motorizados, etc.

La relativa resistencia del índice de Guayaquil se debía, en gran parte, a los "núcleos reinfestantes" que constituían la fuente de provisión para el transporte de la especie desde localidades infestadas. Otro factor fue la deficiente provisión de agua potable que sufría la ciudad.

En el informe correspondiente hemos presentado un cuadro donde están, por provincias, las localidades positivas y negativas, y otro cuadro con la escala de operaciones.

Desde que se inició la campaña de erradicación de *A. aegypti* en el Ecuador, se utilizó DDT al 5% en solución oleosa (keroseno), utilizando una bomba rociadora tipo "Dobbins" G-44 de dos y medio galones de capacidad, para los depósitos grandes, y un tarro de 250 cc. que llevaba el inspector, para aplicar directamente dentro del depósito una cantidad de 4 cc. por pie cuadrado de superficie. Desde fines de 1949 este procedimiento fue sustituido por la aplicación de DDT al 75% en polvo humectable sobre los depósitos de agua en la proporción teórica de 5 partes por millón.

El método perifocal se aplicó con bombas especiales para esta clase de labor, a partir del año 1950, obteniéndose con este procedimiento un éxito completo. Las localidades tratadas en esta forma no han requerido más de uno o dos tratamientos. El DDT que se usó fue polvo humectable al 75% en suspensión en agua al 5%.

A partir de 1952, en que se obtuvo un índice

cero en la costa ecuatoriana, solamente se pudo encontrar en 1954 una pequeña localidad infestada en Los Corazones, en las Islas del Archipiélago de Jambelí, frente a la costa meridional del país. Desde entonces y durante los cuatro años subsiguientes los resultados han sido constantemente negativos.

Las casas trabajadas entonces fueron, en el litoral ecuatoriano 109.258, con 73.917 casas inspeccionadas en 337 localidades que fueron inicialmente positivas.

Por último, la verificación final que, como se dijo, comenzó el 19 de mayo y se dedicó exclusivamente a la ciudad de Guayaquil. Esta ciudad se consideró como un caso especial en el cual no era necesario cubrir un 10% del número de casas existentes, 31.000 aproximadamente, por diversas razones, entre otras por haber sido la localidad que había tenido un servicio continuo de vigilancia y con resultados negativos durante diez años consecutivos.

Se dió preferencia a las zonas portuarias, tanto del Río Guayas, que está al oriente, como del Estero Salado, que limita por el occidente la ciudad, región vecina al aeropuerto y a los accesos a la ciudad por vía terrestre. En total se inspeccionaron 898 casas, con un resultado negativo.

El trabajo fuera de la ciudad comenzó el 26 de mayo trabajándose en primer lugar en la provincia de Guayas (16 localidades); después, a partir del 16 de junio, la provincia de Los Ríos (6 localidades); a partir del 23 del mismo mes, la de El Oro (16 localidades); y posteriormente la de Manabí (19 localidades).

Desde el 29 de julio se inspeccionó la provincia de Esmeraldas (17 localidades) hasta el 13 de agosto. Durante este período se visitó también Santo Domingo de los Colorados, perteneciente a la provincia de Pichincha, en la zona costanera.

Como disponíamos de tiempo, procedimos a actuar en otras 7 localidades más de la provincia de Guayas y dos en la de Los Ríos, y se dió por terminado el trabajo el 24 de agosto.

En total han sido inspeccionadas 85 localidades del litoral del país, de las cuales 65 habían sido positivas en la encuesta inicial, con un total de 11.011 casas y 70.983 depósitos inspeccionados, o sea, más del doble del número de localidades señaladas como mínimo, y en la mayor parte de ellas se inspeccionó mayor porcentaje de casas

que el mínimo determinado, a fin de obtener un dato más exacto de la situación.

En todas las localidades hemos obtenido un índice negativo de *A. aegypti*.

Figuran a continuación, en nuestro informe, los croquis y las localidades donde se ha hecho el trabajo, incluyendo las que fueron primeramente positivas, y las que siempre han sido negativas. Con esto, más los mapas que se presentan, he transmitido a ustedes el informe sometido por el Departamento de Fiebre Amarilla del Ecuador.

El PRESIDENTE: El Delegado del Paraguay tiene la palabra.

Informe del Delegado del Paraguay

El Dr. PEÑA (Paraguay): Como ha manifestado nuestro Director, Dr. Soper, el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, en su I Reunión, celebrada en 1947, recomendó como solución final al problema del *A. aegypti* que se tomaran las medidas necesarias para erradicarlo, en vista de que con los modernos insecticidas de contacto se hacía factible realizar esta nueva concepción en salud pública.

El Gobierno del Paraguay firmó un convenio con la Oficina Sanitaria Panamericana para la erradicación del mosquito *A. aegypti* en su país. De acuerdo con este convenio, el Paraguay se comprometió a financiar la campaña, en tanto que la Oficina Sanitaria Panamericana contribuía con personal técnico y transporte. Así comenzó la campaña en diciembre de 1948.

Organización. Del primer intento, fracasado en 1936, no había quedado nada. Se pudieron rescatar de los depósitos algunos formularios que, afortunadamente, seguían siendo útiles.

La maquinaria administrativa fue calcada de la del Servicio Nacional de la Fiebre Amarilla del Brasil, con mucha mayor experiencia. La simplicidad de la campaña, su pequeño volumen en cuanto a personal y fondos, no justificó una organización completa. La campaña se desarrolló y culminó con la misma organización inicial.

Personal. La Oficina Sanitaria Panamericana envió un médico del Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil, quien ejerció la dirección del Servicio hasta junio de 1950. El Paraguay contribuyó con un médico malariólogo, que actuó como ayudante. Cinco inspectores seleccionados del Servicio Nacional de Fiebre Ama-

rilla del Brasil colaboraron en el adiestramiento del personal. En el país se logró enrolar a uno solo de los primeros guardas que se adiestraron en la primera campaña. La campaña se inició con treinta hombres, no siempre estables, debido a los bajos salarios que imponía la escasez de fondos. En 1949 se llegó a tener sesenta hombres, pero su número se redujo nuevamente a treinta, luego a quince, y por fin a diez en el último año de la campaña.

Transporte. La campaña contó solamente con tres vehículos, con los cuales fue posible recorrer todo el país, tanto para la encuesta como para las necesidades posteriores. Estos vehículos fueron obtenidos del Gobierno de la Argentina en préstamo negociado por la Oficina Sanitaria Panamericana.

Finanzas. De acuerdo con los planes aprobados, se había calculado la contribución del Gobierno del Paraguay en 120.000 guaraníes por año (que en aquella época representaban unos \$38.000), durante los dos años calculados para la campaña. Es conveniente consignar aquí que algunas deficiencias quedaron ampliamente subsanadas por la Oficina Sanitaria Panamericana y el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil, la primera, aportando los fondos extraordinarios para pagar gastos de transporte y viáticos del personal nacional, y el segundo contribuyendo con asesoramiento y equipo, por ejemplo, un equipo completo de vacunación.

Entre 1948 y 1950 se gastaron 982.000 guaraníes, recibidos de las siguientes fuentes: la Oficina Sanitaria Panamericana contribuyó con un 46,5%; el Gobierno del Paraguay con un 37,2% y el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil con un 16,3%.

Desarrollo de la campaña. Los datos del primer intento de campaña eran muy escasos. Los trabajos realizados desde 1944 en el litoral del Río Paraguay, fronterizo con el Brasil, habían dado algunas localidades positivas que el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla de aquel país seguía controlando. Fue necesario, desde luego, realizar una encuesta total en todo el país.

El mes de diciembre de 1947, fecha en que realmente comenzó la campaña, sirvió para el adiestramiento del personal.

Se abandonaron algunos principios técnicos para ceder paso a razones políticas y prácticas. En vez de comenzar la campaña en áreas que

tuvieran una retaguardia limpia, se prefirió iniciarla en las grandes ciudades como Asunción, Concepción, Villarrica, Pilar, etc. En primer lugar, era necesario demostrar la importancia del problema desde el punto de vista de la intensa infestación por *A. aegypti*, ya que la enfermedad en sí nunca había sido problema de salud pública. En segundo término, estas grandes ciudades sirven de eje a economías regionales y se encuentran estratégicamente ubicadas como para servir de fuentes de infestación a las zonas aledañas. Finalmente, la facilidad de la supervisión permitiría un adecuado adiestramiento del personal.

Encuestas. Cuando comenzó la campaña se tenía ya la encuesta de 90 localidades situadas en la frontera con el Brasil y que fueron censadas por el sector Mato Grosso del Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil.

La primera localidad en que se llevó a cabo la encuesta por el Servicio del Paraguay fue Asunción, siguiéndole luego Concepción, Villarrica, Encarnación y Pilar. Los índices de infestación obtenidos fueron los siguientes: Asunción, 32%; Concepción, 33%; Villarrica, 13%; Encarnación, 20%; Pilar, 15%.

Hasta diciembre de 1950 se había reconocido un total de 1.476 localidades, de las que 98 resultaron positivas, con un índice global de positividad de 7%. Se censaron 127.038 casas de las que un 22,0% dió *Stegomyia*.

El número de localidades en el país es superior al comprendido en la encuesta, pero la experiencia mostró con bastante seguridad que la infestación en la zona rural no abarcaba un radio mayor de 5 Km desde la localidad positiva. En esta forma, donde no había cabecera de distrito positiva, no se proseguía la encuesta en las áreas rurales de la misma y, donde la hubiera, la encuesta se extendía solamente hasta las localidades incluidas dentro de un radio de 5 Km.

Técnica. La idea de la erradicación quizás no fuera tan nueva, pero se encontraba muy lejos de la realidad. Es evidente que los nuevos insecticidas dieron la posibilidad de alcanzar esa aspiración.

La substitución del petróleo por DDT no era un simple cambio de medios sino que suponía toda una profunda transformación técnica. Si por un lado se podía reducir el personal y acortar el tiempo, por otra parte se necesitaba prever con exactitud los controles trimestrales, mensuales o

semestrales, según fuera el tiempo mínimo fijado de actividad del DDT. No debía olvidarse tampoco el hecho de la dedetización masiva de los recipientes, que produciría un impacto formidable en los moradores, especialmente en localidades sin agua corriente.

Paraguay fue un campo experimental en este sentido. La técnica, los métodos, los controles y los resultados eran totalmente nuevos. Se adoptó desde el comienzo el método denominado "perifocal", que comprendía el rociamiento total de todo recipiente que contuviera o pudiera contener agua sin tener en cuenta la presencia o ausencia de larvas. Se calculó que la acción residual del DDT duraría 3 meses y los ciclos de rociado fueron fijados en este período.

Resultados. Los resultados obtenidos variaron debido a numerosas circunstancias. La resistencia de la población, que no tuvo un proceso previo de educación sanitaria, fue muy violenta. Había gran diferencia entre el petróleo, que sólo se aplicaba donde hubiera focos, y el DDT que se usaba sin discriminación. El temor a la intoxicación y la pérdida del agua obtenida a elevado costo, y con dificultad en el verano, fueron factores que influyeron contra un resultado favorable. La resistencia fue enorme y hubo que echar mano de todos los recursos para que no quedaran depósitos sin tratar. Este problema fue mucho más grave en Asunción y en otras ciudades importantes.

Otros factores locales contribuyeron también a que no se pudiera dar cima a los planes en los dos años previstos.

En junio de 1950 habían dado resultado negativo 96 de las 98 localidades. Sin embargo, entre 1950 y 1954 algunas localidades volvieron a ser positivas, debido a condiciones especiales. La última localidad positiva fue Asunción (mayo de 1954). Posteriormente ha tenido 5 verificaciones negativas.

Entre 1956 y 1957 se volvieron a examinar las 98 localidades positivas, no encontrándose una sola con *A. aegypti*.

En localidades que habían sido positivas cuando se realizó la encuesta por el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil, en 1944, y que resultaron negativas en 1948, el número de verificaciones fue de 3 (una localidad). En otras localidades que dieron resultado negativo con el primer rociamiento, el número de verificaciones

fue de 4 (7 localidades). El período entre la primera y la última verificación varió de 13 a 84 meses.

Resumen. De un total de 1.476 localidades inspeccionadas, 98 resultaron positivas.

La última localidad positiva tiene ya 5 verificaciones negativas, cumpliéndose en el tiempo y en la técnica las normas establecidas por la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud en la *Guía de los informes de la campaña de erradicación del Aedes aegypti en las Américas*, publicada en enero de 1956 (*Publicaciones Varias N° 26*).

Paraguay considera que ha dado cumplimiento cabal a sus compromisos internacionales y desea que se establezca, oficialmente, que ha sido erradicado de su territorio el *A. aegypti*.

Para terminar, solamente quiero expresar el agradecimiento más profundo del Paraguay a la Oficina Sanitaria Panamericana, que con tanto interés y desvelo ha contribuido a que nuestro país pueda ostentar el título de país limpio de *A. aegypti*. También quiero aprovechar la oportunidad para agradecer al Gobierno del Brasil, la valiosa colaboración de su Servicio Nacional de Fiebre Amarilla, y, asimismo, al Gobierno de la República Argentina que, como ha expresado nuestro Director, en momentos difíciles contribuyó también a la solución de un problema grave como era el del transporte.

El PRESIDENTE: El Delegado del Perú tiene la palabra.

Informe del Delegado del Perú

El Dr. MUÑOZ (Perú): Únicamente breves palabras para expresar que el Perú, dando cumplimiento a sus compromisos internacionales, considera que ha erradicado el *A. aegypti* en su territorio. Para verificarlo determinó que una comisión especial de la Oficina Sanitaria Panamericana, que ha terminado sus trabajos hace un mes, realizara una encuesta completa en 191 localidades, y se ha encontrado un porcentaje cero en todas estas localidades. Nuestro país ha erradicado definitivamente el mosquito *A. aegypti*, dando cumplimiento así a sus compromisos internacionales, como consta en los documentos presentados oportunamente a la Oficina Sanitaria Panamericana.

El PRESIDENTE: El Delegado de Chile tiene la palabra.

Informe del Delegado de Chile

El Dr. HORWITZ (Chile): Las 44 localidades que anteriormente se encontraron infestadas en Chile, resultaron negativas en inspecciones verificadas de 1954 a 1955, y conforme con las normas de la Organización Sanitaria Panamericana, en mayo de este año recibimos la visita del experto de la Oficina, Dr. Solón Veríssimo, para declarar erradicado el vector. Desgraciadamente encontró una localidad positiva en la zona donde anteriormente había habido infestación. Esto nos ha obligado ya a ordenar al centro de salud respectivo que intensifique las medidas para lograr la erradicación y, por lo tanto, el informe favorable de la Oficina Sanitaria Panamericana. A ello quiero agregar la convicción de la Delegación de Chile, de que una empresa de tanta magnitud, realizada con tanto esfuerzo y con tanto éxito, debe ser terminada. Abonan esta convicción los excelentes informes que aquí acabamos de escuchar. Particularmente el del señor Director y el de la Delegación del Brasil con sus emotivas palabras finales. En este sentido la Delegación de Chile hará todo lo que esté de su parte para que esta magna empresa llegue a buen término.

El PRESIDENTE: El Delegado de Guatemala tiene la palabra.

Informe del Delegado de Guatemala

El Dr. LÓPEZ HERRARTE (Guatemala): Durante el primer año de la campaña contra el *A. aegypti*, en 1950, dos especialistas brasileños enviados por la Oficina Sanitaria Panamericana, orientaron las labores preliminares y se destacó a un inspector internacional que supervisó los trabajos durante los dos primeros años de lucha. En 1950, el programa entró a formar parte de un plan cooperativo de control de insectos, bajo la responsabilidad administrativa y funcional de la Dirección General de Sanidad Pública.

En febrero de 1955 se organizó técnica y administrativamente la División de Malaria y Fiebre Amarilla.

La última presencia de *A. aegypti* ocurrió en noviembre de 1953 en la ciudad de Retalhuleu, cabecera del Departamento. Las localidades encontradas positivas a mayor altitud fueron Palín y la finca "Los Sujuyes" del Departamento de Escuintla, situados a 4.000 pies sobre el nivel del mar.

Desde mayo de 1957 hasta abril de 1958, la campaña fue supervisada por la Oficina Sanitaria Panamericana. Bajo su control se ejecutaron las dos últimas verificaciones de las 138 localidades inicialmente positivas. La primera de estas verificaciones se hizo casa por casa, y en la segunda se inspeccionó el 33% de los predios existentes. Los resultados fueron negativos para *A. aegypti*, pero se encontraron focos de otros mosquitos de las siguientes especies: *A. allotecon* y *A. argyrites* en el Departamento de Santa Rosa; *Limatus durhami* en los Departamentos de Suchitpéquez y Escuintla; y *Joblotia digitata* en el Departamento de Suchitpéquez.

El primero de julio del presente año se inició la verificación final para confirmar la erradicación por medio de la captura intradomiciliaria de mosquitos adultos. Tomando en consideración que la campaña había superado las etapas de inspección requeridas, se preparó un itinerario con el criterio siguiente: verificación por inspección de depósitos, casa por casa; verificación por captura de adultos en los dormitorios; y verificación por captura en todos los puertos marítimos de ambas costas.

Como conclusión, podemos decir que, por el momento, existe la evidencia de que el mosquito *Aedes aegypti* se encuentra erradicado de Guatemala, como resultado de una campaña que se inició en 1949 y terminará en octubre de 1958. La erradicación del *A. aegypti* en Guatemala parece haberse resuelto gracias a tres factores decisivos: 1) escasa adaptación del mosquito; 2) presencia baja y localizada; y 3) tratamiento focal de los depósitos y rociamiento de las paredes con DDT.

No existe evidencia de que el *A. aegypti* haya demostrado modificaciones de conducta o manifestaciones de resistencia al DDT, único insecticida usado hasta 1955.

El PRESIDENTE: Me permito pedir al Dr. Noblía, Vicepresidente de la Conferencia, que pase a ocupar la presidencia de esta sesión.

El Dr. Noblía (Argentina) ocupa la Presidencia.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Uruguay.

Informe del Delegado del Uruguay

El Dr. BERTOLINI (Uruguay): Los primeros antecedentes sobre la lucha antiestegómica en el

Uruguay, corresponden a las medidas sanitarias impuestas por la Dirección de Salubridad de Montevideo en los comienzos del año 1929, con motivo de la epidemia de la fiebra amarilla de Río de Janeiro, iniciada en mayo de 1928.

En esta oportunidad se crearon las primeras brigadas de "policías de focos", que realizaban la lucha antilarvaria utilizando la petrolización como técnica fundamental. Este servicio antilarvario, surgido por influencia de la alarma sanitaria creada por la vecina epidemia de fiebre amarilla, desapareció en abril de 1930, cuando la epidemia y su riesgo de propagación se consideraron dominados.

El paso siguiente en materia de esfuerzos nacionales en el control del *A. aegypti*, se dió en 1943 por el Servicio de Higiene Municipal del Departamento de Rivera, fronterizo con el Brasil. Con la colaboración del Servicio Nacional de Fiebre Amarilla del Brasil se organizó un equipo de ocho guardas sanitarios, equipados y entrenados de acuerdo con la orientación técnica de dicho servicio. El *A. aegypti* se erradicó de aquel departamento fronterizo en campaña ejemplar por su organización y técnica.

Se iniciaba así el primer capítulo de una vasta obra nacional que habría de culminar, diez años después, en la erradicación del *A. aegypti* de todo el Uruguay, en un esfuerzo sanitario solidario de un amplio plan de erradicación continental.

La I Reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana celebrada en Buenos Aires, en septiembre y octubre de 1947, y el Convenio Regional Sanitario de 1948, concretaron la realización de una campaña continental tendiente a erradicar *A. aegypti* en las Américas.

Nuestras autoridades sanitarias prestaron decidido apoyo a la aspiración de los organismos internacionales de erradicar de todo el Continente Americano el temible transmisor de la fiebre amarilla urbana. Surgió así la firma de un acuerdo entre el Ministerio de Salud Pública del Uruguay, y el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, que se denominó Proyecto 28, cuyos objetivos específicos eran erradicar el *A. aegypti* del Uruguay y dar cumplimiento a lo establecido en los artículos referentes a este problema en el Congreso Regional Sanitario de 1948.

Hubo que preparar el personal en los dos departamentos fronterizos con el Brasil, los departa-

Comisión designada para estudiar el Artículo 53 del Reglamento Interno

<i>Presidente y Relator:</i>	Dr. Mario Allaria	Argentina
<i>Miembros:</i>	Dr. Bichat Rodrigues	Brasil
	Dr. Alejandro Príncipe	Venezuela
	Dr. Félix Hurtado	Cuba
	Sr. Simon N. Wilson	Estados Unidos
	Dr. Jorge Torreblanca	Chile
	Sr. Lucio Parada	

Discusiones Técnicas sobre "La prevención de los accidentes de la infancia"

<i>Director de debates:</i>	Dr. Félix Hurtado	Cuba
<i>Relator:</i>	Dr. Héctor Abad Gómez	Colombia
<i>Ponente:</i>	Dr. James L. Goddard	Jefe del Programa de Prevención de Accidentes del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos
<i>Secretario Técnico:</i>	Dr. Gustavo Molina	Jefe de la División de Salud Pública de la Oficina Sanitaria Panamericana

PROGRAMA DE TEMAS

En la segunda sesión plenaria se aprobó el programa de temas preparado por el Director y aprobado a su vez por el Comité Ejecutivo en su 35a Reunión. A propuesta del Gobierno de Costa Rica se añadió un tema con el número 37 sobre "Proyecto de procedimiento para la postulación y elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana", y a propuesta del Gobierno del Uruguay se agregó otro, con el número 38, titulado "Estudio del problema de la diabetes en América".¹

SESIONES DE LA CONFERENCIA

La Conferencia celebró una sesión inaugural, quince sesiones plenarias, tres sesiones de la Comisión de Credenciales, nueve sesiones de la Comisión General, seis sesiones de la Comisión I y seis sesiones de la Comisión II. La clausura tuvo lugar el día 3 de octubre de 1958.

RESOLUCIONES APROBADAS

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

¹El programa de temas figura en la pág. 15.

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

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Informe Anual del Comité Ejecutivo,¹ presentado por el Ing. Humberto Olivero, Delegado de Guatemala y Presidente de la 33a, 34a y 35a Reuniones de dicho Comité; y Considerando lo dispuesto en el Artículo 8-C de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

Aprobar el Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo y felicitar a dicho Presidente, Ing. Humberto Olivero, y a los miembros del Comité por la labor cumplida.

(Aprobada en la segunda sesión plenaria, celebrada el 22 de septiembre de 1958)

Resolución II**Informe Cuadrienal e Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana**

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondiente a 1957 y su Informe Cuadrienal sobre las actividades de la Organización Sanitaria Panamericana en el período comprendido entre la XIV (1954) y la XV (1958) Conferencias Sanitarias Panamericanas (*Documento Oficial No. 25*),

RESUELVE:

Aprobar el Informe Anual para 1957 del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, y el Informe Cuadrienal (enero de 1954-diciembre de 1957) del Director a los Gobiernos Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana, felicitándole por la eficiente labor realizada durante los últimos cuatro años y por la forma de presentación de los informes, y haciendo extensiva esta felicitación al personal de la Oficina.

(Aprobada en la cuarta sesión plenaria, celebrada el 24 de septiembre de 1958)

Resolución III**Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1959**

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

RESUELVE:

1. Aprobar el Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1959, contenido en el Documento CSP15/9,² incluyendo los programas adicionales que figuran en la

¹Véase Parte IV, págs. 385-389.

²Documento mimeografiado.

Parte B del mencionado documento.

2. Asignar para el ejercicio financiero de 1959 la cantidad de \$3.600.000 en la forma siguiente:

Fines de la Asignación

Título I: Organización Sanitaria Panamericana	\$ 217.162
Título II: Oficina Sanitaria Panamericana—Sede	1.276.464
Título III: Oficina Sanitaria Panamericana—Programas de campo y otros	2.106.374
Total—Todos los Títulos	\$3.600.000

A deducir:

Ingresos diversos estimados	\$ 64.714
Cuotas asignadas a Francia, Reino de los Países Bajos y Reino Unido	35.286
Total	100.000
Total a cubrir con cuotas	\$3.500.000

3. Las cantidades que no excedan de las asignaciones incluidas en el párrafo 2 se aplicarán al pago de las obligaciones contraídas, de conformidad con el Reglamento Financiero de la Oficina, durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1959, inclusive.

4. Las asignaciones señaladas en el párrafo 2 anterior se cubrirán con las cuotas de los Gobiernos Miembros, de conformidad con el Artículo LX del Código Sanitario Panamericano; con las cuotas asignadas a Francia, Reino de los Países Bajos y Reino Unido, de acuerdo con las Resoluciones XV y XL adoptadas en la V Reunión del Consejo Directivo,¹ y con los ingresos diversos propios de la Oficina Sanitaria Panamericana.

5. El Director está autorizado para transferir créditos entre los títulos del presupuesto, siempre que las transferencias de créditos que se efectúen entre dichos títulos no excedan del 10% del título del cual el crédito es transferido. Las transferencias de créditos entre estos títulos del presupuesto que excedan del 10% pueden efectuarse con la aprobación del Comité Ejecutivo. Todas las transferencias de créditos del presupuesto serán notificadas al Consejo Directivo.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 29 de septiembre de 1958)

Resolución IV

Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1960

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el *Documento Oficial No. 24*, 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 1960; 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 para que lo tome en consideración al preparar el proyecto de presupuesto de la OMS para 1960,

RESUELVE:

1. Aprobar la transmisión del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Mundial

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

de la Salud para la Región de las Américas, correspondiente a 1960, y solicitar al 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 1960.

2. Recomendar que en los programas futuros se preste especial atención a las actividades de administración de salud pública, saneamiento ambiental, preparación de personal, higiene maternoinfantil y tuberculosis.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 29 de septiembre de 1958)

Resolución V

Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1960

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo examinado el *Documento Oficial No. 24*, presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, que contiene el anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana correspondiente a 1960; y

Teniendo en cuenta que dicho anteproyecto, una vez aprobado, servirá de base para la preparación del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana, correspondiente a 1960, que se someterá a la consideración de la 37a Reunión del Comité Ejecutivo y de la XI Reunión del Consejo Directivo, en 1959, para su aprobación definitiva,

RESUELVE:

1. Tomar nota del anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para el año 1960.

2. Recomendar que en la preparación de los programas y presupuestos futuros se conceda especial atención a las actividades de administración de salud pública, saneamiento ambiental, preparación de personal, higiene maternoinfantil y tuberculosis.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 29 de septiembre de 1958)

Resolución VI

Estado de la erradicación de la viruela en las Américas

LA XV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta que la viruela constituye todavía un importante problema sanitario en algunos países de las Américas;

Considerando que es preciso erradicar esta enfermedad de todos los países, lo que constituirá la mejor garantía para la seguridad de los habitantes del Continente; y

Teniendo en cuenta las resoluciones adoptadas sobre esta materia por los cuerpos directivos de la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud, de manera especial la Resolución WHA11.54¹ de la 11a Asamblea Mundial de la Salud,

RESUELVE:

1. Considerar la erradicación de la viruela como una necesidad de la salud pública que requiere urgente atención en todos los países de las Américas.

2. Encarecer a los Gobiernos de los países donde todavía existe viruela, que procedan a la realización de planes nacionales de erradicación de dicha enfermedad.

¹Actas Oficiales de la OMS 87, 41.

había ejecutado desde 1947, ya que el área malarica del país coincide con el área inicial presumiblemente infestada por *A. aegypti* en casi todo el territorio nacional, a excepción de las zonas selváticas de Panamá y Darién.

A principios de 1956 llegó el consultor de la Oficina Sanitaria Panamericana para realizar la verificación final de confirmación, y después de estudiar con nosotros la situación en esa fecha, se preparó un itinerario de trabajo, que comprendía las 44 localidades inicialmente positivas, más 26 localidades negativas que estaban estrechamente ligadas a zonas positivas. Estas últimas localidades fueron inspeccionadas en atención a que, por su vecindad con localidades inicialmente positivas, se consideraron vulnerables a una reinfestación a distancia y por no haber sido protegidas con DDT en ningún momento. Todas las localidades positivas habían pasado la segunda verificación consecutiva, con resultados negativos y sólo quedaba la confirmación de estos resultados con capturas intradomiciliarias de mosquitos adultos, como lo establecen las normas que rigen en la campaña.

Dentro de estas 70 localidades hay 61.679 casas. Se inspeccionaron 18.113, con resultados negativos, pero se comprobó la presencia de 6.724 focos de otras especies de mosquitos, todo lo cual hace suponer que la cepa de *A. aegypti* que existió entre nosotros, fue genéticamente muy susceptible al DDT.

Por todo lo expuesto terminamos este informe asegurando que el mosquito *A. aegypti* ha sido erradicado de Panamá, de acuerdo con las comprobaciones finales hechas por los expertos de la Oficina Sanitaria Panamericana y por nuestro personal del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria y Control de la Fiebre Amarilla. Por lo tanto, solicitamos de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana que declare oficialmente a Panamá como país libre de *A. aegypti*, de conformidad con las disposiciones sanitarias internacionales.

EL PRESIDENTE: El Delegado de El Salvador tiene la palabra.

Informe del Delegado de El Salvador

EL DR. AGUILAR (El Salvador): La lucha contra *A. aegypti* en El Salvador, se inició en el año de 1919, cuando se presentó un brote epidémico de fiebre amarilla en la ciudad de la Unión. En esa

época se encontraba en el país el Dr. Charles Bailey, de la Fundación Rockefeller.

Luego, en el año 1920, hubo el último brote en la ciudad de Sonsonate y debido a estos brotes se creó un cuerpo de inspectores sanitarios. En 1949, de acuerdo con la Oficina Sanitaria Panamericana, se inició la campaña de erradicación. Se han investigado 989 localidades con un total de 147.314 casas. Se encontraron infestadas 190 localidades, pero al finalizar el año 1956, ninguna de ellas estaba infestada de *A. aegypti*.

La Oficina Sanitaria Panamericana está procediendo ahora a la verificación final. En toda la verificación efectuada en la zona occidental, se encontró ésta libre de *A. aegypti*.

EL PRESIDENTE: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

Informe del Delegado de la Argentina

EL DR. OUSSET (Argentina): A fin de dar cumplimiento a los compromisos contraídos, en diciembre de 1950 fue creado el Servicio Nacional de Fiebre Amarilla. Diferentes inconvenientes de orden administrativo retardaron el ritmo del trabajo. Durante los años 1952 y 1953, se efectuó solamente en un área de 93.000 Km², de los 1.500.000 Km² presumiblemente infestados por *A. aegypti*, inspeccionándose y tratándose cerca de 200 localidades.

El 30 de septiembre de 1954 fue firmada una carta-convenio entre el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública y la Oficina Sanitaria Panamericana, redactándose en aquel entonces un plan de operaciones para la erradicación del *A. aegypti*. La carta-convenio de mutua colaboración fue prorrogada por otros dos años en 1956, y la prórroga finaliza el 30 de septiembre de 1958, habiéndose ya solicitado un período mayor de funciones.

A los fines del trabajo, y como se detalla en el plan que ha sido ya distribuido a las delegaciones, el área presuntamente infestada ha sido dividida en seis sectores. Al final del informe que hemos repartido, figuran dos mapas que permitirán aclarar más la exposición.

De acuerdo con lo establecido en la carta-convenio y en el plan de operaciones, la administración del programa está a cargo del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública por intermedio de la Dirección de Paludismo y Fiebre

Amarilla, con el asesoramiento técnico de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Las actividades vinculadas al cumplimiento de los objetivos del programa, están a cargo del Departamento de Fiebre Amarilla, de la Dirección de Paludismo y Fiebre Amarilla, con personal de campo—guardas-jefes generales, guardas-jefes y guardas domiciliarios—exclusivamente dedicado a esta campaña.

Como en la generalidad de los servicios contra el *A. aegypti*, este personal es seleccionado, instruido y adiestrado para este tipo de trabajo, sometiéndose a un examen de suficiencia antes de integrarlo en las brigadas.

El personal directivo destinado a la campaña es el siguiente: un médico director de Paludismo y Fiebre Amarilla, un médico jefe del Departamento de Fiebre Amarilla y un médico jefe de la Jefatura Regional, que atiende todo el Sector II. El Sector I está atendido por la propia dirección, por intermedio del Jefe del Departamento. En el Sector II hay un médico que atiende el servicio, y éste ha terminado ya, prácticamente, los trabajos en el sector que limita con Paraguay, por lo cual ha sido transferido al Sector III, con otras dos provincias de Santa Fe y Entre Ríos. La Jefatura Regional Litoral va a atender en lo sucesivo todo lo referente a la erradicación del paludismo, y el personal especializado ha sido transferido ya al Sector III. Un médico jefe regional del Sud, con asiento en la capital federal, es responsable del funcionamiento de los trabajos en los Sectores V y VI. Los funcionarios mencionados son nacionales. Además, existe un médico asesor proporcionado por la Oficina Sanitaria Panamericana.

Los trabajos se ajustan a las nuevas técnicas que ha impuesto la Oficina Sanitaria Panamericana.

Trabajos realizados: De un total de 1.500.000 Km², que abarca el área presuntamente infestada, se han trabajado ya 380.000 Km².

En el Sector I se efectuó una encuesta inicial en 912 localidades, de las cuales 87 fueron positivas. De éstas, 29 se consideran con *A. aegypti* erradicado; en 34 faltan las verificaciones finales y las 24 restantes fueron tratadas en el pasado invierno. Los trabajos en este sector están adelantados.

En el Sector II se completaron las encuestas iniciales en las cuatro provincias que lo integran. De 959 localidades inspeccionadas, 47 fueron

positivas. En 31 de ellas se alcanzó la erradicación del mosquito; en 6 falta la verificación final, y en las dos restantes la primera verificación. Estos trabajos están ya en su etapa final en el sector.

Sector III. Trabajos de etapa inicial: Se han realizado encuestas en 170 localidades, de las cuales 9 resultaron positivas. Tal vez sea éste el sector que está demostrando hasta ahora más posibilidades de infestación.

El Sector V, que abarca la capital federal, está también en su etapa inicial. Se completaron los trabajos de encuestas, con resultados negativos en una quinta parte del área de la ciudad de Buenos Aires. En el Gran Buenos Aires, hay dos localidades positivas.

En los Sectores IV y VI aún no se han iniciado los trabajos.

Como resumen del estado actual, al plantear el problema, diremos que los datos obtenidos hasta el 31 de agosto de 1958 por provincia, han permitido confeccionar el mapa que figura en el informe, en el que se señalan las zonas inicialmente negativas, las ya negativas y las aún infestadas y las no inspeccionadas, que ocupan las áreas presumiblemente infestadas en la Argentina.

Las zonas ya conocidas y trabajadas cuentan aproximadamente con 500.000 casas, y en 191.559 de ellas se encontró *A. aegypti*.

El área presumiblemente infestada, y aún no trabajada, se calcula que tiene 2.500.000 viviendas, estimándose que el total de casas que se pueden considerar positivas, oscila alrededor de 800.000. Es muy probable que en el sur del país y en los puntos altos próximos a la cordillera, cuando se tengan datos concretos obtenidos con la encuesta inicial, se vea bajar de manera apreciable el promedio de casas calculadas.

Teniendo en cuenta lo alcanzado, los compromisos contraídos y la situación de los países limítrofes (Bolivia, que ha erradicado ya el *A. aegypti*, y Brasil, Paraguay y Uruguay, que acaban de declarar asimismo erradicada la especie en sus respectivos territorios), el Gobierno de la República Argentina promete acelerar los trabajos para alcanzar idéntico objetivo en su territorio dentro de los próximos tres años.

A tal efecto está en estudio el plan de trabajo presentado por la Dirección de Paludismo y Fiebre Amarilla, conjuntamente con la asesoría técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana, plan que ha de significar un aumento considerable en los presupuestos, tanto para personal como

para gastos de funcionamiento y equipo. En efecto, en vez de un total de 7.957.410 pesos argentinos que se invierten anualmente, el programa en estudio prevé para el primer año una inversión total de 28.123.410 pesos; para el segundo año, una inversión de 26.323.410 pesos, y para el tercer año el mismo monto, lo que equivaldrá a una suma de 80.770.230 al término de la campaña.

Hemos querido subrayar este último punto, con objeto de hacer presente los propósitos que se tienen de acelerar la solución de este problema. Creemos que avanzaremos bastante en cuanto se inicien los trabajos de fondo en las áreas endémicas de paludismo. En 120.000 Km² de éstas se han venido realizando trabajos cíclicos y regulares de rociamiento intradomiciliarios. Hemos de agregar que esperamos, en breve plazo, tener una extensión apreciable donde posiblemente no encontremos *A. aegypti*; y nos permitimos decir esto, porque ya, en una investigación efectuada en dos departamentos de la provincia de Tucumán, históricamente conocida por su endemidad palúdica, así como en dos departamentos de la provincia de Salta, las investigaciones efectuadas nos han demostrado palpablemente la ausencia del mosquito *A. aegypti*.

El PRESIDENTE: El Delegado de Venezuela tiene la palabra.

Informe del Delegado de Venezuela

El Dr. BERTI (Venezuela): Con respecto al estado de la erradicación del mosquito *A. aegypti* en Venezuela, nos permitimos ampliar, el párrafo correspondiente a nuestro país que aparece en el informe presentado por la Oficina.

En cumplimiento de la resolución adoptada por el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, en su I Reunión celebrada en Buenos Aires en 1947, Venezuela emprendió en 1948, su campaña de erradicación de *A. aegypti*, con el asesoramiento de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Debido a que las poblaciones del Estado Occidental del Táchira estaban más cercanas y sujetas a mayor intercambio humano con la zona selvática infectada y, además, a su condición de Estado fronterizo con la hermana República de Colombia, se comenzó la campaña en dicho Estado, extendiéndose en forma de abanico, hacia el centro de la República, donde a los 1.000

kilómetros de la frontera se ubica su capital, Caracas, con 1.200.000 habitantes.

En 1954 apareció el brote de fiebre amarilla selvática a que se refiere el informe. Un enfermo de este brote fue transportado de la selva a Caracas por avión. La alarma consiguiente determinó que el Gobierno aportara recursos especiales y se emprendió la campaña en dicha capital. A pesar de que la misma no ha marchado con la celeridad deseada, debido a que las aportaciones extraordinarias fueron suspendidas cuando el índice bajó a límites no peligrosos, los resultados pueden juzgarse si se recuerda que dicho índice, que era de 37,5% en 1954, ha quedado por debajo de 0,2% en la mayoría de las parroquias de la ciudad, durante la cuarta cobertura en 1958.

A medida que avanzaba la campaña especial, a base del larvicida DDT, extensas zonas del país iban simultáneamente quedando limpias del mosquito, debido al rociamiento antimalárico residual con DDT y dieldrín.

Una incidencia digna de señalarse fueron las reinfestaciones observadas en varias localidades limpias desde hacía varios años, como aconteció en los Estados de Miranda, Táchira y Zulia. Otro fenómeno interesante fue la aparición de cepas resistentes al DDT, halladas por nosotros en larvas del mosquito provenientes de Caracas y Carúpano, y más tarde, la notificada por Colombia en la zona fronteriza de Cúcuta.

Es de notar que el desarrollo de resistencia se ha observado en localidades donde se aplicaron simultáneamente los insecticidas como larvicidas y como adulticidas por necesidad o coincidencia en determinados lugares del rociamiento residual antimalárico con el tratamiento perifocal contra el *A. aegypti*.

Las circunstancias anotadas nos han llevado a usar el rociamiento residual con dieldrín o la aplicación de este insecticida en el tratamiento perifocal donde no hubiere peligro de aplicarlo. Para el tratamiento perifocal donde no sea posible usar el dieldrín, estamos usando BHC o una mezcla lindano con DDT al 75% en proporción de 1 a 5.

Un evento que me cabe la satisfacción de comentar, como ejemplo de confraternidad y colaboración internacional, fue la entrevista realizada en la ciudad fronteriza de Cúcuta, en Colombia, entre los Ministros de Salud Pública de Colombia y de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, para establecer las bases de un tra-

tado de salubridad fronterizo, que permitirá reanudar en forma coordinada las campañas de erradicación de *A. aegypti* y otras campañas en la zona mencionada.

Como portavoz en este momento de la Delegación de Venezuela, me es muy grato anunciar que el Gobierno de mi país, en los primeros meses de este año, suscribió un convenio con la Oficina Sanitaria Panamericana en el cual se previó, y ya está en vigencia desde el 1º de julio, un aumento del presupuesto para la erradicación de *A. aegypti* de 1.400.000 a 5.033.000 bolívares, o sea un equivalente aproximado de millón y medio de dólares.

Por su parte, la Oficina se compromete a facilitar asistencia técnica a la campaña, cooperación que ya estamos también recibiendo con entera satisfacción.

Estiman los técnicos de la Oficina y del Ministerio de Sanidad de Venezuela que con los recursos asignados, la experiencia técnica de los dos organismos y la mística y optimismo que todos sentimos, será cuestión de poco tiempo la erradicación de dicho mosquito de nuestro territorio, lo que constituye nuestro más vivo deseo.

Antes de terminar quiero también, en nombre de la Delegación de Venezuela, aprovechar la oportunidad de esta Conferencia para expresar nuestro reconocimiento a la Oficina Sanitaria Panamericana por la asistencia técnica que desde el comienzo de la campaña nos ha venido brindando en todo momento.

El PRESIDENTE: El Delegado de Honduras tiene la palabra.

Informe del Delegado de Honduras

El Dr. ZEPEDA (Honduras): Además del informe que se ha distribuido a las delegaciones, quiero hacer un resumen de las actividades de la campaña contra el *A. aegypti* en la República de Honduras.

Esta campaña fue iniciada el año de 1949 y la investigación inicial demostró que había 53 localidades positivas. El resto de las localidades investigadas fueron negativas, y la última localidad positiva se encontró en el año 1952.

La zona inicial presumiblemente infestada en el país se calculó en 64.929 Km², de los cuales se han cubierto en la actualidad 54.029 Km², quedando todavía un territorio sin inspeccionar de 10.900 Km² en los Departamentos de Colón,

Gracias a Dios y Olancho, especialmente a lo largo de los ríos navegables de dichos departamentos. Son tres departamentos que tienen una población muy escasa.

El trabajo más intenso se efectuó en la frontera con Nicaragua, cuando la ola de fiebre amarilla selvática invadió este país y amenazó también con invadir nuestro territorio, tal como sucedió posteriormente.

En el mes de abril del presente año se inició la inspección final, contando con la ayuda técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana que nos ha proporcionado un inspector y está efectuando dicha verificación. Se ha comprobado hasta el momento que todas las localidades que originalmente eran positivas, han continuado negativas después de varios años, y se ha hecho esta verificación en 22 localidades, tal como se puede observar en el informe, y posteriormente se ha hecho en nueve localidades más.

Además de las localidades inicialmente positivas que están siendo verificadas, como medida de seguridad se está efectuando también la verificación final en localidades que originalmente fueron negativas, pero que son vecinas a las localidades positivas. Hasta el momento se cree que no existe *A. aegypti* en Honduras; no hay ninguna evidencia de la existencia de este mosquito. Pero, tal como he mencionado anteriormente, estamos efectuando la comprobación final, para poder, en el futuro, declarar erradicado este mosquito en nuestro país.

El PRESIDENTE: El Delegado del Reino Unido tiene la palabra.

Informe del Delegado del Reino Unido

Dr. KELLETT (Reino Unido) (*traducción del inglés*): La Delegación del Reino Unido debe manifestar, en nombre de la Federación de las Indias Occidentales Británicas y de los dos territorios continentales de Guayana Británica y Belice, que ni aquella ni éstos se hallan todavía en la venturosa posición de declarar que todas las partes que los integran han erradicado totalmente el *A. aegypti*. Abrigamos la esperanza de estar pronto en condiciones de unirnos al grupo de países afortunados que pudieron hacer esa declaración esta mañana y a los cuales felicitamos muy sinceramente.

Hay diez islas y dos territorios continentales en cuyo nombre informamos. Han erradicado

totalmente el *A. aegypti* los territorios siguientes: Belice, Granada, Guayana Británica, Nieves y San Vicente.

A continuación vamos a informar sucintamente sobre las etapas de la erradicación del *A. aegypti* en las demás áreas:

Antigua. Se llevó a cabo en 1955 la encuesta preliminar, y de 50 localidades exploradas cuatro resultaron negativas. Los índices de las 46 localidades restantes oscilaron entre el 25 y el 60%. El programa de erradicación comenzó poco después y se han logrado continuos progresos. La última verificación se efectuó en junio de 1958 y reveló que de 50 localidades, 36 eran negativas. La erradicación se basó en un tratamiento perifocal en el que se empleó DDT en polvo humectable en una suspensión del 1 al 5%.

Barbada. En 1954 se llevó a cabo una encuesta preliminar, y las 95 localidades inspeccionadas resultaron positivas, con índices que oscilaron entre el 1 y el 15%. Las operaciones comenzaron en noviembre de 1954, en la ciudad principal y suburbios, y en noviembre del mismo año el índice había descendido del 15 al 1%. Desgraciadamente, el huracán Janet desorganizó totalmente la campaña y no fue posible reanudar la labor hasta noviembre de 1955, cuando se decidió reemplazar el rociamiento residual por los métodos perifocales. Desde noviembre de 1955, el trabajo ha proseguido muy satisfactoriamente, y en la actualidad sólo hay 5 localidades positivas, en las que aparecen focos de vez en cuando; parece que hay alguna dificultad para tratar las casas cerradas.

Belice y Guayana Británica. Ya hemos indicado que están libres de *A. aegypti*.

Dominica. El programa de erradicación comenzó en 1955 con el rociamiento residual de casas con DDT. En 1955 se efectuó un ciclo completo de rociamiento residual, y el segundo ciclo proseguía con éxito en 1956. En esa etapa sólo se hallaron 15 localidades positivas de un total de 56 que se encontraron al principio. Se aconsejó al Departamento Médico que sustituyera los métodos residuales por los perifocales, y así se empezó a hacer en 1957. Desgraciadamente, a causa de la carencia de fondos, este programa se interrumpió el 31 de marzo de 1957, pero se ha proseguido la labor por varias autoridades sanitarias de la isla, aunque en escala limitada.

Granada. En la actualidad está libre de *A. aegypti*.

Jamaica. Se efectuaron rociamientos residuales en Kingston y St. Andrew en 1954, y el primer ciclo extenso de rociamiento residual se inició en 1955. En 1957, se observó un índice de cero en la Bahía de Montego, y las localidades contiguas tenían un porcentaje global de 0,06. A comienzos de este año, Jamaica emprendió una campaña con dieldrín y se espera que pronto baje el índice de *A. aegypti*.

Montserrat. La encuesta preliminar se llevó a cabo en 1957, y se hallaron índices que oscilaban entre el 10 y el 30%. El programa comenzó en octubre de 1957 con una combinación de tratamiento residual y perifocal, y este primer ciclo se completó en marzo de 1958 con resultados satisfactorios. El segundo ciclo se está desarrollando ahora.

San Cristóbal, Nieves—Anguila. La encuesta preliminar se inició en 1957 y las 33 localidades inspeccionadas resultaron positivas, con índices que oscilaron entre el 1 y el 20%. En la actualidad, la isla de San Cristóbal es negativa, pero Anguila sigue teniendo un índice de 14,6. La principal dificultad proviene de la falta de fondos, que ha obligado a reducir el trabajo considerablemente, pero se espera reanudar las actividades lo antes posible.

Santa Lucía. Este programa comenzó en 1954, y a fines de 1955 sólo se encontraron positivas 1 ó 2 localidades en la ciudad principal de Castries. El resto de la isla dió resultado negativo. En junio de 1956 se reinfestó la ciudad de Laborie, pero inmediatamente fue tratada con rociamiento residual de DDT y desde entonces ha sido negativa. En la actualidad, con excepción de 1 ó 2 focos que, a pesar de un tratamiento intensivo tanto perifocal como residual, aparecieron en los suburbios situados al sudoeste de Castries, el resto de la isla es negativo.

San Vicente. Esta isla es negativa.

Trinidad y Tabago. A lo largo de la carretera principal oriental, zona densamente poblada, que se extiende al este de la capital, Puerto España, se inició un pequeño programa de control en diciembre de 1950. Con anterioridad se obtuvo el índice de toda la isla, que osciló entre el 15 y el 100%. El índice a lo largo de la carretera princi-

pal oriental osciló entre el 30 y el 66%. La dosis recomendada fue de una parte de polvo humectable por millón. Al cabo de poco tiempo se observó que esa dosis no daba resultado y en consecuencia se elevó a cerca de 22 ppm. Esas operaciones limitadas continuaron hasta 1952, cuando el programa piloto cesó por falta de fondos. En 1954, a raíz de un brote de fiebre amarilla en Trinidad, se inició un programa en gran escala y de nuevo se recomendó que la dosis de 1 ppm era suficiente. El primer ciclo que abarcó toda la isla, no dió resultado y de nuevo fue preciso elevar la dosis de DDT. A pesar de esto, no se lograba matar las larvas en muchas localidades, y por consiguiente en el laboratorio se iniciaron experimentos para poner a prueba su resistencia a fórmulas de DDT.

Es interesante recordar que, respecto del *A. aegypti*, en esa época se consideraba herejía o sacrilegio la mención de resistencia, y nuestra División, en su informe anual de 1954, expresó sospechas que se confirmaron en 1956 y 1957: se observó que, en Trinidad, el *A. aegypti* era mil veces más resistente que la cepa normal. Por esta razón se pasó del DDT al polvo de gamexano. El gamexano mataba larvas de *A. aegypti* en concentraciones de 1 ppm, pero la breve acción residual dificultaba la erradicación. Se conseguía reducir los índices a cero o a niveles cercanos a cero, pero no era posible mantener negativa una zona. Se tropezó con otra complicación: el hecho de que se encontrara un índice creciente de *A. aegypti* en los huecos de los árboles en muchas zonas rurales y semirurales.

Por ejemplo, en la ciudad de Arima, se examinaron en total 8.045 árboles, de los cuales había 2.472 con huecos, que contenían agua, y en los que se encontró un índice de 4,7%. Esos huecos positivos eran de 3 a 35 pies y el 80% de ellos estaban a 6 pies del suelo. Se encontró también que la misma situación se daba en otras partes de Trinidad y Tabago. Sobre este tema de los criaderos en huecos de árboles se escribió un trabajo que fue comentado por Trapido en el reciente Seminario de la OMS sobre la resistencia de los insectos a los insecticidas celebrado en Nueva Delhi del 27 de febrero al 7 de marzo de 1958. En esa

etapa era notorio que los métodos perifocales de tratamiento no darían el resultado que se había previsto.

En junio de 1957 se instituyó el rociamiento residual con dieldrín como parte del programa de erradicación de la malaria y como ataque final contra el *A. aegypti*. Desde que se comenzó a emplear el dieldrín contra el *A. aegypti*, la situación cambió por completo, y ahora la erradicación es una posibilidad concreta. Las zonas en que no fue posible utilizar métodos perifocales porque los equipos que debían aplicarlos estaban ocupados en ciclos sucesivos breves, bajaron inmediatamente a cero, después de haber sido tratadas con dieldrín, y han seguido siendo negativas desde entonces. Por consiguiente, el dieldrín es ahora sumamente satisfactorio. La isla de Tabago es casi negativa y hacia fines de este año, o a principios de 1959, estaremos en condiciones de declarar que Trinidad y Tabago han erradicado el *A. aegypti*.

EL PRESIDENTE: El Delegado de Nicaragua tiene la palabra.

Informe del Delegado de Nicaragua

EL DR. CASTILLO RODRÍGUEZ (Nicaragua): Ya no tendré la oportunidad de leer el informe porque la hora es bastante avanzada y me limitaré a recordar el informe verbal del Dr. Soper.

Por otra parte, cada uno de los delegados tiene ya el informe especial en el que puedan conocer cuanto concierne a Nicaragua. Por nuestra parte, podemos decir que la fiebre amarilla ha sido erradicada en mi país. Se han vacunado alrededor de 1.000.000 de personas, y se continúa la vacunación como medida preventiva. Solamente quiero hacer constar, en nombre de mi país y de mi Delegación, nuestro agradecimiento a la Oficina Sanitaria Panamericana por todo el esfuerzo realizado y al Dr. Soper por el interés casi personal, podríamos decir, que manifestó por mi país.

EL PRESIDENTE: Con la exposición del Delegado de Nicaragua se da por terminada la quinta sesión plenaria.

Se levanta la sesión a las 12 h. 10 m.

SEXTA SESION PLENARIA

Viernes, 26 de septiembre de 1958, a las 9 h. 25 m.

Presidente: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos)

Informe de la Comisión designada para estudiar el Artículo 53 del Reglamento Interno de la Conferencia

El PRESIDENTE: Se abre la sesión. Vamos a examinar el Informe de la Comisión designada por la Conferencia para estudiar el Artículo 53 del Reglamento Interno. El Dr. Allaria, Presidente y Relator de la Comisión, va a presentar dicho informe.

El Dr. Allaria (Argentina, Relator) da lectura del Informe de la Comisión designada para estudiar el Artículo 53 del Reglamento Interno (Documento CSP15/47):

El PRESIDENTE: Se ha presentado el Informe de la Comisión designada para estudiar el Artículo 53 del Reglamento. ¿Hay alguna delegación que desee apoyarlo o formular observaciones? El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. NOBLÍA (Argentina): Argentina apoya el Informe que ha leído el Dr. Allaria, como Presidente y Relator de la Comisión designada para estudiar el Artículo 53, y el jefe de su Delegación, en su carácter de Ministro de Asistencia Social y Salud Pública, ratifica, con especial énfasis, su expresa reserva al reconocimiento del derecho de los países europeos sobre sus territorios en el Hemisferio Occidental.

El PRESIDENTE: El Delegado del Reino de los Países Bajos tiene la palabra.

El Dr. SWELLENGREBEL (Reino de los Países Bajos) (*traducción del inglés*): No estoy siquiera seguro de que mi Delegación tenga derecho a participar en la discusión de este documento. Sin embargo, considero necesario formular una observación sobre una de sus partes, pues, de lo contrario, nuestro Gobierno desaprobaba el comportamiento de esta Delegación.

Mi observación se limita a señalar que el último párrafo de la Parte I del texto en español dice así: "El Delegado de la Argentina, como en otras oportunidades, expresa su reserva al reconoci-

miento del derecho de los países europeos sobre sus territorios del Hemisferio Occidental". Deseo hacer constar que esta declaración describe incorrectamente las relaciones que existen entre los tres países asociados, uno situado en Europa y dos en el Hemisferio Occidental, que conjuntamente, y en perfectas condiciones de igualdad, constituyen el Reino de los Países Bajos. No se puede decir que ninguno de estos países asociados tenga derecho alguno sobre los otros.

El PRESIDENTE: El Delegado de Guatemala tiene la palabra.

El Dr. LÓPEZ HERRARTE (Guatemala): La Delegación de Guatemala respalda la reserva expresada por el Delegado de la Argentina sobre el reconocimiento del derecho de los países europeos sobre sus territorios del Hemisferio Occidental. Desea hacer reserva expresa de los legítimos derechos de Guatemala sobre el territorio de Belice en la consideración de este informe y en cualquiera interpretación o resolución que sea adoptada por la Conferencia, y pide atentamente que de esta declaración quede constancia en acta.

El PRESIDENTE: El Delegado de Panamá tiene la palabra.

El Dr. BISSOT (Panamá): En primer lugar, deseo felicitar a la Comisión que ha trabajado tan arduamente en la interpretación del Artículo 53 del Reglamento Interno de la Conferencia. Pero, antes de que mi Delegación llegue a tomar una posición definida en la votación sobre este asunto, me gustaría que se me explicara un punto. En el texto en español, el párrafo segundo de la parte 2 dice: "La Comisión aclara que se entiende por voto válido el emitido en favor de una persona elegible; por voto nulo aquel en que figure cualquiera otra mención escrita y por voto en blanco la boleta en que no figure ninguna mención." Primero, ni en la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, ni en el Reglamento Interno de la Conferencia he podido encontrar nada que defina lo que es una persona elegible. Pero, más aun, mi Delegación tenía la

¹Véase Parte V, Anexo 12, págs. 554-556.

impresión de que el voto para la elección del Director era secreto, y que cualquier delegado estaba en perfecta libertad de escoger cualquier candidato para ocupar dicho puesto.

El PRESIDENTE: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. ALLARIA (Argentina): Debo expresar al Delegado de Panamá que creo haber comprendido bien el sentido de su intervención, pero que de ninguna manera la Comisión, al redactar el texto y decir "persona elegible", definió que las personas elegibles sean tales o cuales, sino que estableció únicamente una condición de elegibilidad, que ya se tiene por ser miembro de la Organización, y eso da la posibilidad de ser candidato a Director de la Oficina, es decir, ser elegible como Director de la Oficina, a cualquiera de los representantes de los veintidós países que son miembros de la Organización Sanitaria Panamericana.

El PRESIDENTE: El Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Dr. VAN ZILE HYDE (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Si bien me propongo formular luego unas observaciones de carácter general, quisiera referirme ahora al punto que se ha planteado, porque no sé que haya nada en la Constitución ni en el Reglamento que indique que la persona por la que se vote haya de ser delegado de un País Miembro. Tal y como yo entiendo la Constitución y el Reglamento, podemos dar nuestro voto a cualquier persona por la que cualquier Gobierno desee votar.

El PRESIDENTE: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. ALLARIA (Argentina): La reserva que expresa el Delegado de los Estados Unidos demuestra, una vez más, que nuestros documentos básicos son un conjunto de errores en la redacción y de dificultades para la interpretación. Según tengo entendido, nuestra Organización carece de un órgano asesor jurídico regular. Esta es la razón de que en el informe de la Comisión se haya insistido en que debe estudiarse, por un subcomité especial, el significado de cada uno de los términos de nuestro estatuto. Por otra parte, debo señalar, en contestación al Delegado de los Estados Unidos, que en el día de ayer, se presentó en la Comisión de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos, una propuesta concreta del Delegado de Costa Rica, apoyada por

el de Cuba, para la formación de un subcomité jurídico permanente.

El PRESIDENTE: El Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Dr. VAN ZILE HYDE (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Quisiera proponer un cambio para resolver este punto: que se sustituya en el texto inglés la frase "an eligible candidate" con la frase "a person". La Comisión aclaró que por voto válido se entiende el emitido a favor de una persona.

El PRESIDENTE: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. ALLARIA (Argentina): Agradecería al Dr. van Zile Hyde que repitiera la propuesta de enmienda.

El Dr. VAN ZILE HYDE (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Señor Presidente, propongo que la primera cláusula del párrafo que estamos discutiendo se redacte como sigue: "La Comisión aclara que se entiende por voto válido el emitido en favor de una persona". Hago esta proposición porque, como es sabido, los votos en blanco, también son votos. De modo que en este caso me refiero al voto que se emite a favor de una persona.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna observación sobre la enmienda que propone el Delegado de los Estados Unidos? El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): El párrafo a que se refiere la discusión, dice: "La Comisión aclara que se entiende por voto válido el emitido en favor de una persona elegible; por voto nulo aquel en que figure cualquier otra mención escrita y por voto en blanco la boleta en que no figure ninguna mención". Es simplemente un párrafo que pretende orientar o explicar la naturaleza posible del documento con que se ha votado.

La primera objeción parte de la intervención del Delegado de Panamá rechazando el término "elegible" por estimar, con razón, desde luego, que esta clasificación de "elegible" y "no elegible" no figura expresamente en ninguna parte de nuestra Constitución.

No ha pretendido la comisión establecer esta clasificación que no existe en la Constitución. Ha querido simplemente aclarar el "modus operandi" de la votación. Pongamos un ejemplo con toda

claridad: No es la primera vez, o no sería la primera vez, que en un organismo internacional, con toda su seriedad, llegada la hora de una votación por papeleta escrita, un espíritu burlón, alegre y chusco, introdujera en la votación una cuestión totalmente ajena al objeto que se debate y al fin que se persigue. Si este caso estuviese ante nosotros, si algún señor delegado pusiera en su boleta, para elegir Director, el nombre de un famoso artista, bien de la pantalla o del circo, evidentemente que ese caballero no sería elegible, esté o no esté precisado esto en la letra constitucional. De manera, pues, que ésta ha sido simplemente la intención y la explicación del término "elegible", para reducir la elegibilidad a los amplios límites naturales en que puede ser seleccionado el candidato. Eso en cuanto a la aclaración que pide el Delegado de Panamá.

En cuanto a la modificación que propone el Dr. van Zile Hyde, de los Estados Unidos, sería muy peligroso, sería inconveniente, puesto que de aceptarse, tendría una positiva influencia sobre el cómputo del número de votos necesarios para ser electo.

Lo que tiene que conocer el pleno con toda claridad y sin duda alguna, es que cuando se pasa lista en la Conferencia, en el acto de la elección, los señores presentes, en su calidad de representantes, investidos con el derecho de elegir—que eso es lo principal—depositan una boleta, con la cual expresan su voluntad. No se trata, pues, de una votación a mano alzada, no se trata de una votación nominal, en que se exprese con la voz el deseo del votante, sino que es obligatorio el uso de un documento material con el cual se expresa esa voluntad. Ese documento es el voto, *voto* sin ningún adjetivo: *voto*. Este voto después, a la luz de su análisis, podrá ser voto válido o voto nulo. Será válido cuando no tenga ninguna tacha *legal* que lo invalide, y será nulo cuando lo invalide cualquier tacha legal. Tenemos múltiples ejemplos. El Dr. van Zile Hyde los conoce perfectamente, ya que es un veterano magnífico de esta clase de luchas y hombre de indiscutible preparación. Por ejemplo, ¿no sabemos que en la Asamblea Mundial de la Salud, cuando se va a hacer la elección de los países a los que se autoriza a designar personas para que formen parte del Consejo Ejecutivo, hay que someterse a un pie forzado, a votar exactamente el número de candidatos requeridos? ¿No sabemos perfectamente bien que en el Reglamento Interior de la

Asamblea se dice que toda boleta que contenga un número de nombres mayor o menor que el de puestos que hayan de cubrirse, será nula? El voto que emitió un individuo poco experto, o que se distrajo o que se equivocó, y en lugar de poner "X" miembros puso "X" menos uno, es nulo; y si en lugar de poner "X" miembros puso "X" más uno, es también nulo. Pero todavía hay otro concepto de nulidad. Si este votante, al escribir en la boleta decisiva que deposita en la urna, incluye nombres que no están oficialmente expresados en la candidatura aprobada por la Mesa de la Asamblea, el voto también es nulo.

Señalo esto, simplemente, como ejemplos claros, terminantes, de votos nulos. El hecho de que el voto se emita a favor de tal o cual individuo, no da al voto carácter de validez. El voto, en general, es el voto, y el quórum está determinado por el número de votos, sin entrar a dilucidar a favor de quién están emitidos.

Si el día de la elección, el pleno de la Conferencia está integrado por los 24 representantes que pueden, como máximo, formar quórum, en teoría habrá 24 boletas y entonces el guarismo 24 será la matriz para extraer sus dos tercios; como si hay 22, como si hay 21, como si hay 19, como si hay 18, siempre y cuando este número no baje del quórum de la sesión, en cuyo caso, lógicamente, no se podría votar. De manera que no pueden hacerse especificaciones sobre votos calificados, sino sobre votos en general.

En esas condiciones, señores delegados, yo me permito rogar a este pleno que rechace toda enmienda que se aparte estrictamente de este informe, inspirado en una concepción jurídica y, al mismo tiempo, en un concepto de aclaración práctica para los electores.

El PRESIDENTE: El Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Dr. VAN ZILE HYDE (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Yo me siento quizás más preocupado que nunca en vista de que nuestro distinguido amigo, el Dr. Hurtado, ha dado a entender, según lo interpreto, la posibilidad de que exista algo así como un número o una lista de candidatos, lo cual sería limitativo. Es verdad que en la Organización Mundial de la Salud hay un procedimiento para proponer candidatos, es decir que se ofrece el nombre de un candidato a la Asamblea y que no hay una elección abierta y libre. Sin embargo, ni en nuestra Constitución ni

en nuestro Reglamento Interno hay procedimiento alguno para la proclamación de candidatos. Por consiguiente, cualquier Gobierno—y todos nosotros estamos aquí en representación de Gobiernos responsables—puede depositar en la urna el nombre de la persona por la cual desee votar. Estoy seguro de que el Dr. Hurtado convendrá en que ninguno de los Gobiernos aquí representados sería tan irresponsable como para votar por alguien que no esté capacitado para este cargo, y por tanto creo que no debiera usarse la palabra "candidate" en el texto inglés. Puesto que no hay procedimiento para establecer y proclamar candidaturas no parece apropiado hablar de candidatos, ya que todos nosotros estamos en libertad para votar por cualquier persona.

En cuanto a la elegibilidad, no existen reglas, disposiciones, descripciones ni documentos de ninguna clase en la Organización Sanitaria Panamericana que definan la elegibilidad para este cargo. Veo que el texto español habla de "persona elegible", en vez de utilizar la palabra "candidato". Aquí nos vemos envueltos de nuevo en la semántica y en la filología, lo que, si bien es lamentable, no se puede evitar. De manera que voy a permitirme proponer con el mayor énfasis que el texto diga "a person" en inglés y lo que creo es su correspondiente "una persona" en español, pues así no podrá inferirse que los gobiernos estén limitados, en forma alguna, en el ejercicio de su derecho a votar por quien consideren que pueda ser un excelente Director.

Por estas razones debo insistir en que en inglés se usen las palabras "a person" en vez de las palabras "an eligible candidate".

El PRESIDENTE: El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Yo quisiera explicarle al Dr. van Zile Hyde que no me opongo a la aclaración solicitada por el Delegado de Panamá, y reconozco que no se habla en la Constitución de candidatos elegibles o no.

Por eso expliqué que este párrafo era simplemente una aclaración de la mecánica de la elección. Yo quisiera plantearle una hipótesis al Dr. van Zile Hyde, con todos los respetos debidos a los señores delegados de los Gobiernos. Quisiera preguntarle, con el mayor afecto, a mi amigo el Dr. van Zile Hyde lo siguiente: supongamos que él fuera designado por la Presidencia, en su día, como escrutador, y que, al abrir una papeleta, se

encontrase con este nombre: "Clark Gable". Ya sé que esta suposición representa llevar mi hipótesis a un extremo completamente improbable. Pero vamos a hechos, hechos humanos, que inclusive pueden referirse a una crisis sufrida por el individuo en el momento de votar. Esta suposición mía no afecta a la honorabilidad, la seriedad ni la distinción de los señores delegados de los Gobiernos. Pero admitamos por un instante, el hecho físico. Si el Dr. van Zile Hyde, como escrutador, se encontrase una boleta con el nombre de "Clark Gable", ¿dónde la pondría, en el pliego de escrutinio? ¿Haría constar en éste que el Sr. Clark Gable tuvo un voto o clasificaría ese voto en la casilla de "Votos nulos"? Esa es mi pregunta. Yo creo, sinceramente, que la más elemental discreción y tacto obligarían a declarar ese voto nulo, porque ese voto no podría ser contado. Ahora bien, todo lo que acabo de decir no es más que una explicación de la mecánica de un acto electoral, y no encuentra expresión en ninguna disposición constitucional. Por consiguiente, no tengo ningún inconveniente en que se elimine la palabra "elegible", pero he querido explicar el concepto y por qué se formuló ese tipo de observación.

No puede haber físicamente más que estas tres posibilidades: que la papeleta lleve el nombre de un candidato, es decir, de una persona capaz de ser elegida; que no lleve ningún nombre, esto es, que esté en blanco, físicamente en blanco, o que el voto resulte anulado por llevar una serie de letreros o nombres sobre cosas o personas que no sean objeto de la elección.

El PRESIDENTE: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. ALLARIA (Argentina): Vuelvo a intervenir en este debate para decir al señor Delegado de los Estados Unidos, que si uno se atiene a lo que, en algunas disciplinas se llama filosofía de la historia y que aquí podríamos definir como historia de la intención, la proposición surgió de dos o tres delegados y fue concretada posteriormente por uno de los miembros de la Comisión. En el informe se dice "la Comisión aclara" y no la "Comisión establece". Esta redacción no fija un derecho. Lo que hace es aclarar una introducción explicativa. La palabra "aclara" no puede ser considerada, de ninguna manera, como una declaración de que existan expresamente determinados requisitos de elegibilidad, si bien es cierto

que dichos requisitos están en el espíritu de todos nosotros, pues todos aceptamos tácitamente que no podría ser Director de la Oficina quien no esté vinculado a los problemas de la salud y a la Organización Sanitaria Panamericana.

El PRESIDENTE: El Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Dr. VAN ZILE HYDE (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Me ha complacido mucho que el Dr. Hurtado haya aceptado la proposición de omitir la palabra "elegible" en el texto español, y propongo además que en el texto inglés se elimine la palabra "elegible" y que se cambie la palabra "candidate", traduciendo correctamente la palabra "persona" para que en inglés sea "person."

Ahora me gustaría referirme al caso hipotético que se me planteó. A este respecto deseo decir y hacer constar que tal y como veo la cuestión, cualquier nombre de una persona viva que se deposite en la urna por cualquiera de los Gobiernos responsables aquí reunidos, debe considerarse como un voto.

El PRESIDENTE: El Delegado de Venezuela tiene la palabra.

El Dr. PRÍNCIPE (Venezuela): La Delegación de Venezuela cree que la sustitución de la palabra "elegible" por "calificada", resolvería el problema.

El PRESIDENTE: El Delegado del Brasil tiene la palabra.

El Dr. DE MEDEIROS (Brasil) (*traducción del portugués*): En el informe presentado por la Comisión a la consideración del pleno, hay dos puntos que son motivo de debate aquí. Consta en el informe que el Representante de la Argentina expresa su reserva al reconocimiento de los derechos de los países europeos sobre sus territorios del Hemisferio Occidental. Me parece que la inclusión de esa mención en el informe es perfectamente inútil. Se trata de una declaración de carácter político que no corresponde hacer en una asamblea, de carácter sanitario, como la presente. Por consiguiente, creo que no debía mencionarse este punto que ha provocado manifestaciones como las del Delegado de Guatemala y de otro país, que no recuerdo en este momento. El segundo punto son las aclaraciones dadas por la Comisión sobre lo que debe considerarse como voto válido en una u otra forma. Yo estoy plena-

mente de acuerdo con el Delegado de los Estados Unidos, en que no existiendo definición en ninguno de los documentos básicos de la Organización Sanitaria Panamericana con respecto al carácter de elegibilidad, es restrictivo este adjetivo "elegible", y, a falta de definición, podría incluso ocurrir que por un voto de la Conferencia se declarara que no era elegible una persona que hubiese recibido los dos tercios de mayoría. Es-timo, por consiguiente, que la propuesta del Delegado de Venezuela, en el sentido de que se substituya la palabra "elegible" por "calificada", es adecuada para dar una definición más precisa y alcanzar los objetivos de la Comisión.

El PRESIDENTE: El Delegado de Panamá tiene la palabra.

El Dr. BISSOT (Panamá): Mi Delegación quiere secundar la modificación propuesta por el Delegado de los Estados Unidos. Insistimos en que el término "elegible" restringe la libertad de selección que tienen las delegaciones aquí presentes, para escoger en forma secreta su candidato al puesto de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

No hay duda que los señores delegados aquí reunidos, al emitir su voto, escogerán una persona calificada, que pueda llenar su cometido como Director de este organismo internacional. Por lo tanto, no creemos que deba ponerse en el documento que discutimos la palabra "calificada", como ha sugerido la Delegación de Venezuela. Sería exigir mucho de la comisión escrutadora, que decidiera qué personas estaban calificadas para el puesto de Director y cuáles no. Es muy posible que un país presente un candidato propio, muy conocido en su territorio, pero que quizás no lo sea igualmente por los otros países aquí representados. Por lo tanto, yo secundo la moción presentada por el Delegado de los Estados Unidos, y creo que debe decirse sencillamente, una "persona", sin añadir el adjetivo de elegible o calificada.

El PRESIDENTE: El Delegado del Reino Unido tiene la palabra.

El Dr. GILLETTE (Reino Unido) (*traducción del inglés*): La Delegación del Reino Unido se ha sentido muy feliz en esta Conferencia, donde ha prevalecido un espíritu tan magnífico de amistad y camaradería y donde tanto hemos aprendido de las discusiones que han tenido lugar. Por ello

lamentamos aun más que se haya escogido un foro técnico internacional como éste para plantear una cuestión puramente política. Esto me obliga a declarar que el Gobierno del Reino Unido no tiene ninguna duda respecto de su soberanía sobre el territorio de Belice, y yo deseo formular oficialmente la oportuna reserva de derechos en esta cuestión.

El PRESIDENTE: El Delegado del Paraguay tiene la palabra.

El Dr. PEÑA (Paraguay): Con referencia al informe que acaba de leerse y que está en discusión, quiero exponer también algunas ideas que quizás aclaren mejor lo que estamos queriendo que quede en el papel. Tengo entendido que, evidentemente, el concepto de la elegibilidad de una persona, se refiere a que sea el representante de un Estado Miembro. Yo, sinceramente, podría también plantear el siguiente caso: supóngase que haya un voto a favor de un conocido especialista en salud pública de la India. Pregunto yo si ese voto es válido o no, porque tengo entendido que lo que aquí se busca es votar por una persona que represente a un Estado Miembro. ¿Es ese el espíritu? Cada Estado Miembro tiene el derecho de proponer candidatos. Me parece a mí, entonces, que quizás el texto quedaría mejor en la siguiente forma: "se entiende por voto válido el emitido en favor de una persona representante de un Estado Miembro". Ahí está implícito el término calificado o no calificado, elegible o no elegible. Es calificado y es elegible desde el momento que representa a un Estado Miembro, porque el término calificado simplemente, como mi distinguido colega de Venezuela ha propuesto, podría aplicarse también a un distinguidísimo sanitarista de la India o del Pakistán o de Egipto, por ejemplo.

El PRESIDENTE: El Delegado de México tiene la palabra.

El Dr. DÍAZ COLLER (México): La Delegación de México quiere manifestar su desacuerdo con lo expresado por el Delegado del Paraguay, puesto que en ese caso, una de las dos personas, que todos los presentes, seriamente, estamos considerando, no tendría derecho a ser candidato, puesto que no representa a un Estado Miembro, y al decir representa entiendo representar a un país ante esta Conferencia. Ahora bien, sin duda, el Delegado del Paraguay ha querido referirse a

una persona nativa de un Estado de América. Sin embargo, como no existen estatutos que establezcan limitaciones, hay una libertad absoluta. Yo estoy de acuerdo con la interpretación del Dr. van Zile Hyde, de que, en la actualidad se puede emitir un voto a favor de cualquier persona. Seguramente ésta no será elegida, porque un voto no basta para eso, ni dos tampoco, pero la interpretación que da el Delegado de los Estados Unidos creo que es la más correcta, y mi Delegación secunda su proposición.

El PRESIDENTE: El Delegado del Paraguay tiene la palabra.

El Dr. PEÑA (Paraguay): Es simplemente para dejar aclarado, lo más perfectamente posible, que al referirme yo a un representante de un Estado Miembro, quería decir una persona que pertenezca a un Estado Miembro, o que sea candidato presentado por un Estado Miembro y nativo de un Estado Miembro.

El PRESIDENTE: Tenemos ante nuestra consideración una moción para que se elimine la palabra "elegible", del párrafo que se debate, y que en la versión inglesa se cambie "an eligible candidate" por "a person". Tenemos también una proposición del Delegado de Venezuela, para que se emplee la expresión "calificado" o "una persona calificada", en la versión española, y me imagino que el equivalente en inglés sería "qualified". Y también tenemos una del Delegado del Paraguay, para que se especifique que la persona sea un ciudadano de uno de los Países Miembros. Tiene la palabra el Delegado del Reino de los Países Bajos.

El Dr. SWELLENGREBEL (Reino de los Países Bajos) (*traducción del inglés*): Mi Delegación considera—y presumo que los demás territorios pensarán lo mismo—que ésta es una cuestión constitucional, por lo tanto nos abstenemos de votar sobre ella.

El PRESIDENTE: El Delegado de Panamá tiene la palabra.

El Dr. BISSOT (Panamá): Una cuestión de orden, señor Presidente. Antes de pasar a votación, mi Delegación desea saber si la modificación presentada por el Delegado de Venezuela, y la presentada por el Delegado del Paraguay son o no constitucionales. A juicio nuestro son inconstitucionales.

El PRESIDENTE: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. ALLARIA (Argentina): Yo desearía que el Dr. Bissot desarrollara un poco más los fundamentos de su inquietud, porque en este momento, no acabo de comprender su punto de vista y, como responsable de la redacción de este informe, quisiera ver si puedo contribuir a esclarecer la situación.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Panamá.

El Dr. BISSOT (Panamá): A juicio de nuestra Delegación, la modificación propuesta por el Delegado de Venezuela e igualmente la sugerida por el Delegado del Paraguay, señalan marcadas restricciones al derecho que tienen las representaciones aquí reunidas para seleccionar libremente su candidato al puesto de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, de acuerdo con el mandato de la Constitución de la OSPA, la cual no contiene ninguna de las dos restricciones que ellos proponen introducir en el documento en discusión.

El PRESIDENTE: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. ALLARIA (Argentina): Quisiera que quede definitivamente en claro que el documento que se discute es el informe de una Comisión a este pleno, y que el párrafo que provoca esta inquietud no plantea más que un problema de estilo. Poner "elegible", "capacitado" o "calificado", es solamente un problema de estilo literario.

Como miembro y Presidente de la Comisión, no tengo ningún inconveniente en suprimir la palabra "elegible", porque nosotros no establecemos en ese párrafo una posición doctrinal, sino que hemos incluido un párrafo aclaratorio que no afecta al fondo jurídico de la Constitución ni de los Reglamentos, ni crea ningún precedente. Por eso, yo rogaría que los señores delegados tuvieran en cuenta que la discusión se centra ahora en cuanto al empleo de la palabra "elegible".

En cuanto al problema político que el Delegado del Reino Unido señaló como inoportuno, deseo recordarle que la Comisión expresa lo siguiente en su informe: "No se estima que el momento actual sea adecuado para introducir cambios sobre este punto". Es decir, que la Comisión se suma a lo dicho por el Delegado del

Reino Unido, a saber, que éste no es un organismo político, sino técnico. Sentado claramente este punto, se comprenderá que la Comisión no considere oportuno discutirlo en este momento y en este lugar.

El PRESIDENTE: El Director de la Oficina tiene la palabra.

El Dr. SOPER (Director, OSP): Hay un punto que tal vez deba ser tomado en consideración, y es que la persona elegida para ser Director de la Oficina Sanitaria Panamericana deberá presentarse también como candidato al cargo de Director Regional de la Organización Mundial de la Salud, y la Constitución de ésta no establece condiciones geográficas para los Directores Regionales. En la Organización Mundial de la Salud, y con la única excepción de Africa (donde podría decirse que existe una situación especial), todos los Directores Regionales proceden de las respectivas regiones. Respecto a la conveniencia de que el Director sea de las Américas, es muy difícil imaginar que los Gobiernos de las Américas, en este momento vayan a conceder dos tercios de sus votos a una persona que no sea de su Región. Debemos recordar, sin embargo, que al preparar la Constitución, en la XII Conferencia, que tuvo lugar en Caracas en 1947 y al aprobarla en la I Reunión del Consejo Directivo en octubre de aquel año en Buenos Aires, se discutió esta cuestión respecto a los otros funcionarios de la Oficina y la siguiente cláusula figura en el inciso B del Artículo 18: "Se tendrá presente, siempre que sea posible, la más amplia distribución geográfica en lo que se refiere a reclutamiento de ese personal". Y nosotros consideramos que es contraproducente introducir en la reglamentación una nota de regionalismo, toda vez que necesitamos estar en condiciones de poder prestar personal a las otras regiones del mundo. Además, la Oficina Sanitaria Panamericana y los países de América tienen un marcado interés en el resto del mundo. Por ejemplo, en el Sexto Congreso Internacional de Medicina Tropical y Malaria, celebrado en Lisboa hace quince días, el Representante de Venezuela, al explicar cuál era el problema de reinfestación de su país en zonas en que la malaria ya estaba erradicada, mencionó la importación de casos de malaria procedentes de Africa. Creo, por tanto, que todas las restricciones que se han sugerido aquí, existen ya de hecho al exigirse los dos tercios de los votos para la elec-

ción. Resulta, pues innecesario precisar en la documentación una norma que puede ser mal interpretada en las otras regiones del mundo y hasta en la Organización Mundial de la Salud.

El PRESIDENTE: Propongo que votemos sobre la enmienda presentada por el Delegado de los Estados Unidos de que se elimine la palabra "elegible", después de "persona" y que en el texto inglés se substituyan las palabras "an eligible candidate" por las palabras "a person". El Delegado de Venezuela tiene la palabra.

El Dr. PRÍNCIPE (Venezuela): La Delegación de Venezuela retira su proposición.

Se procede a votar la modificación propuesta por los Estados Unidos, con el siguiente resultado: 20 votos a favor, ninguno en contra y una abstención.

Queda aprobada.

El PRESIDENTE: Queda terminada esta parte de la discusión. El documento, en su totalidad, está ante la Conferencia. ¿Hay algún otro comentario? El Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Dr. VAN ZILE HYDE (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Creo que todo el mundo conoce la posición de los Estados Unidos, ya que está claramente expresada en el último párrafo de la parte 2 del informe de la Comisión. Me parece que en esta cuestión la dificultad estriba en que personas que tenemos otra clase de preparación estamos discutiendo materias filológicas, semánticas y jurídicas, por lo que me hallo en cierto estado de confusión. Creo que estamos todos de acuerdo en que la única razón para que se formule una disposición especial para la elección de Director es asegurar que éste reciba el más amplio apoyo de los miembros de la Organización. Deseamos estar seguros de que el procedimiento que se adopte sea de tal naturaleza que satisfaga este aspecto del asunto, indicado en la parte 4, porque sirve para aclarar los puntos planteados. Ofrece la oportunidad de realizar una revisión cuidadosa, desapasionada, de los textos inglés y español, que, como hemos visto hace un momento, son, a veces, de difícil traducción. La parte 4 sugiere que se haga el estudio apropiado, y me alegro de que estipule que el Comité Ejecutivo lo haga "asesorado por el personal jurídico que sea necesario". Los dos documentos que se

han de estudiar son la Constitución y el Reglamento Interno de la Conferencia. Y habrá que tomar en cuenta no sólo las diferencias de idioma sino también la finalidad que se pretende alcanzar en cada caso, finalidad que se expresó tanto en Caracas como en Buenos Aires, y que, según prueba el propio documento ahora examinado, consiste en conseguir el apoyo más amplio para el Director.

No nos preocupa lo que pasará en la elección que va a celebrarse ahora, porque sabemos que hay bastante interés y deseo de votar. Todos los aquí presentes desean ejercer este derecho, estoy seguro de ello. Pero también debemos estar seguros de que el procedimiento que se establezca facilite en todo momento el pleno ejercicio de los derechos. De modo que lo que más nos interesa, a mi juicio, es la parte 4 y lo que promete para la futura aclaración de este extremo que tanto tiempo ha ocupado y tanta preocupación ha causado en esta Conferencia. Nos inquieta, sin embargo, que se pueda prejuzgar la cuestión. Si pedimos al Comité Ejecutivo que realice toda la labor de estudio del asunto, con asesoramiento jurídico, debemos pedirle que nos presente todos los aspectos de la cuestión, para poder discutirlos con entera claridad. No sería oportuno que nosotros prejuzgásemos ahora lo que debe ser objeto de la labor del Comité y de sus asesores jurídicos. Además nos obligaría a enfrentarnos, sin el asesoramiento conveniente, con las dificultades de redacción de un texto en dos idiomas. Por eso propongo que en el primer párrafo de la parte 4 del informe se omita la cláusula "y en consecuencia habría de obtener los votos emitidos por los dos tercios de los países presentes en la Conferencia, y en ningún caso con un número de votos inferior a la mitad más uno de los países participantes en la Organización Sanitaria Panamericana". Esa cláusula prejuzga la cuestión, por lo que no debiera ser referida al Comité Ejecutivo.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación o comentario sobre la propuesta del Delegado de los Estados Unidos? El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. ALLARIA (Argentina): Pido excusas a los señores delegados por mis reiteradas intervenciones, pero quisiera aclarar que el espíritu del párrafo que se discute fue calurosamente aplaudido por el Sr. Wilson, Representante de

los Estados Unidos en la Comisión, porque comprendió que la Delegación de la Argentina, que fue la que propuso esa cláusula aclaratoria, estaba ofreciendo a la Delegación de los Estados Unidos la más absoluta garantía de que la Comisión no pensó en ningún momento que alguien pudiera ser elegido Director con poco carácter representativo. De modo que las palabras cuya supresión se pide, después de la frase "necesitará ser elegido con la mayor representación", son un refuerzo de lo que la Comisión entendió por "mayor representación". ¿Y, qué mejor, para ser elegido con la mayor representación, que obtener un número de votos no inferior a la mitad más uno de los países participantes en la Organización? Es decir, que la Delegación de la Argentina, cuando introdujo esta frase aclaratoria, consideró que de esa manera quedaban reforzados absolutamente la decisión, la intención y el deseo de todos los miembros de la Comisión, incluso el de la Delegación de los Estados Unidos, de que el Director fuese elegido con la mayor representación. En definitiva, señor Presidente, hago esta aclaración para que el Delegado de los Estados Unidos comprenda que esa cláusula final ni molesta ni resta nada a la que la precede, sino que, al contrario, la fortalece, porque explica el concepto de mayor representación.

El PRESIDENTE: El Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Dr. VAN ZILE HYDE (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Agradezco la aclaración hecha por el Dr. Allaria. Sólo quiero decir que la Delegación de los Estados Unidos preferiría que este asunto se pasara al Comité Ejecutivo sin la aclaración adicional que comentamos, ya que, en definitiva, no disipa por entero las dudas que tenemos. Entiendo claramente la primera parte, pero debo decir que, en cuanto al final de la misma, no estoy seguro de captar todos sus complejos aspectos sin que el texto sea estudiado y comparado cuidadosamente, en los dos idiomas, por autoridades competentes. De manera que, como todos estamos conformes en que lo que se busca es que el mayor número de delegaciones participe en la elección, y eso es lo que le estamos pidiendo al Comité que estudie, creo que lo más apropiado es que dejemos este asunto a su consideración. Por supuesto, el Comité puede tomar en cuenta esa cláusula, pero no será con carácter de instrucción de la Conferencia.

El PRESIDENTE: ¿Algún otro comentario u observación? El Delegado de Chile tiene la palabra.

El Dr. TORREBLANCA (Chile): El representante de la Delegación de Chile en la Comisión que elaboró este informe, apoyó totalmente la posición de la Argentina en lo que se refiere a este párrafo que objeta la Delegación de los Estados Unidos. Y el espíritu que nos animó fue el mismo que señala el Dr. Allaria. Creemos que es indispensable que el Director que resulte elegido cuente con el mayor apoyo posible de los delegados en la Conferencia. Pensamos que con esta disposición final de la parte 4 se afirmaba más aún ese deseo, latente en todos los miembros de esta Conferencia, como es natural que así suceda. Ese fue el espíritu que animó a nuestra Delegación al apoyar clara y decididamente la posición del Delegado de la Argentina.

El PRESIDENTE: ¿Algún otro comentario u observación? El señor Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Creo, señor Presidente, que se trata de una redundancia, pues es de suponer que el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana ostentará la representación mayoritaria que señala la Constitución. Me parece, y estoy de acuerdo con el Delegado de los Estados Unidos, que quizás la frase que se discute no aclara suficientemente la cuestión. Creo, pues, que esa frase debe aclararse suficientemente, o redactarse de otra manera o suprimirse.

El PRESIDENTE: ¿Alguna otra observación?

Se somete a votación la proposición de la Delegación de los Estados Unidos, con el siguiente resultado: 15 votos a favor, 4 en contra y 3 abstenciones.

Queda aprobada.

El PRESIDENTE: ¿Algún otro comentario u observaciones sobre el documento en su totalidad? ¿Objeciones a la adopción del documento? El Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Dr. VAN ZILE HYDE (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): En relación con el informe de la Comisión, deseo abstenerme de apoyarlo por las razones expuestas en la reserva claramente hecha por la Delegación de los Estados Unidos, en la Parte 2 de dicho informe, en relación con el Artículo 53 del Reglamento Interno de la Conferencia. Aunque aquellas son ya conocidas por

todos los delegados, quiero referirme a ellas ahora para que conste en acta la abstención de mi Delegación a esa parte del informe.

Queda aprobado el informe de la Comisión con las modificaciones acordadas.

El PRESIDENTE: Hay que aprobar ahora el Artículo 53 del Reglamento, tal como ha sido recomendado por la Comisión designada por la Conferencia. La Comisión recomendó que el Artículo 53 del Reglamento quede como estaba redactado en el Reglamento de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, que dice como sigue:

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

¿Hay algún comentario u observación sobre la aprobación del Artículo 53 en esa forma?

Queda aprobado el Artículo 53 del Reglamento Interno, con la abstención de la Delegación de los Estados Unidos.

El PRESIDENTE: En vista de que todos los artículos del Reglamento han sido aprobados, nos corresponde aprobar ahora el Reglamento en su totalidad. ¿Hay alguna objeción? ¿Ninguna?

Queda adoptado el Reglamento Interno de la Conferencia.

Tema 22: Informes sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas

El PRESIDENTE: El señor Director de la Oficina tiene la palabra.

El Dr. SOPER (Director, OSP): Voy a dejar al Dr. Alvarado la presentación detallada del VI Informe sobre la Situación de la Erradicación de la Malaria en las Américas (Documento CSP-15/16)¹. Pero quisiera hacer unas observaciones sobre el Informe y sobre la situación en general respecto a la erradicación de la malaria.

¹Véase Parte V, Anexo 1, págs. 445-482.

Hemos de señalar que el documento presentado se dedica, en gran parte a dar cuenta de lo que ha pasado en las Américas desde el acuerdo adoptado en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Santiago de Chile, en la que se declaró la urgencia del programa para la erradicación de la malaria, medida aprobada en principio por la XIII Conferencia, en 1950. En estos últimos cuatro años se ha producido en toda América un verdadero entusiasmo para poner en práctica lo acordado por la Conferencia.

Se nos ha ofrecido una oportunidad, administrativa y financiera, de actuar, y hemos visto el interés que han manifestado casi todos los Gobiernos del Continente por colaborar en este programa.

Conviene precisar que, en gran parte, la aceptación del concepto de la erradicación de la malaria es ya un hecho. Ahora nos enfrentamos con un problema más bien de ejecución y de evaluación de lo ya realizado.

El documento aquí presentado no contiene estadísticas propiamente dichas ni un resumen de los trabajos que los países han realizado. Tampoco contiene, en verdad, estadísticas de los resultados obtenidos desde la iniciación de tales trabajos. Estos informes, naturalmente, tendrán que hacerse, tendrán que ser preparados por los servicios gubernamentales, pero estamos prácticamente en el momento de organización y ejecución de este programa y, todavía en casi todo el Continente, en la fase de expansión y de consolidación de las actividades.

Lo que hemos observado hasta ahora nos obliga a aceptar, para la erradicación de la malaria en las Américas, un período más largo de lo que habíamos previsto. En los primeros días de este mes, el Dr. Alvarado y yo hemos asistido a una reunión de la Junta Ejecutiva del UNICEF, cuya colaboración financiera y administrativa en este programa es muy importante. Hemos expuesto ya, para consideración futura, que la colaboración y la participación financiera del UNICEF no podrá ser ni deberá ser suprimida tan pronto como se había proyectado.

Yo creo que es muy importante que todos los gobiernos y todos los organismos reconozcan que la ejecución de este programa, debido principalmente a razones administrativas en los diferentes países, no será tan rápida como teóricamente se creyó posible. Necesitamos tenerlo en cuenta sin dejar de reconocer, al mismo tiempo, que es de

gran interés activar lo más rápidamente posible la ejecución.

Ultimamente, al producirse la resistencia de algunos anofeles a los insecticidas, se ha demostrado de nuevo la urgencia de terminar este trabajo antes de que estas variedades resistentes puedan invadir los lugares en que los anofeles todavía son susceptibles.

He querido solamente mencionar este problema e indicar la necesidad de elaborar planes para continuar apoyando este programa por un período de años mayor que el originalmente previsto.

En el Sexto Congreso Internacional de Medicina Tropical y Malaria, celebrado en Lisboa, hemos observado un interés cada vez mayor en las posibilidades de la erradicación, y entre los técnicos reunidos en Lisboa hace quince días no encontramos el menor pesimismo sobre el resultado final en cualquier parte del mundo. Al contrario, se mencionaron varias dificultades en ciertas regiones, pero entre los técnicos hay un optimismo general respecto a la erradicación de la malaria en todo el mundo.

Señor Presidente, ruego ahora que se dé al Dr. Alvarado oportunidad de presentar el documento sobre la erradicación de la malaria en las Américas.

El PRESIDENTE: El Dr. Alvarado tiene la palabra.

Declaración del Jefe de la Oficina de Erradicación de la Malaria

El Dr. ALVARADO (Jefe, Oficina de Erradicación de la Malaria, OSP): Como acaba de manifestar el Director, la idea de la erradicación de la malaria nació en las Américas, pero es ahora un programa de alcance mundial. La iniciativa que las Américas tuvieron y la decisión que tomaron, primero en la XIII Conferencia de Ciudad Trujillo en 1950 y después, reforzándola muy vigorosamente, en la XIV Conferencia de Santiago de Chile, hace cuatro años, no ha quedado solamente en la literatura de las resoluciones. El VI Informe sobre la Situación de la Erradicación de la Malaria en las Américas presenta los hechos que demuestran la forma en que los países del Continente han cumplido con los compromisos que recíprocamente adquirieron en la Conferencia de Santiago de Chile.

No voy a leer este documento, que es demasiado largo, y sería impropio hacerlo porque ade-

más está en manos de los señores delegados, en español y en inglés. Pero creo que vale la pena destacar en una breve exposición sus hechos más salientes.

La primera parte de este documento expone el estado de los programas de erradicación de la malaria en las Américas; y la segunda parte se refiere al papel que ha desempeñado la Oficina Sanitaria Panamericana, de acuerdo con el mandato que le fue conferido por la Resolución XLII de la Conferencia de Santiago de Chile, de intensificar y coordinar la lucha antimalárica, dando asistencia técnica y económica, cuando fuere posible, para el reforzamiento de los programas de erradicación de la malaria en el Hemisferio Occidental. La lectura de este documento permite juzgar cómo han respondido los países al llamamiento que se hiciera en aquella histórica reunión de Santiago de Chile para convertir las campañas de control en programas de erradicación a la mayor brevedad posible y cómo la Oficina cumplió con las instrucciones que se le dieron en la misma oportunidad.

Voy a pedir a los señores delegados que me sigan en la presentación de este documento, examinando las figuras y los cuadros a los cuales me voy a ir refiriendo en esta breve presentación.

En primer lugar, la figura 1 contiene un mapa en el que se presenta la situación de los programas el 31 de julio próximo pasado. Puede verse en ese mapa que todos los países, con excepción de cuatro tenían: o su malaria erradicada, o sus programas en estado muy avanzado o sus programas ya en estado de la fase activa de ataque, es decir, de cobertura total. Y eran cuatro los países que estaban en la fase preparatoria de la cobertura total: Brasil, Colombia, Nicaragua y Haití.

Es satisfactorio declarar que, de estos cuatro países, uno ya ha empezado la cobertura total el primero del corriente mes, que es Haití, y el segundo, Colombia, se prepara para iniciarla el día 29 del presente mes. Quedan solamente Nicaragua, que se supone que antes de finalizar el corriente año estará en condiciones de reiniciar la cobertura total que ya había comenzado, pero que por diversas dificultades se vió obligada a suspender, y Brasil, cuyo gigantesco territorio y cuyo gigantesco problema han sido materia de un estudio y de un plan especial y que según los informes de que disponemos tiene previsto iniciar

este magno programa en enero del próximo año. Quedaría solamente un solo país para unirse a esta marcha de la erradicación en todo el Hemisferio Occidental.

El cuadro 1 permite apreciar, en la última columna de la derecha, que para el año 1962, teóricamente al menos, si las cosas se desarrollan en la forma en que han sido planeadas, la mayoría de los países del Continente habrán llegado a un estado en que la malaria se encontrará prácticamente erradicada, una vez terminada la fase de ataque, y entrarán entonces en la fase de consolidación, que debe durar tres años, al final de los cuales, si no se han encontrado casos indígenas, se podrá declarar la erradicación.

Ya se ha destacado en varias oportunidades la seriedad con que los países han abordado sus programas de erradicación de la malaria, preparando planes meticulosamente estudiados, cuidadosamente elaborados, que contienen los detalles de las operaciones en todo lo que humanamente puede considerarse previsible. Estos planes de operaciones que se han difundido por todo el mundo están siendo en estos momentos, un ejemplo de cómo se debe planear un programa de erradicación.

El cuadro 3 contiene los países y las unidades políticas en donde la malaria ha sido erradicada y allí puede verse que Chile, Estados Unidos de América, Barbada, Martinica y Puerto Rico, tenían un total de cuarenta y cinco millones de habitantes que anteriormente vivían en zona malárica y actualmente viven en zona de malaria erradicada. Para los que todavía dudan de que la erradicación de la malaria pueda ser un hecho factible o realizable, esta cifra de cuarenta y cinco millones representa una clara contestación de lo que se puede hacer cuando se está decidido a hacerlo.

Los cuadros 4 y 5 contienen el estado actual del resto de los países por área y por población. Puede verse así que algunos países tienen ya parte de su zona malárica erradicada, y corresponde a Venezuela el grupo de población que vive actualmente en área erradicada de mayor extensión y de mayor volumen de población en la zona tropical con 3.065.000 habitantes. Y en lo que se refiere a las áreas bajo vigilancia, es decir, donde se considera que la malaria ha sido erradicada pero en la que todavía no han transcurrido el número de años necesarios para confirmar esta

situación, corresponde a Argentina, con 711.000 habitantes, el área de mayor población.

El cuadro 6 contiene un resumen general de la situación de la erradicación de la malaria en las Américas. Puede verse en el final de este cuadro, cómo solamente queda fuera de la ejecución del programa de erradicación de la malaria una insignificante superficie de 0,8% del Continente Americano en el que todavía no se ejecutan operaciones activas o no están planeadas, con una población del 1,7%.

El cuadro 7 muestra la posición actual de los servicios nacionales de la erradicación de la malaria. Es interesante consignar que en la tercera columna, donde está la posición del servicio, pueden observarse dos países que tienen sus Servicios de Erradicación de la Malaria en lo que se ha definido como posición autónoma, es decir, inmediatamente bajo el Ministro de Salud Pública. Y quince países que presentan el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria en posición primaria, es decir, inmediatamente debajo del Director Nacional de Salud Pública. Es importante establecer el balance con la posición de hace cuatro años, cuando doce países tenían su Servicio de Control de la Malaria en posición secundaria.

El cuadro 8 contiene un estudio comparativo sobre la lucha antimalárica en las Américas. Es satisfactorio declarar que, en lo que se refiere a la erradicación de la malaria, ninguna otra región del mundo posee una legislación más compacta y más avanzada que las Américas. Sería entrar en detalles muy minuciosos referirnos a todos los adelantos logrados en materia de legislación sanitaria. La nota más relevante es la introducción del concepto de "erradicación" en vez de "control" en la legislación de quince países. En algunas leyes figuran disposiciones tan avanzadas como la obligatoriedad de notificar la construcción o habilitación de nuevas viviendas y los movimientos migratorios, de solicitar autorización para pintar o lavar paredes rociadas, o la prohibición de ocupar locales no rociados. Es también significativo que la mayoría de los países hayan cambiado la forma y el tipo de la notificación de los casos de malaria, convirtiéndola en una enfermedad de notificación obligatoria dentro de las veinticuatro horas de conocido el caso, sospechoso o confirmado.

En el cuadro 10 figura el personal profesional y técnico actualmente empleado en los programas

de erradicación. Puede verse en la parte superior un total de 178 médicos, 90 ingenieros, 20 entomólogos y 88 ayudantes de entomólogos. Cuando decimos médicos o ingenieros decimos profesionales que trabajan a tiempo completo y que poseen títulos de especialización en la materia. Es interesante comparar estas cifras con los datos correspondientes al año 1954, en que el total de estos profesionales apenas alcanzaba la mitad en términos generales, y eso que en el cuadro no figura todavía Brasil, país que tan pronto entre en la campaña, sin duda pondrá en acción un grupo que representará algo equivalente a la mitad de las cifras que aquí estamos presentando.

Los cuadros 13 y 14 presentan los aspectos económicos de los programas de erradicación en las Américas. En el cuadro 14 puede verse, en las cuatro últimas columnas, en la parte superior, el monto de la contribución internacional a los programas de erradicación para el ejercicio de 1958. En él figuran: nuestra Organización, incluyendo el Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria, con \$1.060.470; los fondos de Asistencia Técnica de la Organización Mundial de la Salud, con \$235.367; el UNICEF, con \$5.956.900 y la ICA con \$3.012.000, haciendo un total de más de diez millones de dólares de la contribución internacional para el programa de la erradicación de la malaria en las Américas en un solo año.

Debemos aclarar que las cifras que aquí aparecen como presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana y fondos de Asistencia Técnica, son solamente las correspondientes a los fondos asignados a los países, pues todo lo demás que se invierte en personal técnico y becas figura por separado en el informe.

El cuadro 15 presenta también datos de alto valor ilustrativo. Si examinamos la última columna de la derecha encontraremos el porcentaje del presupuesto de las actividades antimaláricas con relación al presupuesto general de salud pública, y puede verse en dicho cuadro que varios países, como Costa Rica, Ecuador, México, Nicaragua, Paraguay y Venezuela dedican a sus programas de lucha antimalárica más del diez por ciento del total de sus presupuestos de salud pública.

Es principalmente interesante destacar la situación del Ecuador, que dedica a este fin el 27,1%. Es también muy interesante apreciar cómo han aumentado los presupuestos de malaria con relación a años anteriores, y si examinamos,

por ejemplo, el presupuesto de Haití en el año 1954, vemos que le dedicaba el 1,7% y que aumentó ese porcentaje a 8,9% en 1957; en el mismo orden, México pasó del uno en 1955 al 13,6% en 1957 y Paraguay del 3,5 en 1954 al 11,8 en 1957. Estos datos revelan no sólo la conciencia con que los países de las Américas han tomado la responsabilidad de erradicar la malaria de su propio territorio, y de este modo contribuir a la erradicación de la malaria en el Hemisferio, sino también el extraordinario esfuerzo y hasta el sacrificio que muchos de ellos han tenido que hacer para cumplir con sus compromisos.

El cuadro 19 se refiere a los primeros datos que han podido recogerse, todavía incompletos, como ha manifestado el Dr. Soper, con respecto al descubrimiento de casos en las áreas donde se erradicó la malaria, en las áreas bajo vigilancia (fase de consolidación) y en las áreas donde la malaria no está aún erradicada.

Lo significativo de ese cuadro, y lo que importa señalar es el valor y la productividad de los colaboradores voluntarios enumerados en el mismo. La participación activa de la comunidad en los programas de erradicación de la malaria en las Américas constituye una de las características más notables de nuestro programa de erradicación. La acción educativa y de relaciones públicas realizada para incorporar a toda la comunidad al programa de erradicación ha empezado a dar ya sus frutos y puede verse, comparando las diferentes cifras, cómo los casos notificados por colaboradores voluntarios representan un porcentaje considerable, en muchos casos la mayoría, de los notificados o encontrados por los propios agentes del Servicio y a un costo considerablemente menor.

Un cálculo provisional hecho rápidamente sobre el costo de estas operaciones en El Salvador, demuestra que un caso encontrado por personal del Servicio en visitas casa por casa cuesta diez veces más que un caso encontrado por los colaboradores voluntarios. Este hecho está llamado a tener una trascendencia futura muy grande, no sólo en el propio desarrollo de los programas de erradicación de la malaria para las operaciones de evaluación, sino también para otras actividades de salud pública que se proyecten en el futuro, pues habrá dejado ya una marca indeleble en la conciencia de la comunidad, para estimular su participación en los programas de salud pública, y representará un perfeccionamiento nota-

ble en los servicios de notificación y de registros de casos.

Llegamos, señores, a la parte en que el informe se refiere a la función de las organizaciones internacionales, y a las actividades de la OSPA. Corresponde, desde luego, a los señores Delegados de los Países Miembros juzgar cómo nuestra Organización ha cumplido con las instrucciones terminantes que se le dieron en la Conferencia de Santiago de Chile. Pero queremos solamente destacar algunos de los hechos más significativos. En primer lugar, la creación de centros de adiestramiento, para lo cual debemos manifestar nuestro profundo reconocimiento a los países que, en forma tan desinteresada y activa, han contribuido a esta finalidad, como México, Jamaica y Brasil, con los centros de la Ciudad de México, de Kingston en Jamaica, y São Paulo. Estos han venido a unirse al ya tradicional y prestigioso Centro de Venezuela, con su renombrada escuela de Maracay que durante muchos años (desde 1944) ha venido manteniendo activa la llama del interés por los programas antimaláricos.

Debemos decir que en este momento no hay en el resto del mundo, que yo sepa, ningún otro Centro que esté organizado y funcione en forma activa y permanente como los cuatro que acabo de mencionar en las Américas. Esto demuestra con qué seriedad han asumido nuestros países la tarea de poner en manos calificadas y responsables el destino de los programas de erradicación y el sacrificio económico de los pueblos que los sustentan.

El asesoramiento internacional se ha organizado en tres escalones. El primero, al nivel del país que presta la asistencia operativa cotidiana, integrado generalmente por un médico malariólogo, un ingeniero malariólogo y un número variable de inspectores sanitarios. El segundo escalón al nivel de las Oficinas de Zona, para la asistencia política y administrativa a los programas. Como todos los señores delegados saben, corresponde a los Representantes de Zona operar los proyectos en su aspecto internacional; y corresponde a las Oficinas de Zona la parte principal en la promoción y preparación de los proyectos en lo que se refiere a nuestra Organización. En el tercer escalón está la Oficina Central, en Washington, como parte de la Oficina del Director, encargada de la preparación de los estándares técnicos de la coordinación internacional y de las relaciones téc-

nicas con el UNICEF, la ICA y la sede en Ginebra.

El personal internacional dedicado al programa de erradicación de la malaria en las Américas, el 31 de agosto de 1958, se puede clasificar en seis grupos: médicos, 32; ingenieros, 20; entomólogos, 4; inspectores sanitarios, 41; consultores en administración, 4; y otros, 4, que comprenden asesores en educación sanitaria, parasitología, transporte y estadística; o sea un total de 105, de los cuales 95 se encuentran en actividad y diez en adiestramiento. Es interesante comparar estas cifras con las de cuatro años atrás cuando la Organización contaba solamente con ocho asesores internacionales para atender a los problemas y a la demanda de programas de erradicación o de control de la malaria en aquel entonces en el Continente. La comparación de las cifras de 8 a 95 revela el esfuerzo que ha debido realizarse en ese sentido.

Creo interesante comentar, brevemente, la forma como trabaja la Organización. Es sabido que en Washington está localizada una unidad específica: "Erradicación de la Malaria". Pero debo decir que esta unidad solamente ha desempeñado un papel parcial dentro del considerable esfuerzo realizado por la Oficina Sanitaria Panamericana para promover y coordinar los programas de erradicación.

En el campo han intervenido decisivamente las Oficinas de Zona, y en la Sede han participado activamente en la labor cotidiana todas las oficinas de la misma: Oficina del Director, División de Salud Pública, División de Educación y División de Administración. Y puedo declarar—y lo hago en este momento, cuando me quedan pocos días para apartarme de esta Organización—que lo que podríamos llamar la unidad ME (Erradicación de la Malaria) no es la unidad de unos cuantos técnicos confinados en dos cuartos de la oficina central en Washington, sino que son todas las oficinas de la Sede central.

Con profunda sinceridad, con gratitud y con admiración puedo hacer, pues, esta declaración y en ella quiero demostrar cómo en nuestra Organización se ha formado un solo espíritu y una sola conciencia para cumplir con aquel mandato que hace cuatro años nuestro organismo ejecutivo recibió del más alto de sus órganos de gobierno, en Santiago de Chile.

Y, para terminar, señores, quiero solamente

que se me permita leer el último párrafo del informe, que dice así:

Al finalizar este informe, es oportuno traer al recuerdo las últimas palabras del IV Informe presentado hace ocho años a la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana reunida en Ciudad Trujillo, en el que al resumir las posibilidades de erradicación de la malaria en el Hemisferio Occidental, terminaba así: "Las Américas tienen la respuesta". El presente informe contiene en su exposición de hechos la respuesta de las Américas, donde la erradicación no es ya una posibilidad, sino una realización en marcha. Pero sería prematuro y peligroso declararse totalmente satisfechos. Un programa de erradicación sólo tiene dos alternativas finales: éxito o fracaso. Y si la decisión de emprender la erradicación ha sido vigorosa y unánime y puede ser un motivo de legítimo orgullo para los países de las Américas, hay que tener presente que sólo se está al comienzo del camino y que precisa mantener el esfuerzo hasta el final, sin vacilaciones ni desmayos.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Director de la Oficina Regional del UNICEF para las Américas.

Declaración del Director de la Oficina Regional del UNICEF para las Américas

El Sr. DAVÉE (Director de la Oficina Regional del UNICEF para las Américas): Señor Presidente, le agradezco la oportunidad que se me concede de poder hablar aquí, entre eminentes sanitarios, sobre los problemas de la malaria. Es para mí, como siempre, un honor.

Quisiera decir que aunque en esta oportunidad hablaré exclusivamente de malaria, no es este el único tema del cual me gustaría tratar, y celebraría que en algún momento fuese también posible discurrir sobre otros temas relacionados con las preocupaciones del UNICEF: problemas de nutrición, de lucha contra la tuberculosis, de adiestramiento de personal, que tanta importancia tienen en los problemas de la infancia.

Me limitaré al problema de la malaria, que es el tema de hoy. Del cuadro 14, que se incluye en el excelente informe del Dr. Alvarado, se desprende que, para la erradicación de la malaria, la contribución de la Organización Sanitaria Panamericana para el trienio 1956-1958, fue superior a \$1.500.000; la de los fondos de Asistencia Técnica, a través de la Organización Mundial de la Salud, de unos \$600.000; la del UNICEF de \$10.600.000; y la de la Administración de Coope-

ración Internacional de los Estados Unidos, de \$3.000.000. Estas cifras tendrían que ser rectificadas en lo que se refiere a UNICEF, porque, no incluyen, por ejemplo, las asignaciones que se aprobaron durante la reciente reunión de la Junta Ejecutiva celebrada en septiembre y que son un poco superiores a \$5.000.000. Esto significa que, desde el punto de vista del UNICEF, estamos muy cerca de haber cumplido con la promesa que hicimos al comienzo de este planeamiento, y que era que seguramente íbamos a gastar unos \$20.000.000, repartidos entre cuatro o cinco años.

Hay que dedicar palabras de sincero reconocimiento a la Oficina Sanitaria Panamericana, de cuya labor no dan esas cifras una idea suficientemente clara. Hay que tener en cuenta un elemento que no está en las cifras en dólares, y que es la calidad del personal. No cabe duda de que esta campaña, como ya lo indicó el Dr. Alvarado, no habría sido posible sin el eminente asesoramiento de todos los que trabajan en la Oficina.

Por otra parte, creo que es justo también hacer mención especial de la participación de la Administración de Cooperación Internacional, de los Estados Unidos; una mención más especial de lo que aparentemente justificarían las cifras, ante todo porque, como es sabido, parte de los fondos que nosotros manejamos se deben a la generosidad del pueblo norteamericano, y como europeo me complazco en declararlo.

Ha sido muy útil poder corregir ciertos errores en el planeamiento que nosotros, por falta de recursos, no hubiéramos podido hacer. Por ejemplo, el programa de erradicación en Guatemala, en Nicaragua, en Honduras, en Colombia, en Ecuador, en Bolivia, ha debido mucho a una participación suplementaria de aquella Administración y por fin, como es también sabido la decisión reciente de esa misma Administración de prestar su apoyo a un ingente programa, el del Brasil—que por ser demasiado amplio no podíamos nosotros atender—ha permitido la definición global de este planeamiento continental.

No quiero insistir más sobre lo que en mi opinión significa, como hecho portentoso desde el punto de vista histórico, este ejemplo de enorme, tremendo, planeamiento continental.

Solo quiero indicar, la ventaja que representa este mecanismo de asistencia internacional. Por ejemplo, el hecho de que, gracias a la flexibilidad de nuestra Administración, hayamos podido aceptar compromisos, no limitados a un año, sino

a cuatro. El hecho también de que hayamos podido cumplir con puntualidad, en lo que se refiere a las compras de insecticidas, ha dado a estas campañas de tipo internacional un elemento de estabilidad que en realidad es nuevo en la historia de los programas mundiales. Sabemos que en estas campañas internacionales ha habido momentos de crisis, que pudieron ser superados porque existía la garantía de los suministros, o porque por ser un convenio internacional significaba un compromiso que el Gobierno no podía rehusar. Ha sido este un elemento que ninguno de nosotros podemos olvidar porque en cuanto se mejoren en el porvenir—y creo que caminamos en esa dirección—todos estos mecanismos de ayuda internacional, quedará esa asistencia como un ejemplo y un precedente.

Dentro de este tema quisiera, sin embargo, recalcar dos puntos: El uno es cuán satisfactorio es ver convenios como el que hace poco Venezuela y Colombia concertaron en Cúcuta. El hecho de que sean posibles estos tipos de convenios sanitarios fronterizos bilaterales, brinda la esperanza de que en este Continente Americano, de la misma lengua, de la misma mentalidad, sean posibles, en el futuro, mayores agrupaciones; no hablo de agrupaciones políticas, sino de agrupaciones, por lo menos, en el campo de la técnica, o eventualmente, de la economía. Convenios como el de Cúcuta, constituyen también un precedente.

Dentro de este planeamiento, de esta coordinación internacional, hay un hecho que todavía no es enteramente oficial. En relación con la malaria, la Argentina tenía todavía que resolver problemas fronterizos (me refiero especialmente a los planteados con los Estados brasileños de Mato Grosso y São Paulo). Pues bien, según noticias que me ha dado aquí el Ministro de Salud Pública de ese país, la Argentina quizás figure dentro de poco entre los países firmantes de un convenio de ese tipo.

Las cifras demuestran que en la actualidad, desde el punto de vista del UNICEF, en 1958 hemos gastado la tercera parte de nuestro presupuesto total para la erradicación de la malaria en las Américas. Hemos gastado exactamente 44%, lo que significa casi la mitad del presupuesto total que dedicamos a la erradicación de la malaria en todo el mundo y aquí voy a tratar, con mi franqueza habitual, el punto más grave, que es el futuro.

El Dr. Soper habló en la reunión de la Junta

Ejecutiva del UNICEF e indicó que había preparado el ambiente para que el UNICEF considerara la continuación de su esfuerzo. Esto lo habíamos hecho ya nosotros, dentro de la Administración, y lo habíamos hecho también en contactos celebrados con los miembros de la Junta. Desde luego, existe un ambiente favorable para considerar con simpatía, y yo diría justificadamente, esta posible necesidad, pero el punto que se plantea es hasta dónde podemos ir en ese aspecto.

Recuerdo que la doctrina de la erradicación de la malaria se hizo a base de dos conceptos: el uno era que el *Plasmodium* desaparecería al cabo de tres años de haberse iniciado la interrupción de la transmisión de la malaria. El otro concepto fue que en el supuesto de operaciones realmente correctas, esta interrupción empezaría después de terminado el primer año de cobertura total, y que esta interrupción empezaría a ser visible, digamos, 18 meses después de iniciada la cobertura total.

A base de estos dos supuestos se verificó el planeamiento financiero de la erradicación, sobre las bases de la campaña de cobertura total de cuatro años. Es obvio, sin embargo, que, el punto crítico en esta lógica y de este razonamiento es cuándo empieza la interrupción de la transmisión, y cuál es el volumen de esta interrupción, para que realmente se pueda suponer que empiezan los tres años de extinción de la malaria.

Actualmente no hay ningún programa, con excepción de El Salvador, que nos pueda dar una respuesta a estos dos puntos sumamente graves. En el caso de El Salvador no se produjo la interrupción, sino algo inverso: la resistencia.

Sería excesivo deducir de un ejemplo aislado una conclusión pesimista. Por ejemplo, hay actualmente otros datos respecto a la evolución del programa de México, cuya orientación es realmente muy optimista. He leído hace pocos días un informe de la OMS; he encontrado algunas cifras de las que se deduce que, sin lugar a dudas, la evolución de la epidemiología es la que esperábamos. Eso significa que la condición básica para llegar a la erradicación es llevar a cabo operaciones que alcancen un grado de perfección, y quiero decir aquí que en este aspecto México va a dar, y está dando ya, un ejemplo eminente para América y seguramente para el mundo.

No podemos actualmente decir cuál será la política del UNICEF, más allá de cierto plazo. Lo que podemos decir es que cumpliremos; cumpliremos nuestros convenios; cumpliremos nuestros compromisos, lo cual significa, dentro de los cuatro años de campaña. De esto no hay duda.

Ya hemos adaptado nuestros planes a las evoluciones de la situación. Ha habido casos en que ha sido necesario cambiar de dieldrín a DDT. Lo hemos hecho a pesar de todos los inconvenientes que esto significa: inconvenientes en las compras, en los compromisos con las casas que suministran insecticidas, complicaciones en los embarques, complicaciones en el hecho de que a veces hay que aceptar este insecticida y llevarlo a otra parte. Estamos dispuestos a considerar cualquier proposición que nos haga la OMS, que se refiera a posible cambio en los insecticidas. Nunca hemos escatimado con respecto al material. Hace poco hemos querido ayudar a los Gobiernos en el mantenimiento de los vehículos con la esperanza de que los ya suministrados duren más. Por lo tanto, en la actualidad, no hay ningún peligro. Después de que el Dr. Soper y el Dr. Alvarado hablaron ante nuestra Junta Ejecutiva, fue opinión unánime de todos que en consulta con la OMS—y pensamos que esto sea posible en septiembre de 1959—se hará conjuntamente una evaluación de los resultados. Sabremos mucho mejor dónde estamos a este respecto y tendremos ya una idea bastante aproximada del punto adonde caminamos.

Aquí quisiera introducir un comentario que tiene carácter puramente personal. Nuestra organización no toma decisión alguna sin que se discuta con profundo análisis, y sin oír los comentarios de personas competentes. También es regla nuestra pedir la opinión de los técnicos, discutir particularmente en este sector con nuestros colegas de la Organización Mundial de la Salud y de la Oficina Sanitaria Panamericana. Y también tengo que decir que nuestra Junta, a pesar de no estar totalmente compuesta por sanitarios o médicos, sigue estos problemas con mucha atención, con mucha consideración; a ellos, a los expertos, incumbe de hecho la decisión final.

Por lo tanto, repito que lo que aquí voy a decir es una opinión puramente personal, una especie de conclusión intuitiva, derivada del hecho de haber estado un poco embebido en el problema de la malaria desde hace ya varios años. Y es que

no creo que el UNICEF pueda seguir este esfuerzo mucho más allá de un período razonable, una vez cumplida la fecha de nuestros convenios.

No creo que pueda, porque no considero que sea justo que una organización como la nuestra use, en forma indefinida, la tercera parte de sus fondos únicamente para la erradicación de la malaria en las Américas. Ni tampoco es enteramente justo que gastemos la mitad de nuestros recursos en este campo, de una manera indefinida.

Por otra parte, he llegado al convencimiento profundo de que esta campaña de erradicación o llega al éxito dentro de los límites fijados, o no llegará nunca. Me preocupa sumamente el fenómeno de la resistencia. Estoy convencido—y aquí repito una vez más, que lo hago a título personal, y no como técnico—de que allí donde sea necesario continuar en forma ilimitada los rociados, es donde casi obligatoriamente se producirá la resistencia que neutralizará nuestros esfuerzos. De ello se deduce, a mi juicio en forma indiscutible, que tenemos en el financiamiento de este programa y en lo que se refiere al UNICEF, un gran margen de seguridad porque las fechas que yo he indicado nos llevan, por lo menos, hasta 1961-62. Significa esto que tenemos mucho tiempo para ver cómo van las cosas y tomar, si es necesario, medidas de precaución para el futuro. Pero también esto significa que en este lapso de tiempo—y aquí puedo aludir a la conclusión del Dr. Alvarado—constituye para los gobiernos una necesidad casi dramática llevar los programas de erradicación al punto de la máxima perfección posible. En esto, repito, México nos está dando un ejemplo. Sobre estas bases yo creo que obtendremos la victoria, de lo contrario, podrían surgir graves contratiempos.

Señor Presidente, antes de dejar esta Mesa, quisiera que se me permitiera decir unas palabras más, porque creo que no tendré la ocasión de volver a hablar en sesión plenaria de esta Conferencia. Yo, por mi parte, me resisto a hablar del Dr. Soper como si ésta fuera la última ocasión en que él participa oficialmente en nuestros trabajos. Pero si la voluntad de Dios y de la Conferencia es que así sea, yo he de decir aquí—y quisiera que constara en acta—que nosotros, en el UNICEF, y yo particularmente, sentimos por el Dr. Soper respeto y aprecio. Nos hemos peleado a veces, y creo que esto ha sido útil; en todo caso lo ha sido para mí. Pero quiero decir que

en estos años de experiencia, de trabajo común con él, he llegado a la conclusión de que el Dr. Soper tiene asegurado un puesto en la historia, y si le corresponde ese puesto es por su vigorosa inteligencia y excepcionales dotes de carácter, por su capacidad para concebir ideas, su imaginación creadora y su perseverancia en el deseo. Por

todas esas cualidades el Dr. Soper tiene, repito, mi respeto y mi sincero y afectuoso aprecio.

El PRESIDENTE: Con la intervención del Sr. Davée damos por terminada la sexta sesión plenaria.

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

SEPTIMA SESION PLENARIA

Viernes, 26 de septiembre de 1958, a las 15 h. 20 m.

Presidente: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos)

(Después) Dr. ALEJANDRO JIMÉNEZ ARANGO (Colombia)

Reuniones de los cuerpos directivos

El PRESIDENTE: Se abre la sesión. La Secretaría informará sobre la presentación de un nuevo tema.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): La Comisión General, en su reunión de hoy, recibió el Documento CSP15/48, que contiene un proyecto de resolución presentado por las Delegaciones de Nicaragua, México, Costa Rica, Estados Unidos, Guatemala, Panamá y Argentina, relativo a las reuniones de los cuerpos directivos de la Organización.

La Comisión General estimó que la presentación de este documento equivale a proponer un nuevo tema para el programa de esta Conferencia, y acordó transmitirlo al Pleno para que éste adopte la decisión que considere oportuna. A este respecto, y por si se acepta el criterio de la Comisión General de considerar el proyecto de resolución como un tema nuevo, es procedente citar el Artículo 25 del Reglamento Interno, que dice así: "Podrán agregarse temas complementarios a la agenda durante cualquier sesión de la Conferencia, de aprobarlo dos terceras partes de las delegaciones participantes y con derecho a voto".

El PRESIDENTE: La recomendación o sugerencia de la Comisión General es que el Pleno apruebe la inclusión de este tema en el programa y encomiende su estudio a la Comisión II para que ésta formule una recomendación. ¿Hay alguna objeción a que se proceda así?

Se acuerda incorporar al programa de temas el proyecto de resolución presentado por las Delegaciones de Nicaragua, México, Costa Rica, Estados Unidos, Guatemala, Panamá y Argentina.

Tema 22: Informes sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (continuación)

El PRESIDENTE: Continúa la discusión del tema 22. Tiene la palabra el Delegado del Brasil.

Informe del Delegado del Brasil

El Dr. DE MEDEIROS (Brasil) (*traducción del portugués*): El Brasil fue uno de los últimos países incorporados a la campaña de erradicación de la malaria, organizada por la Oficina Sanitaria Panamericana. Esto no significa que el problema no tuviese para nosotros una gran importancia; por el contrario, podemos decir que en el Brasil el problema de la malaria es uno de los más graves, de los más agudos. Todos los Gobiernos se han interesado en la campaña contra esta enfermedad. En 1941 se creó un servicio especial precisamente para combatir la malaria. Basta con mirar el mapa del Brasil, para ver inmediatamente que existen áreas inmensas llenas de bosques y de selvas y hay, por lo tanto, muchas posibilidades de encontrar áreas en las cuales las aguas estén estancadas. En el litoral encontramos también muchos lugares donde pueden reproducirse los mosquitos transmisores, y por lo tanto,

se comprende que el Brasil haya sufrido por muchos años la malaria.

En 1941 se crearon servicios y se comenzó a combatir la enfermedad con los métodos que usaba la ingeniería sanitaria, empleando los medios más adecuados para matar las larvas y recurriendo también a la inspección a domicilio, hasta que pudo llegarse al empleo del DDT, insecticida de acción residual. Entonces fue posible conseguir en forma efectiva que las áreas urbanas y las áreas que tienen la mayor importancia económica se viesen liberadas de esta enfermedad y pudieran ser tenidas en cuenta y sometidas a inspección y vigilancia. Este Servicio Nacional de Malaria recibió desde 1954, exactamente después de la última Conferencia Sanitaria Panamericana, instrucciones para llegar a un acuerdo con la Oficina Sanitaria Panamericana y recibir de ella toda la ayuda necesaria para conseguir la erradicación. Desgraciadamente, ciertas dificultades, en realidad de orden burocrático, impidieron que se estableciese de inmediato este convenio. En el mes de marzo de 1956, el Servicio fue incorporado a un departamento nacional encargado de luchar contra todas las endemias rurales y, como resultado de esta incorporación, desapareció como servicio independiente. El servicio de malaria fue absorbido, como los demás servicios de lucha contra las endemias, por el nuevo Departamento Nacional de Endemias Rurales. Ahora bien, la ICA y la Oficina Sanitaria Panamericana exigían, para elaborar el convenio, la existencia de un órgano dedicado específicamente a la erradicación de la malaria. Durante todo el año de 1956 tuvimos estas dificultades de orden burocrático, pero desde mediados de 1957 se fueron obviando paulatinamente, gracias a la modificación que se introdujo en la organización del Departamento de Endemias Rurales, y entonces se pudo constituir allí un grupo de trabajo especial destinado exclusivamente a la erradicación de la malaria, satisfaciendo de este modo el requisito exigido por la Oficina y la ICA.

El decreto que creaba este organismo especial, se dictó en febrero de este año y después fue suscrito el convenio con el Gobierno de los Estados Unidos, por mediación de la ICA, con la ayuda de la Oficina Sanitaria Panamericana. Por tanto, ha sido en el transcurso de este año 1958 cuando se ha constituido este organismo y se han trazado todos los planes para que se pudiera ini-

ciar la gran campaña de erradicación de la malaria.

Nosotros no podemos considerarnos totalmente libres de la malaria. Tenemos vastas zonas que están controladas y cuando en algunas de ellas surgen pequeños brotes epidémicos, pueden ser combatidos rápidamente. Pero en toda la zona de las selvas amazónicas, con sus poblaciones tan dispersas, que viven en pequeñas habitaciones, prácticamente a orillas de los ríos—esta zona es esencialmente fluvial—toda medida combativa contra los mosquitos resulta imposible porque las habitaciones no tienen paredes adecuadas para el empleo del DDT. No es fácil aplicar de modo general las medidas usuales, por lo que fue necesario estudiar y dividir el Brasil en distintas zonas para poder ejecutar un programa de acción que va extendiéndose paulatinamente a todas estas zonas.

En el mapa incluido en el informe que hemos presentado, podrá verse que hemos dividido el Brasil en seis zonas: la primera, la región amazónica; la segunda, el Estado de Maraón, en el noroeste; la tercera, en el nordeste; la cuarta, la zona del oeste; la quinta, la zona del sur, y por último la sexta, la zona del Brasil central. Una vez hecha esta división era indispensable saber cómo se podría llevar a la práctica la campaña. Establecimos dos convenios; primero uno, en virtud del cual atribuíamos a esta organización la dirección nacional de la campaña de erradicación de la malaria. Este convenio fue firmado con los representantes de la Oficina Sanitaria Panamericana y también con los de la ICA.

Después, el Estado de São Paulo, que tiene un servicio para combatir la malaria y que lo mantiene en condiciones muy satisfactorias, quiso tomar parte en esta campaña, de modo que tuvimos entonces que asociar este servicio a la acción del grupo central que estaba constituido dentro del Departamento Nacional de Endemias Rurales. Se firmó entonces un acuerdo, no con la ICA, sino con la Oficina Sanitaria Panamericana, con la ayuda del Ministerio, y las unidades sanitarias de São Paulo quedaron subordinadas a la organización y al plan de campaña que había sido preparado por el grupo de trabajo, que es el organismo máximo, el organismo nacional encargado de la erradicación.

Por tanto, no fue posible comenzar antes del año 1958 los trabajos que se pueden considerar como la fase preparatoria. Estos trabajos se ini-

ciarán dentro de muy poco tiempo. Las zonas 2 y 6 entrarán también en la fase preparatoria en 1959, y la zona 4 en 1960. Una vez transcurrida esta primera fase preparatoria y las de las zonas 1, 3 y 5, en el año próximo, pasaremos a la fase de ataque propiamente dicha. En 1960 esta fase de ataque se extenderá a las zonas 1, 3, 5, 2 y 6. Prevemos, por lo tanto, que este ataque se prolongue hasta 1964 y de 1965 a 1967. Entonces entraremos en la fase propiamente de vigilancia de todas estas zonas en que fue dividido el país. No podemos, como habríamos deseado, fijar un plazo para la erradicación de la malaria, dada la gran extensión de nuestro territorio y las condiciones tan distintas que prevalecen en cada una de las zonas en que se divide el país, y por lo tanto, no podríamos comprometernos a una erradicación dentro de un plazo de 4 o 5 años, sino que extendemos este plazo a cerca de 10 años.

Estamos preparando el personal en el centro de adiestramiento de México y en el centro de São Paulo porque, conforme a lo indicado por el Dr. Alvarado, se trata de dos centros que efectivamente constituyen verdaderas escuelas en las que es posible preparar un personal capacitado para el trabajo de campo en esta labor de erradicación. En las zonas del Amazonas, es decir, en toda esta área que está llena de selvas y de bosques impenetrables, bosques vírgenes que cubren un área sumamente vasta, pensamos que, de acuerdo con la Oficina Sanitaria Panamericana, podríamos tratar de efectuar la erradicación de acuerdo con el método Pinotti, aceptado internacionalmente, esto es, empleando en el hombre la sal cloroquinada.

En cuanto a las otras zonas en que se dividió el país, se harán experimentos con los insecticidas de acción residual. No parece que sea difícil, o por lo menos no será imposible, que podamos adoptar el método insecticida en estas otras zonas, porque hasta ahora en el Brasil no se ha observado ninguna resistencia de los mosquitos a los insecticidas. Las especies han sido examinadas y se mantienen todavía en condiciones de no inmunidad contra el DDT. Se ha notado sólo una modificación en sus costumbres, pues esos mosquitos cuando vienen del exterior ya no se dejan engañar ni se posan en las paredes, sino que van directamente a picar al hombre porque saben que si se detienen en las paredes rociadas con DDT van a perecer. Ese es el único hecho que se pudo

observar como modificación de la conducta de estos mosquitos transmisores de la malaria.

Frente a esta acción de los insecticidas de acción residual, el Brasil consagra a este problema un esfuerzo considerable. Lamentamos que las circunstancias nos hayan impedido prestar una colaboración más temprana pero, en realidad, en la lucha contra el *Aedes aegypti*, nuestros técnicos ya mostraron su capacidad y la tenacidad con que pueden proceder. Estamos convencidos de que una vez iniciada la fase de ataque el año próximo, podremos realmente entrar en la ejecución del plan trazado para las distintas fases de ataque y, por último, en la fase de vigilancia y en el año 1967 podremos conseguir la erradicación de la malaria en el Brasil.

Estos son los datos que tengo el agrado de presentar, lamentando que sean sólo promesas y no realidades concretas; pero esto se debe a circunstancias que escapan completamente a nuestra decisión y que derivan de las transformaciones que ha sufrido en el Brasil el Servicio Nacional Antimalárico.

El PRESIDENTE: Voy a rogar al Dr. Jiménez Arango que se haga cargo de la Presidencia y la siga ocupando durante la sesión de esta tarde.

El Dr. Jiménez Arango (Colombia) pasa a ocupar la Presidencia.

El PRESIDENTE: El Delegado de México tiene la palabra.

Informe del Delegado de México

El Dr. DÍAZ COLLER (México): No quiero repetir algunas de las cosas que ya dijo el Dr. Alvarado, y me limitaré a indicar que el Gobierno de México desea manifestar la satisfacción que tiene por la ayuda prestada a su programa de erradicación del paludismo por la Organización Sanitaria Panamericana y por el UNICEF, y agradece cumplidamente esta ayuda que le permitirá anunciar oportunamente la total consecución de los objetivos del programa.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Venezuela.

Informe del Delegado de Venezuela

El Dr. BERTI (Venezuela): Antes de hacer algunos comentarios al informe, deseo expresar mi calurosa felicitación a la Oficina Sanitaria Pana-

mericana y principalmente al Dr. Alvarado por su magnífico informe.

Lo que voy a decir debe tomarse más bien como comentario que como observaciones a dicho informe que, como ya dije, considero de alta calidad y utilidad.

En la introducción, el documento se refiere a dos hechos de gran importancia en la historia internacional de la erradicación de la malaria: a la resolución adoptada en la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Ciudad Trujillo, en 1950, y a la resolución tomada más tarde en la XIV Conferencia, que tuvo lugar en Santiago de Chile, en 1954. Comprendo que, como muy bien expresó el Dr. Soper, en este informe no se dé información detallada acerca de trabajos en los países, individualmente; pero nosotros, los que representamos a esos países, sí creo que tenemos el deber de hacer algunas adiciones para completar la historia de la lucha antimalárica y particularmente de esta etapa tan interesante de erradicación que ahora estamos viviendo.

Si observamos el cuadro 1 de dicho informe, vemos que Venezuela empezó su período de conversión en 1945 y lo terminó en 1950 y, por consiguiente, en ese mismo año de 1950 empezó el período de cobertura total. Cito esta fecha de 1950 para relacionarla con la de la reunión de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, en el mismo año, en Ciudad Trujillo, en donde se adoptó la primera resolución.

Luego, la segunda fecha a que hace referencia el informe, es la ya mencionada de 1954, y debo manifestar aquí que en un Congreso de Medicina Nacional que se celebró en Caracas, en 1954, el Dr. Gabaldón y quien les habla, presentaron un trabajo que hoy figura en la Memoria ya publicada de ese Congreso y en el que Venezuela informaba haber erradicado la malaria en un área de 180.000 Km², de acuerdo con el criterio adoptado al efecto, es decir, el transcurso de tres años sin que en una búsqueda intensiva se hubiera encontrado ningún caso indígena primario.

En ese mismo año y durante la XIV Conferencia, el Dr. Gabaldón hizo igual anuncio, según consta en las actas de la Conferencia¹. En esta oportunidad, nuevamente el Dr. Gabaldón anunció la erradicación de la malaria en 180.000 Km² en Venezuela. Esto en lo que se refiere al aspecto histórico del problema.

Ahora quiero comentar otros aspectos: voy a referirme al cuadro 3. En ese cuadro figuran varios países y regiones afortunados que ya han erradicado su malaria: Chile, Estados Unidos de América, Barbada, Martinica y Puerto Rico. Como los dos grandes países continentales que aparecen con malaria erradicada son precisamente Chile y Estados Unidos de América, que están fuera de los trópicos, y como las otras áreas donde la malaria ha sido erradicada son áreas insulares, pudieran los colegas de países tropicales abrigar alguna reserva, principalmente después de las dificultades que se han mencionado sobre la posibilidad de alcanzar el objetivo final de la erradicación. Con el objeto, pues, de incrementar más aún si cabe la fe que todos nosotros, los representantes y trabajadores sanitarios de países tropicales, debemos siempre estimular, me permito hacer alguna referencia a detalles relativos al problema en Venezuela y a la forma como hemos hecho allá el trabajo de erradicación.

Venezuela ofrecía, antes de la campaña, el siguiente cuadro o situación malárica: el país tiene una extensión de 900.000 Km². Dos tercios de ese territorio, o sea, 600.000 Km², eran zona malárica. En esta misma época, la población era de cuatro millones y medio de habitantes y se estimaba el número de casos de malaria en un millón. Es decir, que del 20 al 25% de su población gemía bajo el flagelo malárico. El número de muertes se estimaba en 7.000. Si hablamos en términos de tasas, la tasa media de mortalidad era de 164 por 100.000 habitantes. En algunos Estados, esa tasa subía hasta 1.000 por 100.000. Las tasas de natalidad eran, por supuesto, más bajas en las zonas maláricas que en las libres de la enfermedad y frecuentemente los índices vitales eran negativos.

Durante las tres primeras décadas de este siglo, los índices vitales eran negativos en toda la región de los llanos venezolanos, con una extensión de 300.000 Km². Las pérdidas se estimaban en el 15% del ingreso nacional para esa época; lo cual traducido a dólares, representaba alrededor de \$70.000.000 anuales.

Por otra parte, Venezuela, por su condición de país extremadamente tropical, era, como quien dice, la encrucijada de los anofelinos de América, a tal punto que en nuestro país se encuentran casi todos los vectores de las Américas. Tenemos 30 especies de anofelinos, dentro de las cuales seis son vectores y varias lo son también en otras

¹Documento Oficial de la OSPA 14, 368.

partes de América. Tenemos entre ellas el *Anopheles darlingi*, *A. albimanus*, *A. albitarsis*, *A. aquasalis*, y *A. núñez-tovari*.

Era, pues, sin duda, la malaria el problema capital de Venezuela, como problema sanitario, y por otra parte, de gran importancia económico-social. Pero, a pesar de lo que pudiera interesar a ustedes conocer los resultados ya expuestos, me parece que quizás estén más interesados en conocer lo que pasa en la zona donde todavía no se ha erradicado la enfermedad.

Naturalmente que estas realizaciones a que me he referido las hacemos sin ningún espíritu de presunción, y solamente, como ya lo expresamos, con la idea de estimular aún más, si cabe, el optimismo que debemos tener todos los colegas que trabajamos en la erradicación de la malaria en los países tropicales.

De los 542 municipios inicialmente maláricos, todavía existen en Venezuela 76 municipios infectados en un área de 190.000 Km², como puede verse en el cuadro 4. En ese cuadro aparece Venezuela con un área erradicada, con tres o más años sin casos autóctonos, de 372.000 Km². Si la comparamos con el área total que figura en ese mismo cuadro—407.744 Km²—vemos que el 90% de ese territorio de malaria erradicada corresponde a Venezuela. En ese territorio hay 3.065.000 habitantes. Además, en dicho cuadro figura un área bajo vigilancia, de 36.464 Km².

Quiero referirme ahora al cuadro 19 sobre el descubrimiento de casos en los programas de erradicación en las Américas en 1957. Si se suma el total de casos positivos en las tres áreas, se observa que Venezuela registró, en dicho año, 899 casos contra el millón que existía antes de la campaña.

El número de muertes, como dijo el Dr. Alvarado, no aparece en este informe; pero en el *Resumen de los Informes Cuadriales sobre las condiciones sanitarias en las Américas (Publicación Científica No. 40)* figuran doce muertes en el año 1956, contra las 7.000 que se estimaban antes de la campaña.

La persistencia de malaria residual en los municipios infectados podemos atribuirla, resumiendo brevemente, a los tres factores siguientes:

Un factor, principalmente de tipo antropológico, que cubre el 83% del territorio todavía infectado, la zona más despoblada del país. Esto se refiere al problema de las tribus nómadas.

Existen tribus indígenas que mudan constantemente de lugar, y el problema consiste en la dificultad de seguirles la pista.

Otro aspecto es el de las casas nuevas que se construyen en los períodos que median entre los rociamientos. Y hay otro aspecto a considerar que es el hecho de que no bastaran los dos rociamientos anuales proyectados, porque se ha venido a descubrir, a lo largo del trabajo, que en Venezuela existe transmisión después de los cinco meses de rociamiento en el área a que me refiero, cuyos principales vectores son el *A. darlingi* y el *A. albimanus*.

Una segunda área que constituye problema, y que es muy pequeña, puesto que apenas representa el uno por ciento del territorio infectado, con el 4% de la población que vive en el mismo territorio, tiene *A. aquasalis*. Estos anofelinos, además de ser picadores y reposadores intradomésticos, son picadores y reposadores extradomésticos. De ahí que el insecticida aplicado intradomiciliariamente no haya dado los resultados esperados. Es decir, hubo una gran reducción de la malaria pero atribuible al efecto del insecticida en contra de los picadores y reposadores intradomésticos, y quedó una malaria residual atribuible a los mismos anofelinos que son reposadores y picadores extradomésticos.

Existe otro problema en el oeste del país, zona que abarca el 34% del área malárica todavía infectada y el 15% de la población que vive en la misma área. Es la zona de acción del *A. núñez-tovari*. Este mosquito presenta los mismos hábitos que el *A. aquasalis*, pero es el más lábil. En zonas no selváticas, es decir, en potreros y en zonas agrícolas, responde bien a los insecticidas. En zonas selváticas o de ciertos tipos de vegetación, como bananas, etc., parece que la selva y esas condiciones forman un microclima que lo hace escapar a la acción del insecticida aplicado intradomiciliariamente.

Ahora, ¿qué estamos haciendo para enfrentarnos con estos problemas? Con respecto al primero, es decir, al problema de que no bastaran los dos rociamientos anuales, redujimos el ciclo a tres o cuatro meses. Con respecto al problema de las tribus nómadas, se hace una búsqueda intensiva; por medio de baqueanos, indios pertenecientes a las mismas tribus, y también por medio de avionetas, se investigan sus nuevas ubicaciones. El uso de avionetas apenas se ha ensayado, aunque consideramos que es un problema típico

en que el método Pinotti puede tener una aplicación de gran utilidad. Por tanto, estamos estudiando la introducción del método de sal cloroquinada, como lo aconseja Pinotti, porque creemos que las condiciones son las mismas que las de la zona amazónica del Brasil.

Ahora, con respecto al problema del *A. aquasalis*, allí hemos tenido necesidad de implantar la administración de drogas. Durante el año pasado se aplicó un programa de administración semanal de pirimetamina durante seis meses a toda la población, que es muy reducida. Actualmente, a las seis semanas de haberse suspendido el tratamiento de pirimetamina, han ocurrido en esta área algunas recaídas. Para los casos que aún se presentan, y para esas recaídas, administramos una cura completa de primoquina durante 14 días.

En una parte de este mismo foco de *A. aquasalis*, aprovechando circunstancias topográficas favorables, se hizo el suministro de keroseno por una fábrica de cemento interesada. Tuvimos que hacer, como decimos los ingenieros, una regresiva al uso del keroseno como larvicida, y después de aplicarlo durante algún tiempo, se eliminó la transmisión. Naturalmente que no podemos hablar de erradicación porque no se han cumplido todavía los tres años. El resto de la región, por supuesto, continúa bajo el régimen terapéutico de tratamiento con drogas.

Finalmente, tenemos la zona occidental donde el *A. núñez-tovari* es el vector. Allí, desde hace tiempo, además del rociamiento semestral o trimestral en alguna parte, hemos usado la llamada reserva familiar de cloroquina. Es decir, que un visitador rural recorre cada dos o tres meses ciertos caseríos, y deja cloroquina. También allí se administró pirimetamina, semanalmente durante seis meses, en la misma forma que en la zona o el foco de *A. aquasalis*.

Quiero también referirme al párrafo del informe en que el Dr. Alvarado habla de la gran importancia de los evaluadores. Nosotros utilizamos los servicios de los evaluadores desde el comienzo de la campaña, aun antes de aplicar insecticidas, y los llamamos visitadores rurales. Se ocupan en tomar láminas, capturar anofelinos, administrar tratamientos, supervisar a los individuos que distribuyen las drogas, por lo que resultan sumamente útiles y necesarios en todas las fases de los programas de erradicación. Nosotros

atribuimos a este tipo de empleado una importancia extraordinaria.

En cuanto a lo que se indica en el informe respecto al uso de insecticidas, diré que en Venezuela hemos venido usando los mismos insecticidas, sólo que en el caso del dieldrín lo aplicamos cada seis meses y a razón de un gramo por metro cuadrado, en lugar de 0.6 gramos. Debemos también informar que en las zonas donde solamente tenemos el problema de la malaria, seguimos empleando el DDT, y usamos el dieldrín en zonas donde también existen triatomas o *Aedes aegypti*.

Me referiré ahora a la parte del informe relacionada con el cuadro 19, o sea al aspecto parasitológico. En el área de la cual se erradicó la malaria se produjeron 83 casos que no ensucian el área. Existen 8 casos de *Plasmodium malariae*, es decir, el 10% de *P. malariae*, en la zona donde la malaria se ha erradicado. En áreas de malaria no erradicada, pero rociadas regularmente, de 751 casos en total, solamente 4 fueron de *P. malariae*, apenas el 0,5%.

Esto indica que el aumento de proporción del *P. malariae* o, digámoslo así, el cambio de la fórmula parasitaria que realiza ese aumento, es indicativo de la erradicación, ya que, como es sabido, el *P. malariae* es el que tiene una vida más larga entre los tres *plasmodiums* de importancia epidemiológica.

Me quería referir también a los cursos internacionales sobre malaria que desde hace 15 años viene ofreciendo el Gobierno de Venezuela, en la sede de la División de Malariología del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, en Maracay. En los 15 años en que se han dado estos cursos, han egresado trescientos especialistas entre médicos, ingenieros y otros profesionales. Estos cursos los continuamos dando anualmente y el Gobierno de Venezuela ofrece 25 becas, que pone a disposición de la Oficina Sanitaria Panamericana, para que las distribuya de acuerdo con las necesidades. Aprovecho la ocasión para informar que, oportunamente, la Oficina Sanitaria Panamericana hará las ofertas de dichas becas.

Como ustedes ven, el Dr. Alvarado, en su informe, tiene un buen concepto de lo que es la Escuela de Malariología de Maracay, aunque parece que últimamente ese concepto ha disminuido de nivel, a juzgar por lo que le manifestó al profesor Medeiros, cuando le dijo que los centros médicos del Brasil y México son los úni-

cos considerados convenientes para el adiestramiento de personal.

El PRESIDENTE: El Delegado de Colombia tiene la palabra.

Informe del Delegado de Colombia

El Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia): La malaria ha constituido en Colombia un problema sanitario, económico y social de primer orden; por esta razón mi país, haciendo un gran esfuerzo, ha emprendido la obra de erradicación de tal enfermedad. La malaria ocupó en un pasado reciente el primer puesto entre las causas de morbilidad y el séptimo como causa de muerte. El promedio anual de casos notificados en los últimos cinco años es de 76.596. Y a pesar de que durante buen número de años se ha ejercido una campaña de control, todavía el número de notificaciones en el último año fue de 76.596 y el de muertes de 1.572.

De la superficie del territorio colombiano, de 1.138.338 Km², el 90,2% es zona palúdica, porque en todo el suelo colombiano, desde cero a 1.600 metros de altura sobre el nivel del mar, existen condiciones favorables para el desarrollo de la enfermedad, que está presente en 515 de los 832 municipios del país.

El cálculo actual de la población colombiana es aproximadamente de trece millones de habitantes, de los cuales el 72% está expuesto al paludismo.

El daño económico calculado en los últimos años es de unos 57.390.000 pesos de pérdidas anuales causadas por la enfermedad, pues Colombia es lugar muy propicio para el desarrollo de las especies anofelinas de la región neotropical. De las 66 especies existentes en dicha zona, 34 viven en nuestro territorio, es decir, un 52% de esa población anofelina; y nueve especies de los subgéneros *Nyssorhynchus* y *Kerteszia* son vectores. Y hay transmisores en las tierras bajas, como el *A. darlingi*, y otros en las laderas de clima medio de los valles interandinos, como el *A. pseudopunctipennis*.

Estas han sido las razones de que se haya emprendido el trabajo de erradicación. Y puedo informar a la Conferencia que el reconocimiento geográfico en las 20 zonas en que se ha dividido el territorio para el ataque frontal, está ya terminado, a excepción de unas zonas selváticas, de población muy escasa, hacia el oriente, en la

comarca de las grandes selvas, pero que se irá haciendo a medida que se emprenda el rociamiento, que se iniciará el lunes 29 de septiembre próximo.

Quiero dar las gracias a las entidades que están cooperando en esta obra en Colombia. Son el UNICEF, que colabora con \$2.800.000 para los años que, según los cálculos actuales, durará la erradicación; la Administración de Cooperación Internacional de los Estados Unidos (ICA), con \$500.000, y la Organización Sanitaria Panamericana, que está suministrando cinco asesores técnicos y drogas antimaláricas calculadas en un valor de 1.800.000 pesos colombianos y becas para adiestramiento del personal.

Debo agradecer también en esta oportunidad a los Gobiernos hermanos de Venezuela y de México, por la cooperación que han prestado en el importante trabajo de adiestramiento de personal, y felicitar a la Oficina Sanitaria Panamericana y al Dr. Alvarado por el espléndido informe sobre la malaria.

El PRESIDENTE: Como es posible que no todos los delegados deseen tomar parte en el tema que se está discutiendo, solicito a quienes quieran informar sobre erradicación de la malaria que se sirvan levantar la mano; la Secretaría tomará nota y se les concederá el uso de la palabra por orden de precedencia. Tiene la palabra el Delegado de Costa Rica.

Informe del Delegado de Costa Rica

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): El primer año de cobertura total, iniciado el 15 de julio de 1957, se terminó felizmente el 8 de agosto pasado; el rociamiento se hizo con DDT. Costa Rica no ha usado nunca dieldrín en sus programas.

En el desarrollo del programa hemos tropezado con problemas de tipo administrativo que han sido solucionados. Repito lo que mencioné en otra reunión, o sea, que consideramos que el principio de toda buena campaña es la organización administrativa perfecta. No se admite una organización administrativa mediana; tiene que ser perfecta.

En el curso del desarrollo del programa ha mejorado la notificación de casos con verificación de laboratorio. El uso de colaboradores voluntarios ha resultado de gran importancia para el programa.

Con referencia a la educación sanitaria, Costa Rica no usa el nombre "Educación sanitaria" en la acepción clásica, pues no habría tiempo de cambiar el modo de pensar de la gente durante los años de ejecución del programa; llamamos a este servicio "de información al público". Gran parte del éxito debe buscarse en una información continua al público.

En el desarrollo del programa, Costa Rica ha creído indispensable una coordinación con los países limítrofes. Al efecto, es muy posible que sepan ustedes que en la III Reunión de Ministros de Salubridad de Centro América y Panamá, celebrada en San José, Costa Rica, del 28 de febrero al 4 de marzo del presente año, se adoptaron recomendaciones que fueron reproducidas en el boletín bimestral *Erradicación de la Malaria*, de la Oficina Sanitaria Panamericana, que circula ampliamente por todos los países. Esas recomendaciones comprenden facilidades de tránsito fronterizo para el personal de los SNEM, intercambio de información sobre las operaciones de rociado y de evaluación epidemiológica de las zonas fronterizas, coordinación de los programas y reuniones fronterizas de funcionarios de los SNEM.

Antes de terminar esta breve exposición, el Gobierno de Costa Rica agradece al UNICEF y a la OSP/OMS la colaboración prestada, en este último caso a través de un excelente asesor enviado a nuestro país. Además, mi Gobierno hace extensivo su agradecimiento a aquellos países que, como México y Venezuela, facilitan el adiestramiento de su personal.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Ecuador.

Informe del Delegado del Ecuador

El Dr. RAMÍREZ (Ecuador): Una novedad de bastante magnitud en mi país es que al convenio tripartito entre el Gobierno del Ecuador, la OSP/OMS y el UNICEF, hay que añadir el apoyo pecuniario del fondo especial de la ICA, que se ha hecho realidad este año y, por lo tanto, ha habido que modificar el convenio de erradicación de la malaria en el sentido de incluir a este nuevo organismo que coopera en el programa de erradicación.

Un aspecto que quisiera subrayar es el que indicó el Dr. Alvarado esta mañana, respecto al presupuesto de la malaria, que en el Ecuador

representa el 27% del presupuesto total de sanidad.

En cuanto a la marcha de la campaña, se ha terminado totalmente la primera cobertura y se ha comenzado el segundo ciclo de rociamiento. También ha empezado la evaluación.

Aparte del agradecimiento por el apoyo total del programa a los organismos que cooperan en él, hemos de destacar una situación especial que se ha presentado desde el año pasado en que se verificó una primera evaluación del trabajo, o valorización, como dicen los malariólogos mexicanos, hecha por todos los organismos que contribuyen al éxito de esta campaña y que dio por resultado la apreciación de deficiencias administrativas que inmediatamente entraron en vías de solución.

Las deficiencias que existen en toda campaña de gran magnitud no son de despreciar. Nosotros no estamos en el grupo de los pesimistas, pero sí creemos que no debemos ser optimistas en grado sumo, porque además de las deficiencias administrativas, conocemos otras de carácter técnico que debemos tener muy en cuenta para prever y evitar con tiempo que las campañas se prolonguen y se produzca la resistencia de los anofelinos, lo que convertiría de nuevo nuestra campaña de erradicación en una campaña de control, con la agravante de que la campaña de control no acabaría jamás con los anofelinos. Hay un aspecto que quizás el Delegado de Costa Rica quiso hacer notar en una forma especial al decir que en su país no se efectúan rociamientos con dieldrín.

En mi país, por economía, y de acuerdo con los organismos internacionales, se está rociando con DDT y también con dieldrín, y se piensa, especialmente desde este año, en hacer rociamientos casi exclusivamente con dieldrín, ya que entonces el rociamiento se efectuaría una vez al año. Este procedimiento sería más aceptable económicamente, sobre todo para tratar los lugares apartados y casi inaccesibles. Sin embargo, quisiera oír la opinión de los distinguidos Directores de la Oficina de Erradicación de la Malaria de la OSP acerca de la posibilidad de la resistencia mayor de los anofelinos al dieldrín, porque nosotros tenemos un gran "stock" de este insecticida de acción residual.

La falta de educación sanitaria, además de las deficiencias administrativas, han dificultado mucho nuestro programa. Los renuentes a dejar rociar sus domicilios, especialmente en las clases

elevadas o conectadas con los altos círculos, están impidiendo el rociamiento de un cierto número de casas que significan ya una proporción que no puedo recordar exactamente en este momento, pero que conduciría a fallas bastante notables. Estamos tomando las medidas adecuadas. Creemos que la sanidad no debe ser punitiva, sino convincente, pero en último caso, haremos lo que los códigos y la legislación prescriben.

Además de los aspectos de resistencia al insecticida, hemos de señalar que en nuestro país se están estudiando los hábitos especiales de las diversas variedades de anofelinos, porque los malariólogos opinan que posiblemente también en él haya mosquitos que pican fuera de los domicilios y no tienen costumbres de vida nocturna.

En los demás aspectos, creo que la campaña marcha en forma eficiente. Los directores que tuvo la actual campaña han pasado a otros organismos, pero estamos trabajando con renovado entusiasmo con nuevos directores de la erradicación de la malaria.

EL PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Perú.

Informe del Delegado del Perú

El Dr. Muñoz (Perú): El informe presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en relación a la erradicación de la malaria, ofrece a nuestro juicio algunos hechos sugestivos que deben tenerse muy en cuenta.

En primer lugar, revela que la mayor parte de los Países Miembros de la Organización han dado cumplimiento al acuerdo adoptado en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Santiago de Chile. Esto demuestra que los Gobiernos de esos países están dispuestos a cumplir los acuerdos sanitarios y significa un paso importante y decisivo para el progreso de la sanidad en América. Es un hecho que debe destacarse porque revela la justa comprensión de los poderes del Estado, que se han visto obligados a invertir sumas cuantiosas para dar cumplimiento a estos programas; este hecho, además, ha dado posibilidades insospechadas para nuevos programas de otro tipo, de alcance continental.

En segundo lugar, la Oficina Sanitaria Panamericana ha presentado un plan técnico debidamente concebido. Su Director, el Dr. Soper, es digno del mayor aplauso y la mayor estimación

porque ha sabido despertar el interés de todos los países por conseguir los recursos suficientes y la organización conveniente para llevar a efecto estos programas. El programa técnico de la Oficina en este aspecto también merece ponerse de relieve.

En tercer lugar, se ha demostrado igualmente que cuando hay un propósito bien encaminado, es posible conseguir ayuda económica suficiente, y en este aspecto debe señalarse, como ya lo han hecho los oradores que me han precedido en el uso de la palabra, la colaboración del UNICEF, que ha empleado una cuantiosa parte de sus recursos en ayudar a este programa, e igualmente el Gobierno de Estados Unidos de América, que ha contribuido en forma apreciable a atender los gastos de esta campaña. Finalmente, tenemos que señalar que en los diversos países de América, en unos más que en otros, el público ha recibido con verdadera complacencia la realización del programa, quizás en unas localidades mejor que en otras, debido a que en estas últimas la incidencia de malaria no era de tanta importancia, pero el público en general ha comprendido la magnitud y la trascendencia de un programa de carácter continental.

Esto nos revela el futuro prometedor de los programas de alcance continental, que como el de la malaria, significan que todos los países hacen esfuerzos convergentes dirigidos a una lucha común que ennoblece los sentimientos de los pueblos, y crea verdaderos vínculos de fraternidad, como hemos visto en los casos de México y Venezuela que han dado su ayuda sin restricciones para el adiestramiento de personal principal.

No quisiera entrar sino en detalles muy ligeros del plan ejecutado en el Perú, y citaré muy pocas cifras.

En el año 1947 tuvimos 51.000 casos de malaria; en 1957, 8.721. Queremos señalar algo a que ha hecho referencia el Delegado del Ecuador: la resistencia de algunos dueños de casas a permitir el rociamiento de éstas varía según las zonas. Hemos encontrado que una de las formas más eficaces de obtener la colaboración consiste en utilizar los servicios sanitarios locales; los servicios nacionales de erradicación de la malaria han podido disminuir así, en forma notable, la resistencia de los dueños de los domicilios. De esta suerte, mientras en algunas zonas del país el 18,5% de los domicilios no han sido rociados, en otras zonas ese

porcentaje ha sido sólo el 5,1. Esto demuestra que cuando ha sido bien preparada la comunidad y cuando han intervenido en forma decidida los servicios sanitarios locales, se ha podido conseguir mayor colaboración.

En nuestro país se ha efectuado, hasta este momento, el rociamiento en dos zonas: en la zona occidental se han rociado hasta 6.687 localidades con un total de 360.000 casas y con 1.809.000 residentes protegidos; se han empleado 152.000 kilos de DDT y 9.360 kilos de dieldrín. Debemos insistir en que en algunas zonas hemos empleado dieldrín porque no solamente da protección contra el anofeles, sino que también permite luchar contra el triatoma, agente y transmisor de la enfermedad de Chagas. En la zona sur, en la cual se ha comprobado la presencia de triatomas, se ha empleado dieldrín.

Finalmente, para concretar mucho de lo dicho en esta ocasión, voy a resumir en una moción los principales acuerdos que, a nuestro juicio, podría adoptar esta reunión. En este sentido propongo que se felicite al Director de la Oficina por el informe presentado, expresando la satisfacción de la Conferencia por la diligente labor llevada a cabo por el personal técnico; que se testimonie el profundo reconocimiento por la ayuda prestada por el UNICEF, reiterando el deseo de que esta cooperación continúe hasta lograr la erradicación total de la malaria en las Américas; que se exprese el agradecimiento de la Conferencia a los Gobiernos que han efectuado aportaciones voluntarias al Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria; que se reconozca la importancia de la colaboración internacional para el éxito del programa, así como de la participación del Programa de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas; que se testimonie el agradecimiento de la Conferencia al Brasil, México, Venezuela, Guatemala y Jamaica por su eficaz cooperación en el adiestramiento del personal dedicado a la campaña; y finalmente, que se recomiende a los Gobiernos Miembros que prosigan los programas de erradicación de acuerdo con los planes técnicos trazados y establezcan la mayor coordinación para el desarrollo de sus campañas en las zonas fronterizas.

El PRESIDENTE: La proposición que ha presentado el Delegado del Perú será puesta a consideración de este Pleno una vez terminen sus informes los delegados que quieran hacer uso de la palabra. Tiene la palabra el Delegado del Paraguay.

Informe del Delegado del Paraguay

El Dr. PEÑA (Paraguay): Las informaciones detalladas sobre la campaña de erradicación del paludismo en el Paraguay se encuentran en el informe correspondiente que ha presentado la Oficina Sanitaria Panamericana, de manera que no voy a entrar en detalles. Solamente quisiera poner de relieve algunas informaciones que quizás sean de importancia.

El primer ciclo de rociamiento se cerrará el 15 de octubre próximo, quince días antes de la fecha establecida en el calendario de operaciones. Se ha cubierto totalmente la "barrera estratégica" fronteriza con el Brasil, y en la fecha de esta información se está concluyendo la correspondiente a la Argentina.

Hasta el 31 de agosto se habían rociado 107.683 casas. Del total de 126.000 casas que figuran en el plan, quedarían solamente 19.219 casas. Sin embargo, ha habido un aumento en el número de casas al actualizarse los censos anteriores. Este aumento se estima en 9.000.

Las operaciones de epidemiología y evaluación siguen a ritmo acelerado en su organización y funcionamiento. Hasta el 31 de agosto se habían examinado 9.167 láminas, resultando positivas 431. Desde el mes de enero no se ha encontrado un solo caso de *Plasmodium falciparum*.

El reclutamiento de colaboradores y su adiestramiento está funcionando correctamente. El 31 de agosto se contaba con 552 colaboradores voluntarios, entre los cuales no se incluyen notificantes oficiales o médicos particulares. Se dispone de un total de 745 fuentes de información.

Los laboratorios han sido distribuidos en el país y están trabajando intensamente en el examen de muestras.

Se está terminando la investigación epidemiológica en el Chaco y en algunas áreas de la región oriental. Los resultados finales serán comunicados oportunamente.

La administración del programa ha tomado todas las medidas necesarias para el mantenimiento de los vehículos. El único problema que existe es la relación entre la potencia y la solidez de los vehículos y el esfuerzo que se les exige en el campo. Con la cooperación de la ICA, para fines de año estará terminado un taller de reparación de los vehículos en campaña. Se están recibiendo repuestos del UNICEF.

Los fondos se reciben regularmente y la cam-

pañá no ha sufrido interrupción alguna por esta causa.

Para terminar, solamente quiero expresar el agradecimiento más ferviente de mi país por la valiosa cooperación y ayuda, tanto técnica como financiera, que hemos recibido de las organizaciones internacionales. En primer plano, naturalmente, está la Oficina Sanitaria Panamericana. También el UNICEF por su importante contribución financiera, que hace posible esta campaña. Y, por último, la ICA, que ha solucionado un problema serio que teníamos, o sea, mantener en buen estado de funcionamiento los numerosos vehículos que se usan, para lo cual nos hacía falta un taller propio.

Quiero hacer resaltar finalmente que sin esta colaboración internacional hubiera sido absolutamente imposible llevar adelante la campaña. Quizás esto sea la prueba más evidente de lo que puede conseguirse con la colaboración internacional.

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

Informe del Delegado del Reino Unido

El Dr. KELLETT (Reino Unido) (*traducción del inglés*): Los territorios británicos del Caribe están formados por unidades muy dispersas y de extensión variable. Debo señalar que, desde la última Conferencia, 10 de ellos formaron la Federación de las Indias Occidentales Británicas, cuya capital provisional es Puerto España, Trinidad. A fines de 1957, la población de los territorios británicos del Caribe era aproximadamente de 4.000.000 de habitantes, incluyendo la Guayana Británica y Belice.

En los territorios británicos del Caribe hay multitud de credos, razas y tendencias políticas, y todos estos factores hacen que el problema de la erradicación de la malaria sea complejo. Los territorios dispersos tienen vectores diferentes, siendo los más importantes el *A. darlingi*, *A. aquasalis*, *A. albimanus* y *A. bellator*. Los diversos grupos raciales tienden a influir en la clase de parásito hallada.

De hecho, todos los territorios han tenido algún programa de control de malaria en el pasado. Aquellos en que persistió la enfermedad, lo han convertido en programas de erradicación.

San Vicente, San Cristóbal, Montserrat, Bar-

bada y Antigua están libres de malaria. En 1953 y 1955 se notificaron sendos casos de malaria en Antigua, pero ambos eran importados.

Guayana Británica tenía un área malárica de 83.000 millas cuadradas, con una población de 480.000 habitantes. Más del 90% de la población habita en una franja costera de sólo 1.900 millas cuadradas de superficie; gracias a que el vector *A. darlingi* es una especie doméstica en la Guayana Británica se ha logrado la erradicación en este sector y se ha suspendido el rociamiento de acción residual. Otra zona interior de 7.600 millas cuadradas, con una población de 34.000 habitantes, se rocía regularmente. El resto de la Guayana Británica, con una superficie de 74.500 millas cuadradas, sólo tiene 3.000 habitantes y no se han efectuado allí rociamientos de acción residual.

Las zonas en que se ha logrado la erradicación y aquellas que son rociadas, han tenido un sistema de vigilancia durante varios años. En 1957 se notificaron dos casos de malaria en la zona libre de la enfermedad, uno de *Plasmodium falciparum* y otro de *P. vivax*: uno era importado, y se desconoce el origen del otro. En la zona rociada se encontró un solo *P. vivax*. Es difícil evaluar la situación malárica de la Guayana Británica. La franja costera y la zona interior contigua contienen el 99,4% de la población total. El 0,6% restante vive disperso en 43.000 millas cuadradas, o sea a razón de un habitante por cada 24,5 millas cuadradas. ¿Es conveniente, desde el punto de vista económico, intentar la erradicación en esa vasta superficie de tan escasa densidad de población? Hay que tener en cuenta que la Guayana Británica tiene fronteras comunes con Venezuela, Surinam y Brasil ecuatorial. Por consiguiente, la respuesta a esta pregunta debe ser afirmativa si se pretende que la malaria sea erradicada definitivamente de las Américas, pues en tal caso es preciso destruir todo foco de infección.

Belice. A principios de 1957 se procedió a convertir la campaña de control en programa de erradicación. Se completaron dos ciclos de rociamiento de acción residual con dieldrín en polvo humectable al 50%, y en julio de este año comenzó un tercer ciclo. El 97% aproximadamente de todas las casas fue rociado a razón de 0,6 gm. por metro cuadrado, y el 3% restante se halla en vías de tratamiento.

Se mantiene un sistema de vigilancia. En 1957 no hubo casos de malaria en las zonas libres de

la enfermedad. En las zonas restantes se tomaron 2.132 frotis de sangre, de los cuales 212 (10%) resultaron positivos. El 57% de ellos eran infecciones de *P. falciparum*, el 25% de *P. vivax* y el 18% restante de *P. malariae*. Hasta fines de junio de este año se encontraron 103 frotis de sangre positivos. Su distribución es semejante a las cifras ya citadas. Este programa se desarrolla de modo satisfactorio.

Granada. La zona malárica comprende 61,5 millas cuadradas con una población de 26.500 habitantes. En febrero de 1957 se inició la conversión de la campaña de control en programa de erradicación. Se emplea DDT en solución y en forma de polvo humectable. Se han terminado dos ciclos de rociamiento y en enero de este año se inició otro. Se mantiene un sistema de vigilancia. Se tomaron un total de 3.043 frotis de sangre de los cuales 134 (4%) resultaron positivos. Todos eran de *P. falciparum*. Además se hicieron más de 8.000 visitas, casa por casa. Los casos febriles se tratan con cloroquina y pirimetamina.

Santa Lucía. El área malárica se calculó en 201 millas cuadradas, con una población de 68.000 habitantes. La conversión comenzó en julio de 1956. Se había proyectado rociar 12.800 casas y se rociaron 12.200. Se emplea DDT en solución y en forma de polvo humectable.

Se mantiene un sistema de vigilancia. En 1957 se examinaron 3.219 frotis de sangre y sólo 19 (0,6%) resultaron positivos. De 19 láminas, 16 eran de *P. falciparum* y 3 de *P. malariae*. Se hicieron más de 3.000 visitas, casa por casa, y se trató a los pacientes en quienes se encontraron parásitos.

Jamaica. Las áreas maláricas miden aproximadamente 10.000 millas cuadradas, con 1.300.000 habitantes. A fines de 1957 se rociaba regularmente el 60% de esa superficie. La conversión en programa de erradicación se inició en enero de este año; se proyecta rociar 140.000 casas anualmente. En 1957 se empleó DDT técnico en solución, pero en 1958 se proyectaba usar dieldrín en emulsión concentrada.

Funciona un servicio de vigilancia. En 1957 se examinaron cerca de 9.000 frotis de sangre, de los cuales 265 (3%) resultaron positivos; se encontró una infección de *P. vivax* y 13 de *P. malariae* y las 251 restantes eran de *P. falciparum*. En 1957 se hicieron 8.000 visitas, casa por casa, que dieron

200 (80%) láminas positivas. El programa se desarrolla de acuerdo con el plan previsto.

Trinidad y Tabago. En Trinidad, el área malárica se calculó en 1.864 millas cuadradas, con una población que actualmente es de unos 720.000 habitantes.

La conversión tenía que empezar en enero de este año, pero en las zonas de *A. bellator* se inició en junio de 1957. En dicho año se rociaron 103.000 casas una vez y 5.000 casas dos veces. En resumen, la situación es la siguiente: la malaria se transmite en las zonas costeras por *A. aquasalis* y en la parte nordeste de la isla por *A. bellator* y *A. homonculus*, que desempeñan un papel de refuerzo. Hay zonas en que la transmisión se efectúa por *A. aquasalis* y *A. bellator* al mismo tiempo. Las especies *Kerteszia* son completamente arbóreas en Trinidad y ponen sus crías en troncos de bromeliáceas. Se alimentan fuera de las casas y, después de investigaciones continuas, se ha visto que sólo en casos muy aislados penetran en ellas, aunque es posible que piquen en las galerías de las casas. Durante muchos años se ha empleado el procedimiento de rociar las bromeliáceas con una solución de sulfato de cobre (0,5%) que destruye estos epifitos. Este método, aunque laborioso y lento, ha demostrado ser sumamente eficaz.

Después de numerosas consultas con expertos de la OMS y OSP se convino en que la erradicación de la malaria comenzaría este año, con las siguientes actividades:

- 1) Rociamiento de las zonas de *A. aquasalis* una vez al año con dieldrín a razón de 0,6 gm. por metro cuadrado, y las de *A. bellator* dos veces por año a razón de 0,5 gm. por metro. En las zonas de *A. bellator* se rociarían también todas las galerías y partes exteriores de las casas.
- 2) Institución del tratamiento colectivo con drogas.
- 3) Continuación del rociamiento de bromeliáceas.

Se convino en que este plan se desarrollaría durante un año, y que después se evaluaría de nuevo la situación. Nosotros siempre hemos considerado que el rociamiento de bromeliáceas, aunque lento, era una respuesta mejor que los problemáticos efectos del dieldrín y de las drogas. No obstante, hemos aceptado el consejo de los expertos y ejecutado la parte del acuerdo que nos correspondía.

La vigilancia comenzó en junio del año pasado y el número de evaluadores se elevó de media docena a más de 30 en Trinidad y 10 en Tabago. En 1957 se examinaron 13.000 frotis de sangre, de los cuales 747 resultaron positivos. El 85% eran de *P. falciparum* y el resto de *P. vivax*. Se tomaron 685 láminas en zonas consideradas como libres de malaria. Todas resultaron negativas. Se hicieron cerca de 10.000 visitas casa por casa.

Por ahora, los evaluadores se concentran principalmente en las zonas de *A. bellator*; desde principios de este año se tomaron 40.000 frotis de sangre, de los cuales 435 resultaron positivos. Normalmente, los meses de julio y agosto son los de máxima transmisión; hasta ahora, las cifras correspondientes a este año muestran un máximo en junio y acusan un descenso en julio y agosto, lo cual haría suponer que los esfuerzos concentrados en la zona de *A. bellator* han impedido que se llegara al punto culminante en esa época del año. También es significativo que el rociamiento de bromeliáceas comenzara en una zona particularmente endémica hacia primeros de junio.

Después de dos rociamientos con dieldrín en las zonas de *A. bellator* y dos terceras partes de la zona de *A. aquasalis* ¿cuál es la situación actual?

- 1) Existen fuertes indicios de que tal vez el dieldrín no sea tan eficiente como el DDT contra el *A. aquasalis*.
- 2) Se confirma que el *A. bellator* se alimenta fuera de las casas.
- 3) El rociamiento de bromeliáceas causa una notable disminución en la densidad de *A. bellator*.
- 4) El tratamiento con drogas en una zona localizada tiene efectos benéficos.

Es lamentable que se hayan dado ciertas referencias sobre la situación de la malaria en Trinidad. Algunas de ellas no sólo inducen a error sino que son inexactas; por ejemplo: si bien se ha afirmado que el "*A. bellator* penetra frecuentemente en las casas", eso ha ocurrido solamente en una o quizá en dos ocasiones, y centenares de observaciones revelan que ha sido por casualidad.

Se ha dicho también que "de no haber sido por el rociamiento con dieldrín, se habría producido una grave epidemia de malaria en el nordeste de Trinidad", y esa afirmación carece totalmente de fundamento.

En una reunión de algunos jefes de los servi-

cios de malaria, que se celebró recientemente en Trinidad, el malariólogo del Gobierno tuvo ocasión de señalar el error de semejantes afirmaciones. Yo quiero insistir en que todas las manifestaciones de esta naturaleza deberían basarse en un número suficiente de observaciones y en pruebas estadísticas.

Los comentarios que hemos hecho sobre los efectos del dieldrín en los *A. aquasalis* se fundan en la técnica de Busvine-Nash y en pruebas de pared. La situación se observa con el mayor cuidado.

La erradicación de la malaria en zonas de *A. aquasalis* se logrará a condición de que se emplee un insecticida eficiente y de que se traten de modo adecuado todos los casos. El problema de la malaria por *A. bellator* no es de fácil solución. Lo resolverán el rociamiento de bromeliáceas, el uso de drogas y los rociamientos de acción residual.

Acaso se necesite esta triple acción, y en esta etapa no debería haber disminución alguna en el programa de rociamiento de bromeliáceas. Sin duda los otros dos métodos reducirán la transmisión y como no es imposible que toda la tierra de cacao en la zona en que existen las especies *Kerteszia* sea tratada en un período de tiempo relativamente breve—por ejemplo, 5 años—, a condición de que se disponga de equipo suficiente, las perspectivas de erradicar completamente la malaria en Trinidad son mucho más halagüeñas de lo que parecería a base de un examen precipitado del problema.

Repetimos, pues, que en la actualidad se hallan completamente libres de malaria los territorios siguientes: la franja costera de la Guayana Británica, Tabago, San Vicente, San Cristóbal, Montserrat, Barbada y Antigua.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Reino de los Países Bajos (Surinam).

Informe del Delegado del Reino de los Países Bajos (Surinam)

El Dr. VAN DER KUYP (Reino de los Países Bajos—Surinam) (*traducción del inglés*): Surinam, antes Guayana Neerlandesa, está situado en los trópicos húmedos de la costa nordeste del continente sudamericano, entre la Guayana Francesa y la Británica.

Su superficie es de unos 143.000 Km² aproximadamente. Es casi cinco veces mayor que la de

los Países Bajos, pero en su mayor parte está constituida por la densa selva virgen deshabitada.

La población es de 270.000 habitantes aproximadamente y está integrada por mulatos, negros, hindúes, indonesios, negros bosquimanos, amerindios, chinos, europeos, etc.

Para los fines de la epidemiología malárica, Surinam puede dividirse del modo siguiente:

La zona costera. El número de casos nuevos de malaria en esta zona notificados por los médicos del distrito fue de 13.788 en 1931; 7.034 en 1941; 1.013 en 1951; 769 en 1953, y 288 en 1957. Esto significa que la malaria va desapareciendo gradualmente en la zona costera. Esta zona, a su vez, puede subdividirse así:

- 1) La capital, Paramaribo, que está libre de malaria. En ella vive aproximadamente el 37% de la población.
- 2) Los distritos occidentales de Nickerie y Coronie. También están libres de malaria, aunque en ellos abunda el *Anopheles aquasalis*. En estos distritos vive aproximadamente el 7% de la población.
- 3) La zona agrícola costera rural restante, en la que se encuentra aproximadamente el 40% de la población. En ella prevalece la malaria, especialmente en formas benignas, a una tasa muy baja. El *A. aquasalis* es el vector responsable.

La zona de la sabana, al sur de la zona costera, que se subdivide así:

- 1) Las colonias Para, al sur de la capital, que están libres de malaria. En esta región está situado el principal aeropuerto.
- 2) La zona de la planta de bauxita de Moengo y alrededores, que se mantiene libre de malaria mediante rociamientos periódicos de las casas con insecticidas de acción residual.
- 3) Las restantes zonas de la sabana, donde la malaria por *Plasmodium falciparum* es hiperendémica entre los amerindios a causa de la presencia de *A. darlingi*.

La zona interior, al sur de la zona de la sabana, que se subdivide en la siguiente forma:

- 1) El interior, donde viven los negros bosquimanos. En esta parte del país, en la que prevalece el *A. darlingi*, la malaria es holoendémica. Los negros bosquimanos adultos, que muestran una tolerancia al *P. falciparum*, conservan este parásito y, en consecuencia, constituyen un

grave peligro para las demás personas. A principios de 1958 se hizo una encuesta que reveló un índice parasitario del 61% en 347 niños escolares de 6 a 14 años de edad. El 89% de los frotis positivos mostraron *P. falciparum*.

2) El *hinterland*, donde viven amerindios. La malaria es hiperendémica tanto en los niños como en los adultos. El *A. darlingi* es el vector responsable.

El desarrollo del control de la malaria en Surinam puede dividirse en siete etapas: 1) desde comienzos de este siglo, cuando aumentó mucho el uso de mosquiteros así como el de telas metálicas en las casas; 2) antes de la segunda guerra mundial, cuando el tratamiento de casos maláricos se reducía al uso de quinina, plasmuquina y atebрина; 3) desde la segunda guerra mundial, cuando se pusieron en uso las drogas antimaláricas modernas; 4) desde 1949, cuando el Servicio de Control de Insectos instituyó el rociamiento de las casas con DDT de acción residual; 5) desde 1953, cuando con la colaboración del UNICEF y la Oficina Sanitaria Panamericana, el programa de control de insectos se convirtió en programa ampliado de control de insectos y erradicación del *Aedes aegypti*; 6) desde 1957, cuando con el concurso del UNICEF, la Oficina Sanitaria Panamericana y la Oficina de Planificación, el programa ampliado de control de insectos y de erradicación del *Aedes aegypti* se convirtió en programa de erradicación de la malaria; 7) desde 1958, cuando se inició el programa de erradicación de la malaria, con cobertura total mediante rociamiento.

Se había proyectado que este programa en gran escala se iniciaría el 1° de enero de 1957; pero después de un estudio más detenido se consideró que era conveniente adiestrar personal principal en mayor número y proceder a una rectificación completa de los mapas del país.

El jefe de la campaña y los jefes de las operaciones de rociamiento y evaluación recibieron adiestramiento mediante becas de la OSP/OMS. Todos los demás miembros del personal se prepararon localmente en cursos que terminaron en los primeros meses de 1958.

Gracias a la cooperación de la Oficina Topográfica del Gobierno, se confeccionaron mapas, a base de fotografías aéreas, de la zona malárica. Durante el período comprendido entre noviembre de 1957 y abril de 1958, equipos de reconocimien-

to numeraron 32.722 casas rurales en la zona costera y completaron detalles de estos mapas. A base de este reconocimiento se estimó entonces que el número de casas que era preciso rociar en las zonas costeras y de la sabana, era de 34.900, y de 4.150 en la zona interior. En las zonas de la sabana y del interior, donde las casas están relativamente dispersas y son de difícil acceso, la cifra definitiva de las casas que deben rociarse no se confirmará hasta que haya terminado el primer ciclo de rociamiento.

La fase de cobertura total mediante rociamiento comenzó el 5 de mayo de 1958 en las zonas costera y de la sabana; en ambas se emplea DDT en dos ciclos de rociamiento por año. En la zona del interior, donde se emplea dieldrín en ciclos anuales de rociamiento, éste se inició el 7 de julio de 1958.

Se facilitarán drogas antimaláricas a todas las personas que se encuentren en las zonas de la sabana e interior.

Hay seis técnicos de evaluación que actúan en el campo, y para 1959 se proyecta que actúen otros tres. Para recoger frotis de sangre de casos febriles se utilizarán los servicios de 23 puestos médicos de distrito, 8 hospitales y aproximadamente 100 colaboradores voluntarios en puestos de información. Se administrarán drogas antimaláricas a todos los casos febriles. Durante el primer ciclo de rociamiento, los evaluadores tomarán frotis de sangre en todas las localidades. Los resultados de los exámenes de sangre proporcionarán datos básicos sobre la situación antes de comenzar la labor de erradicación.

Hasta el 1° de septiembre de 1958 se habían rociado 14.163 casas, se tomaron 4.108 frotis de sangre y se trataron 19.301 personas.

El Gobierno de Surinam ha asignado créditos para atender los gastos de personal, suministros, equipo, utilización y conservación de vehículos, locales para oficinas, laboratorios y depósitos, etc.

Con el carácter de asesores de la OMS para el programa, residen en Surinam un malariólogo a tiempo completo y un sanitario de salud pública. Visitan regularmente Surinam un malariólogo y un ingeniero sanitario de la OMS. La OSP/OMS facilita becas, drogas antimaláricas e indumentaria de protección para los trabajadores que manejan dieldrín. EL UNICEF proporciona insecticidas, vehículos y repuestos, equipo de rociamiento y de laboratorio, fletes, etc.

En 1958 se han asignado al programa los si-

guientes fondos (en dólares EUA): Gobierno de Surinam, 129.475; Oficina Sanitaria Panamericana y Fondo Especial de la OSPA para la Erradicación de la Malaria, 35.232; y UNICEF, 22.300.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Haití.

Informe del Delegado de Haití

El Dr. NICOLAS (Haití) (*traducción del francés*): El Dr. Alvarado, en su magnífica exposición de esta mañana, ha señalado que la campaña de erradicación de la malaria se ha iniciado también en Haití. Se inauguró allí el 1° de septiembre y la población le ha dispensado una acogida muy calurosa. Esperamos presentar oportunamente un informe respecto a esta campaña, pero queremos aprovechar esta ocasión para expresar nuestro agradecimiento a la Organización Mundial de la Salud, a la Oficina Sanitaria Panamericana, al UNICEF y a los Estados Miembros que nos han ayudado a realizar esta campaña cuya importancia para el país es extraordinaria.

El PRESIDENTE: El Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

Informe del Delegado de los Estados Unidos

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Nuestro informe será muy breve. Sólo deseo decir que la situación de la malaria en los Estados Unidos es esencialmente la misma que la de los últimos años. Tal vez ha habido un pequeño número de casos de malaria que no puede atribuirse claramente a fuentes importadas de zonas maláricas. El número total se estima más o menos insignificante, y nosotros seguimos considerando que la malaria ha sido erradicada en los Estados Unidos. No obstante, deseo felicitar al Dr. da Silva y al Dr. Alvarado por haber preparado un informe que esta Delegación considera realmente notable. En él figuran gran cantidad de datos muy valiosos sobre la erradicación de la malaria, datos que serán sumamente útiles para nosotros, tanto para dar a conocer a nuestro pueblo los progresos realizados como para presentar los necesarios informes al Congreso que, desde luego, tiene gran interés en apoyar la campaña. En los Estados Unidos existe un gran interés público por esta campaña de erradicación de la malaria y ese informe nos será muy útil para mantenerlo.

El PRESIDENTE: El Delegado de Guatemala tiene la palabra.

Informe del Delegado de Guatemala

El Dr. PADILLA (Guatemala): Me limitaré a señalar unos pocos puntos del informe sobre la malaria. En octubre de 1954, la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana recomendó a los países de América que convirtieran, a la mayor brevedad posible, los programas de control en programas de erradicación del paludismo. Guatemala fue uno de los primeros países que puso en práctica dicha recomendación, creando en febrero de 1955 la División de Malaria, que posteriormente pasó a ser, por ley del Congreso de la República, Decreto N° 1080, el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, como dependencia directa del Ministerio de Salud Pública.

Nuestro problema se puede condensar así: el área malárica comprende 80.360 Km², o sea, el 74% de la superficie total del país. La población expuesta es de 1.650.000 personas aproximadamente. Tenemos 17 habitantes por Km² en el área malárica, y 70 en la no malárica. La morbilidad se calcula en 200.000 casos al año, según las últimas estimaciones, y en las estadísticas oficiales la malaria figura como la segunda principal de muerte en Guatemala.

De 22 Departamentos de la República, 20 están incluidos en el área malárica. Se exceptúan únicamente los Departamentos de Totonicapán y Suchitepéquez. Por los estudios realizados se puede estimar que Guatemala, a causa del paludismo, ha disminuido su producción en cerca de cien millones de quetzales al año. La producción agrícola, que es de 125 millones, promedio de los últimos años, podría fácilmente elevarse casi al doble, en pocos años, después de haberse completado la erradicación del paludismo.

La situación actual se caracteriza por el cambio de insecticida, pues al igual que en la República de El Salvador y en otros países, en Guatemala se está comprobando con personal nacional y de la OSP/OMS la resistencia al dieldrín. Se utilizan los equipos de la OMS para pruebas de susceptibilidad del vector a los insecticidas. Los resultados de las primeras pruebas indican que el principal transmisor en Guatemala, el *A. albimanus*, ofrece marcada resistencia al dieldrín. La susceptibilidad al DDT es perfectamente normal. Hemos continuado las pruebas en el Departamen-

to de Petén y en las cuencas del Río Chermay y en la cuenca del Río Polochic, del Departamento Alta Verapaz. Este estado de emergencia condiciona un cambio inmediato en insecticidas y un reajuste del plan de operaciones, que debe figurar como enmienda al plan tripartito. La situación es alarmante y deben tomarse medidas que aseguren la continuación del progreso de la campaña de erradicación de la malaria en Guatemala.

No quiero terminar sin dejar constancia de nuestro reconocimiento al trabajo paciente, prolongado y tenaz del Dr. Soper, que para mí es el paladín de la sanidad en las Américas. Nuestra gratitud, también, a la OSP, a la OMS, al UNICEF y al Gobierno de los Estados Unidos, que ha puesto parte considerable de sus medios económicos y científicos al servicio de la salud y bienestar del Continente y del mundo entero.

El PRESIDENTE: Pido excusas al señor Delegado de Chile por no haberle ofrecido antes uso de la palabra. No lo he hecho cuando le correspondía por orden de precedencia porque no había tomado nota de que deseaba intervenir en el debate. El señor Delegado de Chile tiene la palabra.

Informe del Delegado de Chile

El Dr. HORWITZ (Chile): Muchas gracias, señor Presidente, seré muy breve. Sigue nuestro país sin registrar casos autóctonos de malaria desde 1944. De tal suerte que a partir del año 1946, la campaña antimalárica se transformó en antianofélica, y desde 1953, controlado el anofelismo imagonal, el programa se limitó a la vigilancia de los cursos de agua para prevenir la aparición de focos larváticos. Lamentablemente, desde mediados del año pasado, y en forma creciente, en los valles de Yuta y Azapa en la región de Arica, estamos notando la nueva aparición del vector, lo que está obligando a los centros de salud, particularmente al de Arica, a intensificar nuevamente la campaña con el propósito de eliminarlo. Esto, en lo que respecta a la situación propia de nuestro país.

Nuestra Delegación, una vez más, como lo hizo en Guatemala, quiere reafirmar sus propósitos de colaboración en esta campaña continental de erradicación de la malaria, porque reconoce la extraordinaria magnitud e importancia del problema, que justifica la atención y la prioridad que los Gobiernos Miembros le están dando, como ha

quedado de manifiesto en los informes que hasta aquí hemos oído.

Lo que se ha hecho, y sobre todo lo que queda por hacer, agravado por esta contrapartida de la naturaleza que es la resistencia, justifica en nuestro sentir que se redoblen, si es posible, los esfuerzos que hasta aquí se han realizado con el ánimo de erradicar la malaria a la mayor brevedad posible en el Continente.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Panamá.

Informe del Delegado de Panamá

El Dr. BISSOR (Panamá): El informe que ha presentado la Oficina sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas está muy bien documentado y es muy interesante. Permítaseme que, al hacer estas manifestaciones, exprese mi felicitación al Dr. Alvarado y al Sr. Davée por las magníficas exposiciones que hicieron en la sesión de la mañana.

En lo que se refiere a mi país, debo informar que Panamá se ha incorporado a los países que adoptaron la recomendación hecha en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, de erradicar la malaria de sus territorios. En efecto, en 1956 elaboró el proyecto de erradicación que sirvió de base para la celebración de un convenio tripartito con la OSP/OMS y con el UNICEF, y desde mediados de ese año hasta mediados de 1957 tuvo lugar la conversión de la antigua campaña de control en el actual programa de erradicación.

Delimitada el área malárica del país (92% de la extensión territorial), que es de 68.497 Km² y comprende el 96% de la población; efectuado el reconocimiento geográfico y resueltos la mayor parte de los problemas relativos a preparación del personal y muchos de los relacionados con la administración, el 19 de agosto de 1957 se dió comienzo a la primera cobertura integral, rociando las viviendas con dieldrín. A dicha cobertura se le puso término a mediados de agosto de 1958 y durante ella se rociaron 156.614 viviendas, pertenecientes a 7.947 localidades. Únicamente quedaron sin rociar algunos centenares de viviendas de localidades de la selva habitadas por indígenas, cuya hostilidad impidió realizar los trabajos en unas 600 viviendas.

Solucionados algunos problemas administrativos fundamentales y después de breve readies-

tramiento del personal de campo, el 25 de agosto de 1958 se inició la segunda cobertura con el objeto de rociar 160.000 viviendas, de acuerdo con el crecimiento de la población.

Desde los comienzos del desarrollo del programa se organizó la sección de evaluación epidemiológica, estudiándose en dicha organización los diversos aspectos de este trabajo, pues se cuenta con laboratorio de parasitología, laboratorio de entomología y servicio de notificaciones. Estas actividades, más las derivadas de la aplicación del plan de drogas, siguen mereciendo constante preocupación.

La obtención de datos sobre morbilidad malarica permitió comprobar que en 1957 se realizaron en el país aproximadamente 67.000 exámenes parasitológicos y que de ellos fueron positivos 7.550, o sea, el 11%. Del total de positivos, 4.796 fueron de *P. vivax* (64%), 2.565 de *P. falciparum* (33%), 61 de *P. malariae* (2%) y 128 de asociaciones (2%).

La información estadística de enero a julio del presente año es la siguiente: exámenes realizados, 45.229; muestras positivas, 4.382, o sea, el 9%. Del total de positivas, 3.137 fueron de *P. vivax* (71%), 1.133 de *P. falciparum* (26%), 65 de *P. malariae* (1,5%) y 47 de asociaciones (1,1%).

Existe en el presente año una mejor notificación a base de un mejor entendimiento con los servicios médicos y de una mejor colaboración de la comunidad. Esta colaboración se ha traducido en el reclutamiento de los llamados "colaboradores voluntarios", cuya ayuda es de gran valor en la toma de muestras de sangre a todos los sospechosos de padecer la enfermedad, y en la distribución de drogas. Un número superior a 900 colaboradores, la inmensa mayoría maestros de escuela, está contribuyendo con su trabajo al mejoramiento de las notificaciones. En el último mes de agosto han enviado al laboratorio central del SNEM más de 5.000 muestras de sangre. Entre otras fuentes de envío de muestras figuran, además de los 20 evaluadores del SNEM, 43 servicios médicos oficiales y 14 hospitales y laboratorios particulares.

Se ha dado especial importancia a los trabajos de rociamiento y evaluación en las áreas fronterizas de Costa Rica y Colombia. Por el lado fronterizo con Costa Rica se han rociado debidamente en el primer año de cobertura 209 localidades del territorio panameño, ya incluidas en el total general, e igualmente se han destacado 6 evaluadores

del SNEM, quienes hacen pesquisas sistemáticas y frecuentes de casos febriles y afebriles a fin de tomar muestras de sangre para exámenes parasitológicos.

Igualmente, hasta ahora se ha reunido en dos ocasiones en sitios fronterizos, el personal directivo de los SNEM de Costa Rica y Panamá para coordinar los trabajos de erradicación en la frontera de ambos países.

El financiamiento del programa de erradicación de la malaria significó un aumento en las partidas presupuestarias correspondientes en el año 1957, además de la magnífica ayuda en materiales aportada por el UNICEF.

Los gastos líquidos en el primer año de operaciones han sido los siguientes: aportación del Gobierno Nacional: \$456.052; aportación del UNICEF (vehículos, insecticidas, equipo de laboratorio, etc.): \$130.827,05. A esto hay que agregar la participación de la OSP/OMS, en drogas antimálicas (unos \$8.000), en equipo de protección para los rociadores (unos \$3.000) y en personal técnico.

En Panamá, el Decreto Ejecutivo No. 769 de 24 de agosto de 1956 fija las normas y pautas para el desarrollo de la campaña de erradicación del paludismo. Gracias a esta legislación hemos podido contar con la ayuda ilimitada de las autoridades nacionales y municipales para respaldar cualquier acción relacionada con la erradicación.

Ha sido muy valiosa la asistencia técnica que desde el comienzo viene prestando la Oficina Sanitaria Panamericana. El personal que ha asignado a Panamá para los trabajos de erradicación del paludismo está realizando una magnífica labor. De primordial importancia para el éxito del programa es también la ayuda en equipo y materiales prestada por el UNICEF, sin cuya cooperación económica no hubiera sido posible poner en ejecución el programa.

Al convenio que el Gobierno de Panamá ha suscrito con estos dos organismos, se han introducido últimamente dos enmiendas. La primera, referente al desarrollo de un plan de administración de drogas, cuyo suministro ha estado haciendo la OSP/OMS (cloroquina, primaquina y pirimetamina), y la segunda, referente a la creación de la sección de transporte, correspondiéndole al UNICEF la entrega de herramientas y de diversos implementos.

Igualmente, gracias a la cooperación de la Ofi-

cina Sanitaria Panamericana y de los Gobiernos de México, Venezuela y Guatemala, ha sido posible adiestrar a gran parte del personal nacional.

Para terminar, sólo deseo manifestar mi preocupación por el recelo expresado aquí por algunos delegados sobre el uso del dieldrín en la campaña de erradicación de la malaria.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Nicaragua.

Informe del Delegado de Nicaragua

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua): Muy poco tengo que agregar, prácticamente, al brillante informe presentado por el Dr. Alvarado.

Mi país fue quizás uno de los primeros que usó el DDT. Lo utilizó ya desde 1949 a 1951 con gran éxito, lo cual hizo posible, prácticamente, que las cosechas de granos, cereales y café pudieran ser recolectadas con toda regularidad.

Luego vino el trabajo sobre la fiebre amarilla y, si bien se paralizó algún ciclo en el trabajo de la malaria, en marzo de 1954 volvieron a empezar los ciclos séptimo, octavo, noveno y décimo. Tratamos de hacer una cobertura, por supuesto no de erradicación, sino de control de la malaria. Últimamente, por un convenio especial, como todos ustedes saben, se ha empezado el programa de la erradicación de la malaria. Pero el problema capital ha sido aquí de orden administrativo. Las leyes presupuestarias son poco flexibles y para subsanar los inconvenientes que ocasionan, este año se hizo una reorganización total del Ministerio de Salubridad Pública en virtud de la cual el dinero que recibe la división que llamamos de Proyectos Especiales de Salud Pública, no entra prácticamente en el presupuesto sino que se deja en el Banco, a disposición de estas campañas especiales.

En esta forma, creo que se pueden resolver con mucha facilidad los problemas, y no sólo estamos preparados para luchas continentales contra la malaria, sino que el procedimiento es aplicable también a cualquier otra lucha continental contra la poliomiélitis, rabia, etc.

Me parece que este sistema de legislación, que fue aprobado por el Congreso y que tiene todos los derechos y privilegios, es un sistema que debería ser puesto en práctica en otros países, porque facilita mucho el trámite administrativo. Las campañas de erradicación de la malaria y hasta las campañas contra la rabia requieren

mucha rapidez; de lo contrario, aunque sean preparadas técnicamente, sufren un paro o una disminución en la efectividad del trabajo.

Por otra parte, me uno a las felicitaciones expresadas al Director, Dr. Soper, y al Dr. Alvarado, así como a todo el brillante personal que tiene la Oficina para la lucha contra la malaria. Mi agradecimiento, también muy grande, al UNICEF y a todas aquellas entidades que se han preocupado por nosotros.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Francia.

Informe del Delegado de Francia

El Dr. OLLÉ (Francia) (*traducción del francés*): Todos los datos y todas las cifras en relación con los Departamentos Franceses de América, figuran en el Informe del Director. En esta oportunidad sólo daré algunos datos respecto a ciertos puntos que parecen especialmente interesantes.

Guadalupe, en primer lugar. En Guadalupe, desde 1950, ha disminuido constantemente la malaria, así como también el porcentaje de los anofelinos y, por lo tanto, toda la acción de quimioprofilaxis colectiva ha sido ya abandonada. La lucha, lo mismo que en Martinica, se ha combinado a la vez contra la malaria y contra la fiebre amarilla, y se puede decir, en cierto modo, que esta labor se beneficia con el hecho de que exista una campaña general y de que podamos contar con la presencia de un técnico de la Organización Mundial de la Salud. Este técnico dispone del material y el equipo necesarios y, por lo tanto, trabaja en las mejores condiciones posibles. Así, los esfuerzos se han acentuado de un año a otro. Les daré sólo dos cifras para no fatigarles con excesivas enumeraciones.

En 1956 tratamos 8.500 casas, y en 1957 más de 32.000. Los resultados, naturalmente, fueron los que cabía esperar. En el año anterior, 1955, tuvimos en Guadalupe 12 casos de malaria, y en 1956, cero; no obstante, he de agregar que debemos esperar el transcurso del tiempo antes de que podamos estar ciertos de una erradicación absoluta de la malaria. En efecto, en 1957 tuvimos un caso y, en consecuencia, no podemos considerar que la erradicación se haya conseguido en forma absoluta, pero en todo caso nos encontramos en muy buenas condiciones en este departamento.

En cuanto al Departamento de Guayana, la si-

tuación es un poco menos buena porque de estos tres Departamentos de América, la Guayana, en realidad, ha sido siempre la más afectada por la malaria. Pero les recuerdo lo que dije el año pasado, que frente a una media de 800 casos, más o menos, de malaria por año en 1946, 1947 y 1948, en 1954 llegamos a 57; en 1955 a 59; y en 1956 a 29; y, por último, en 1957 tuvimos 15 casos. Es sumamente interesante agregar que de estos 15 casos hubo 7 que fueron importados y, en consecuencia, nosotros consideramos que los resultados son satisfactorios, ya que los rociamientos han ido aumentando desde 1949 y, como todo el mundo sabe, se trata de un territorio bastante difícil. De todas maneras, hemos podido reducir de 800 a 8 los casos de malaria desde 1946, 1947 y 1948 hasta el año último.

En Martinica, recordaré tan solo lo que se dijo el año pasado, a saber, que la erradicación de la malaria debiera ser considerada como algo terminado, porque en realidad no hemos tenido casos de paludismo autóctono desde 1952. Sin embargo, hemos proseguido con nuestros sistemas en 1954, 1955 y 1956. Después la situación era tan buena que en realidad disminuimos nuestros esfuerzos, y en 1957 pasamos a la etapa de vigilancia, que es la que continuamos actualmente. Nosotros efectuamos la lucha antilarvaria y también operaciones con insecticidas. Lo que resulta especialmente interesante es que no solamente pensamos haber erradicado el paludismo, sino que hemos casi erradicado el anofeles. Yo puedo darles dos cifras: en 1956, en 1.441 exploraciones realizadas encontramos cinco anofeles. En 1957 realizamos 1.736 exploraciones y encontramos un caso de anofeles. Por lo tanto, aunque no podemos pretender que hayamos erradicado completamente los anofelinos, sí podemos decir que hemos erradicado el paludismo.

Les daré algunos detalles que no aparecen en el Informe del Director. A consecuencia de las conversaciones mantenidas con los funcionarios de la Oficina Sanitaria Panamericana, he tratado de hacer este año la prueba positiva de esta erradicación. La prueba negativa nos la da el hecho de que ya no se nos notifica que haya casos de paludismo. En realidad, hay que averiguar si efectivamente estos casos no existen. Por lo tanto, he iniciado un proceso de evaluación de las campañas anteriores, que este año se ha extendido del 13 de enero al 12 de abril, o sea, tres meses.

Para ello, hemos seleccionado los siguientes

lugares de distintas características: un hospital de 400 camas y otro de 170; en estos dos hospitales, durante los tres meses de las operaciones de evaluación, a todos los enfermos se les han tomado muestras de sangre. No a todos los que entraban y eran casos manifiestos de fiebre, sino a todos los que entraban al hospital, sistemáticamente, aunque no tuvieran fiebre. Hemos examinado allí, en la zona endemo-epidémica, 544 y en el otro caso, 342. Además, treinta y siete enfermos que procedían en realidad de otros orígenes. Eso representa un total de 923 hospitalizados. Seleccionamos, además, una escuela de niños dentro de la principal comuna de una zona infestada, porque sabiendo que la malaria afecta especialmente a los niños, era más probable que encontrásemos allí estos casos. Los escolares examinados fueron 756. En tercer lugar y en forma sistemática tomamos muestras de sangre a toda la población de una pequeña aldea—205 personas—desde el más joven hasta el más viejo de sus habitantes.

Todas estas pruebas se hicieron y fueron examinadas personalmente por el Jefe del Instituto Pasteur. Ninguna de estas muestras se encomendó a persona que no fuese especialmente calificada y, en consecuencia, estamos perfectamente ciertos de nuestros resultados. Resumo las cifras: 923 hospitalizados y 970 no hospitalizados, o sea, 1.893 en total. Ninguno de ellos fué encontrado positivo. En realidad no hemos establecido estos datos en el informe de este año, porque me parece que es conveniente que continúe la labor en esta forma, que siga el estudio en la misma región, yendo a otra escuela de otra aldea y tal vez a dos o tres grandes barrios en un centro urbano, y así podremos presentar una prueba definitiva de la erradicación del paludismo.

El PRESIDENTE: El Delegado de Honduras tiene la palabra.

Informe del Delegado de Honduras

El Dr. ZEPEDA (Honduras): En primer lugar, la Delegación de Honduras desea felicitar a los Dres. Soper y Alvarado por el excelente informe que revela la situación de la erradicación de la malaria en las Américas. Me referiré ahora a algunos de los aspectos del desarrollo de esta campaña en Honduras.

El área malárica de Honduras comprende una extensión de 87.383 Km², que constituye aproxi-

madamente el 78% del área total del país. En esta zona malárica hay 213.651 casas distribuidas en 6.570 localidades, con una población estimada de 1.282.000 habitantes.

El Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria funciona con cuatro departamentos: Departamento de Evaluación, Departamento de Rociado, Departamento Administrativo y Departamento de Control y Mantenimiento de Vehículos. La fase de cobertura del área malárica fue iniciada el 21 de enero de 1958, y es satisfactorio informar a ustedes que en los primeros siete meses de trabajo, hasta el 21 de agosto de 1958, se habían rociado 172.631 casas, lo que representa el 80,8% del número total de casas de la zona malárica.

Hemos hecho los preparativos para rociar toda la zona malárica en un período menor de un año, en nueve meses, con el objeto de que cuando llegue el período de mayor incidencia de la enfermedad en nuestro país hayamos rociado completamente toda la zona malárica. Ese ha sido nuestro plan, y nos proponíamos el próximo año acortar este período, si era posible, a 6 meses antes del período de mayor incidencia. Sin embargo, en estos momentos, como ustedes han escuchado, se han presentado ciertos problemas de resistencia de los mosquitos anofeles al diel-drín—que es el insecticida que nosotros usamos—en los países vecinos de El Salvador y Guatemala, y por eso no puedo asegurar si podremos desarrollar el trabajo en la forma indicada, sin antes hacer una investigación minuciosa en nuestro país con el objeto de determinar si hay o no resistencia del mosquito al insecticida.

El Departamento de Evaluación ha organizado una red de colaboradores voluntarios. Además de los servicios sanitario-asistenciales existentes en el país, tenemos esta colaboración muy valiosa y hemos llegado a la conclusión de que aproximadamente el 70% de las muestras de sangre enviadas a nuestro laboratorio central y a los laboratorios regionales, son suministradas por estos colaboradores voluntarios. Los evaluadores se encargan de adiestrarlos y de supervisar el trabajo que están efectuando.

Deseo informar a ustedes que en los meses de abril y mayo del presente año se celebró en la ciudad de Tegucigalpa la reunión de un grupo de trabajo sobre administración y conservación de vehículos en las campañas de erradicación de la malaria, con la participación de muchos de los países de la zona del Caribe.

Igualmente, a fines del mes de octubre se celebrará, también en la ciudad de Tegucigalpa, un seminario sobre métodos y prácticas administrativas en las campañas de erradicación de la malaria, que está auspiciado por la Oficina Sanitaria Panamericana y que reunirá asimismo a los representantes de los países de la zona del Caribe.

Para terminar, deseo expresar, en nombre de mi Gobierno, el agradecimiento a las instituciones que como la OMS, la OSP, el UNICEF y la ICA, han prestado su valiosa ayuda para el desarrollo de la campaña de erradicación de la malaria. Igualmente, a los Gobiernos de Venezuela y México por las facilidades que han prestado en todo momento para el adiestramiento de nuestro personal.

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

Informe del Delegado de El Salvador

El Dr. AGUILAR (El Salvador): Como ustedes saben, El Salvador es un país pequeño, de 20.000 Km², de los cuales 19.000 son considerados como zona palúdica.

En julio de 1956 se inició la cobertura total y hasta el presente se han completado tres ciclos. El presupuesto, que en 1954 fue de 640.000 colones, en 1957 fue de 1.250.000 colones.

No me referiré a las actividades habituales de la lucha antipalúdica, ya que todos ustedes las conocen, sino a ciertos hechos y directivas que la experiencia nos ha enseñado.

En primer lugar, debido a los hábitos de la población, que acostumbra a cubrir las paredes con calendarios, estampas religiosas y litografías decorativas, lo que facilita lugares donde el insecto reposa, y debido al número de casas nuevas en la zona rural, que generalmente llega a un 3% del total, se ha dispuesto que después de que una cuadrilla termine el rociamiento, quede un rociador supernumerario para efectuar un nuevo rociamiento en las casas empapeladas, en las casas nuevas o en las recién pintadas.

En 1949, al conocer que en Venezuela se distribuían medicamentos a través de personas que se llamaban "repartidores voluntarios", en mi país se inició el mismo programa ya que en toda la zona rural de las áreas palúdicas no había servicio de atención médica. Sin embargo, por no sé qué consejo, este programa se suspendió; pero se reanudó en 1955 y a las personas que ayudan se

les llama "colaboradores voluntarios". Después de ser seleccionados, son adiestrados para que tomen muestras de sangre a todo caso febril, suministren medicamentos y luego informen.

A través de los Directores Regionales, se ha tratado de que todo el personal de los servicios locales tome parte en la campaña antipalúdica, de modo que todo el personal de médicos, enfermeras, inspectores y laboratoristas, sienta que el programa es nacional y que todos participan en su desarrollo, porque también en el futuro ellos serán los que tendrán que investigar los casos de paludismo.

El Salvador tiene una red de notificación que se puede considerar buena, a través de sus 14 hospitales, 65 servicios locales, los médicos y 460 colaboradores voluntarios. En 1957 llamó la atención una incidencia alta de paludismo por *P. falciparum* en zonas que habían sido rociadas con dieldrín en su segundo ciclo. Al principio se pensó que el rociamiento no se efectuaba correctamente, pero después de verificar que estaba bien se tuvo que llamar a los técnicos de la Oficina Sanitaria Panamericana, quienes comprobaron que en toda la costa del Pacífico el *A. albimanus* es resistente al dieldrín. Esta zona costera es una zona de cultivo de algodón que ha estado bajo tratamiento con insecticidas, por medio de aviones, que usan aldrín, dieldrín y BHC; paradójicamente, los algodoneros nos decían siempre que eran ellos los que estaban terminando con el paludismo.

Para completar la investigación, se han efectuado capturas en las otras zonas donde se ha aplicado dieldrín y donde no se han efectuado rociamientos con insecticidas por avión. Esto es, en la región fronteriza con Guatemala y Honduras; y, desgraciadamente, también se comprobó allí que el *A. albimanus* era resistente al dieldrín.

Creemos que este hallazgo, debido a la red de notificación, es útil para los otros países y para las organizaciones internacionales. Parece que es el primer caso en América Latina donde se comprueba la resistencia al dieldrín y que este hecho es un alerta para todos los países. Principalmente, creo que se debe pensar en el aspecto relativo a las notificaciones, porque de lo contrario nunca se sabrá qué está ocurriendo con los casos febriles.

En vista de la situación descubierta, el Gobierno ha concedido un subsidio de \$35.000 para

aumentar las cuadrillas e iniciar el rociamiento con DDT en las zonas donde se aplica dieldrín. Además en las zonas costeras, donde se han notificado más casos de paludismo, se están efectuando encuestas parasitológicas en toda la población, por medio de enfermeras e inspectores sanitarios.

Hace un mes se terminó, en el municipio de La Libertad, la primera encuesta que se extendió a 5.600 personas, donde se encontró un 2% de enfermos palúdicos. Todos los enfermos están siendo tratados con pirimetamina y primaquina. El tratamiento con primaquina es controlado por la enfermera y el inspector sanitario, que son supervisados por el director del servicio local, quien informa a la División de la Lucha Antipalúdica. En la actualidad se lleva a cabo otra encuesta en el municipio de Acajutla, por medio del personal del centro sanitario de Sonsonate.

Para terminar, deseo agradecer vivamente a la Oficina Sanitaria Panamericana, a la OMS y al UNICEF la ayuda en el programa antipalúdico, y el interés especial que han demostrado en esta emergencia que sufre nuestro país.

El PRESIDENTE: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

Informe del Delegado de la Argentina

El Dr. OUSSET (Argentina): En primer término, y por encargo expreso del Jefe de la Delegación, quiero hacer patente nuestra felicitación por el magnífico informe presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y el Dr. Alvarado, que tiene a su cargo el programa de erradicación en América.

Para explicar por qué posiblemente la República Argentina, a través de todos estos años, todavía no alcanzó la total interrupción de la transmisión y no se completó el programa de erradicación en el país, me creo en la necesidad de hacer un breve relato de nuestra situación, en la seguridad de que ha de servir de ejemplo y de que no se ha de repetir más en la Argentina y, posiblemente, no ocurra tampoco en los restantes países.

Al igual que en otros países cuyos informes precedieron a éste, en 1947 se inició en nuestro país la campaña de control del paludismo basada en los insecticidas de acción residual, y posteriormente, en 1950, en el área endémica, que abarca unos 120.000 Km², se llegó a la cobertura total, ya con miras a una erradicación. Pero, habida

cuenta de los magníficos resultados que se obtuvieron, el Ministerio de Salud Pública de la Nación transformó la Dirección de Paludismo en una Dirección de Servicios Generales, que pasó entonces a atender problemas de sanidad general—hospitales, enfermería, higiene maternoinfantil, tuberculosis, paludismo, etc.—con las gravísimas consecuencias de que con el tiempo se fue rebajando el servicio y hubo una pérdida franca de personal, equipo, locales, vehículos, etc.

En 1955, el país sufrió una convulsión política en el preciso momento en que se había decidido dar marcha atrás, reorganizando lo que hoy se conoce con el nombre de Dirección de Paludismo y Fiebre Amarilla. Es de suponer que hasta el momento, a pesar de todos nuestros esfuerzos, esa recuperación no ha sido integral; pero sin decaer en la lucha, se siguió trabajando intensamente en forma tal que en la actualidad, y como dice el informe presentado por la Oficina Sanitaria Panamericana, nuestro país figura con un programa adelantado. En efecto, de 9 provincias que se tenían bajo tratamiento regular y cíclico, con rociamientos de insecticidas de acción residual, en 7 se han interrumpido los trabajos, manteniéndose en vigilancia, y en 4 de ellas se considera erradicado el paludismo. De esta forma, de los 120.000 Km² que abarca el área endémica, en 49.600 se han interrumpido los rociamientos; en 26.600 de éstos se considera erradicado el paludismo y en 23.000 con transmisión interrumpida. Quedan 70.800 Km², pero ya dentro de esta extensa zona, numerosas localidades no presentan casos autóctonos de paludismo. Habida cuenta de que la zona no ha sido completada en el sentido de haber logrado la interrupción de la transmisión, se continúa sistemáticamente con los trabajos.

Como es lógico suponer, en todo momento la División de Paludismo y Fiebre Amarilla de la Argentina se ha ajustado a las normas técnicas de la Oficina Sanitaria Panamericana, y ha concurrido sistemáticamente a todas las reuniones que la misma ha citado, a los efectos de mantenerse dentro de las normas y técnicas que ella recomienda.

Quiero terminar diciendo que mi Gobierno se encuentra profundamente empeñado en llevar a término el programa, dados los peligros que significa la amenaza de los anofelinos, y continuar con un plan que lleva 11 años de aplicación. Para ello, informo que es propósito del Gobierno

incrementar las partidas que están siendo concedidas para la campaña, y así en cuatro años, aproximadamente, se tiene calculado invertir 130 millones de pesos.

En este programa que la Dirección de Paludismo y Fiebre Amarilla está desarrollando, ha decidido incorporar la zona epidémica, que abarca unos 150.000 Km². Para evitar sorpresas, es preciso explicar aquí por qué en esta zona no se hacían tratamientos regulares y cíclicos. Es una zona que abarca las provincias de Formosa, Chaco y Corrientes en el litoral fluvial del nordeste; los brotes epidémicos se producen con un período cíclico de más o menos ocho a once años, con una variación extraordinaria en sus apariciones, tanto en las localidades como en el número de enfermos.

La República Argentina no podrá llevar a cabo con sus propios medios económicos este plan de acelerar e incrementar los trabajos. Por eso, como dijo esta mañana el Sr. Davée, la República Argentina ha formulado oficialmente una solicitud de colaboración al UNICEF y a la Oficina Sanitaria Panamericana, que recientemente ha enviado técnicos para cooperar en el desarrollo del plan.

Antes de finalizar, deseamos agradecer profundamente a la OSP las facilidades dadas para el adiestramiento de nuestro personal técnico. Igualmente, deseo agradecer a Venezuela y a México su reciente labor de adiestramiento de nuestro personal, así como al Gobierno del Brasil que en estos momentos ha recibido personal para perfeccionarse en entomología.

El PRESIDENTE: La Oficina Sanitaria Panamericana, por medio del Dr. Alvarado, hará un comentario sobre los informes que se acaban de presentar.

El Dr. ALVARADO (Jefe, Oficina de Erradicación de la Malaria, OSP): Creo que solamente resta por contestar una pregunta de carácter técnico formulada por el Delegado del Ecuador, que ha requerido nuestra opinión sobre la ventaja de seguir utilizando el dieldrín y las posibilidades de la aparición de resistencia a este insecticida en otros lugares.

De los estudios realizados en diversas partes del mundo, se ha puesto en evidencia que el fenómeno de la resistencia es un hecho complicado que está ligado a distintos factores. El primero de ellos está vinculado al insecto en sí

mismo. Cada especie, y dentro de los anofeles, cada especie de anofeles, tiene su comportamiento especial frente a los insecticidas y así ha podido verse que frente al dieldrín hay especies como el *Anopheles gambiae* que desde el comienzo, desde el primer rociamiento, presentan ya fenómenos de resistencia, lo que quiere decir que hablando en términos de genética, existen en la población normal, en forma permanente, ciertos individuos de la población anofélica que tienen ya en su mosaico genético un gene que capacita a algunos individuos para sobrevivir al insecticida.

No todas las especies anofelinas tienen esta composición genética. Hay muchas que no tienen este gene en forma permanente en su mosaico genético y solamente puede presentarse esta posibilidad con ocasión de una mutación, fenómeno perfectamente conocido en la genética. Y esto es lo que parece haber ocurrido con el *A. albimanus*. De acuerdo con leyes conocidas de estadísticas y de cálculos de probabilidad, cuando esta circunstancia se presenta en un lugar, existen muchas posibilidades de que se presente en otros. Y en esta forma la resistencia se extiende. No es por invasión de la cepa resistente, sino porque este fenómeno empieza a aparecer simultáneamente, y a veces en forma explosiva, en distintos lugares. No es posible prever, sin embargo, que esta situación pueda ocurrir en todos los lugares. No tenemos, por ejemplo, noticias de que en Venezuela, donde el dieldrín se viene usando en forma intensiva durante muchos años, se haya comprobado ya en forma bien definida resistencia del *A. albimanus* al dieldrín. Y puede ser que este caso no ocurra en el Ecuador.

El otro factor es el vinculado al insecticida. Por razones que no se conocen, el dieldrín, como una contraparte de sus maravillosas aptitudes como tóxico, tiene la desventaja de presentar indiscutiblemente una tendencia más acentuada a encontrar, si podemos usar este término, a desarrollar las posibilidades de resistencia en los insectos vectores. Ocurre así con el dieldrín lo que ocurre con una droga antimalárica de excepcional valor en la quimioterapia del paludismo: con la pirimetamina. Ya es sobradamente conocida la relativa facilidad con que esta droga produce resistencia en los *plasmodiums* en comparación con las 4 aminoquinolinas, la cloroquina o el camoquin, de las cuales en ninguna parte y en ningún momento se ha encontrado todavía resistencia en los *plasmodiums*.

Afortunadamente, en lo que respecta al futuro y a las posibilidades de contrarrestar este fenómeno, se ha observado que la resistencia al dieldrín no lleva aparejada resistencia al DDT, y que durante algún tiempo, quizás suficiente para terminar las tareas de erradicación, donde se ha utilizado dieldrín y ha aparecido la resistencia, puede cambiarse por DDT y seguir con éxito las operaciones.

En el caso especial de El Salvador se ha observado, al mismo tiempo, cierto grado de resistencia al DDT, pero éste es un caso especial debido probablemente a que en la zona donde mayormente se ha observado esta resistencia, que es en la zona algodonera, como muy bien ha hecho notar el Delegado de El Salvador, hacía muchos años que se venían usando en forma intensa todos los insecticidas clorados para combatir las plagas del algodonero.

Bastará citar el hecho de que una cooperativa algodonera cuenta con 83 aviones con el fin de aplicar insecticidas en forma de polvo en la zona algodonera, para darse una idea de la extraordinaria presión selectiva que tiene que haber realizado el insecticida para producir la resistencia en los anofeles vectores. Pero además de las ventajas de poder usar el DDT cuando se haya demostrado una resistencia al dieldrín, existen también otros insecticidas pertenecientes a otras familias químicas, los llamados órganofosforados, a los cuales se puede recurrir.

Lo lamentable es que en este momento, si bien se poseen excelentes estudios de laboratorio, excelentes experiencias de campo, éstas son todavía muy reducidas para permitir una recomendación

de carácter práctico para su aplicación en el campo, pero nuestra Organización ya tiene en estudio este programa y ha preparado un plan de acción que, de desarrollarse en los próximos meses, permitirá contar con una respuesta práctica a una situación de emergencia que pueda presentarse, como sería la resistencia simultánea al dieldrín y al DDT.

El único problema todavía por resolver es el del costo, de los costos locales por el aumento de la mano de obra que significa pasar del dieldrín con un rociamiento anual al DDT con dos rociamientos anuales, y el aumento del costo del insecticida. Hasta este momento, los insecticidas órganofosforados y dentro de ellos el malathion, considerado como el más indicado para utilizarlo en la campaña antipalúdica por su mayor poder residual y su escasa toxicidad, son todavía productos demasiado caros, pero se considera que en el caso de tener que ser utilizados en mayor escala, seguramente los precios, debido a una mayor producción, serían más razonables.

Para terminar, quiero decir también que en una reciente reunión del Comité de la OMS de Expertos en Paludismo se ha formulado una recomendación al Director General para que se estimulen los estudios en la búsqueda de nuevos insecticidas, de nuevas familias químicas y de nuevas y más activas drogas antimaláricas susceptibles de solucionar las situaciones de emergencia que se puedan presentar en los programas de erradicación de la malaria.

El PRESIDENTE: Con esta intervención termina la sesión de esta tarde.

Se levanta la sesión a las 18 h. 30 m.

OCTAVA SESION PLENARIA

Lunes, 29 de septiembre de 1958, a las 9 h. 25 m.

Presidente: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos)

Bienvenida al Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. M. G. Candau

Aplausos.

El PRESIDENTE: Se abre la sesión. Tenemos mucho placer en dar hoy la bienvenida al Dr. Candau, Director General de la Organización Mundial de la Salud.

El Dr. CANDAU (Director General, OMS) (*traducción del inglés*): Quiero decir solamente que es para mí un gran placer y un gran honor el poder disfrutar de esta oportunidad de encontrarme presente aquí y poder reunirme con

muchos de ustedes en tan breve plazo después de nuestra Asamblea de Minneápolis. Deseo el mayor éxito a la Conferencia y que esta reunión ayude a mejorar los programas y condiciones de trabajo de nuestra Organización en las Américas y en el mundo entero.

Primer Informe de la Comisión I (Asuntos Técnicos)

El PRESIDENTE: Vamos a examinar el primer informe de la Comisión I. El Relator de la Comisión, Ing. Olivero, tiene la palabra.

El Ing. OLIVERO (Guatemala, Relator): Tengo el honor de informar a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, de que en la primera, segunda y tercera sesiones de la Comisión, celebradas los días 23, 24 y 25 de septiembre de 1958, se examinaron los temas 11-A, 11-B, 11-C, 23 y 15, sobre los que se acordó recomendar a la Conferencia que adopte los siguientes proyectos de resolución:

Tema 11-A: Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1959

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana

RESUELVE:

1. Aprobar el Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1959, contenido en el Documento CSP15/9, incluyendo los programas adicionales que figuran en la Parte B del mencionado documento.

2. Asignar para el ejercicio financiero de 1959 la cantidad de \$3.600.000 en la forma siguiente:

Fines de la Asignación

Título I: Organización Sanitaria Panamericana	\$ 217.162
Título II: Oficina Sanitaria Panamericana—Sede	1.276.464
Título III: Oficina Sanitaria Panamericana—Programas de Campo y otros	2.106.374
Total—Todos los Títulos	\$3.600.000

A deducir:

Ingresos diversos estimados	\$64.714
Cuotas asignadas a Francia, Reino de los Países Bajos y Reino Unido	35.286
Total	100.000
Total a cubrir con cuotas	\$3.500.000

3. Las cantidades que no excedan de las asignaciones incluidas en el párrafo 2 se aplicarán al pago

de las obligaciones contraídas, de conformidad con el Reglamento Financiero de la Oficina, durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1959, inclusive.

4. Las asignaciones señaladas en el párrafo 2 anterior se cubrirán con las cuotas de los Gobiernos Miembros, de conformidad con el Artículo LX del Código Sanitario Panamericano; con las cuotas asignadas a Francia, Reino de los Países Bajos y Reino Unido, de acuerdo con las Resoluciones XV y XL adoptadas en la V Reunión del Consejo Directivo, y con los ingresos diversos propios de la Oficina Sanitaria Panamericana.

5. El Director está autorizado para transferir créditos entre los títulos del presupuesto, siempre que las transferencias de créditos que se efectúen entre dichos títulos no excedan del 10% del título del cual el crédito es transferido. Las transferencias de créditos entre estos títulos del presupuesto que excedan del 10% pueden efectuarse con la aprobación del Comité Ejecutivo. Todas las transferencias de créditos del presupuesto serán notificadas al Consejo Directivo.

El PRESIDENTE: Si no se formula alguna objeción, se dará por aprobado el proyecto de resolución que acaba de leerse.

Aprobado.¹

El Ing. OLIVERO (Guatemala, Relator): El siguiente proyecto de resolución dice así:

Tema 11-B Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1960

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el Documento Oficial No. 24, 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 1960; 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 para que lo tome en consideración al preparar el proyecto de presupuesto de la OMS para 1960,

RESUELVE:

1. Aprobar la transmisión del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, correspon-

¹Resolución III, pág. 24.

diente a 1960, y solicitar al 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 1960.

2. Recomendar que en los programas futuros se preste especial atención a las actividades de administración de salud pública, saneamiento ambiental, preparación de personal, higiene materno-infantil y tuberculosis.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción u observaciones sobre este proyecto de resolución? En caso contrario, se considerará adoptado.

*Aprobado.*¹

El Ing. OLIVERO (Guatemala, Relator): El siguiente proyecto de resolución dice así:

Tema 11-C: Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1960

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el Documento Oficial No. 24, presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, que contiene el Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana correspondiente a 1960; y

Teniendo en cuenta que dicho anteproyecto, una vez aprobado, servirá de base para la preparación del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana, correspondiente a 1960, que se someterá a la consideración de la 37a Reunión del Comité Ejecutivo y de la XI Reunión del Consejo Directivo, en 1959, para su aprobación definitiva,

RESUELVE:

1. Tomar nota del anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para el año 1960.

2. Recomendar que en la preparación de los programas y presupuestos futuros se conceda especial atención a las actividades de administración de salud pública, saneamiento ambiental, preparación de personal, higiene materno-infantil y tuberculosis.

El PRESIDENTE: De no haber objeciones, se considerará aprobado este proyecto de resolución.

*Aprobado.*²

El Ing. OLIVERO (Guatemala, Relator): El proyecto de resolución siguiente dice así:

Tema 23: Estado de la erradicación de la viruela en las Américas

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Teniendo en cuenta que la viruela constituye todavía un importante problema sanitario en algunos países de las Américas;

Considerando que es preciso erradicar esta enfermedad de todos los países, lo que constituirá la mejor garantía para la seguridad de los habitantes del Continente; y

Teniendo en cuenta las resoluciones adoptadas sobre esta materia por los cuerpos directivos de la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud, de manera especial la Resolución WHA11.54, de la 11a Asamblea Mundial de la Salud,

RESUELVE:

1. Considerar la erradicación de la viruela como una necesidad de la salud pública que requiere urgente atención en todos los países de las Américas.

2. Encarecer a los Gobiernos de los países donde todavía existe viruela, que procedan a la realización de planes nacionales de erradicación de dicha enfermedad.

3. Solicitar la cooperación de los Gobiernos Miembros para que faciliten vacuna antivariólica y asesoramiento técnico, con vistas al logro de la erradicación en escala continental.

4. Encarecer a la Oficina Sanitaria Panamericana que adopte todas las medidas necesarias para alcanzar dicho objetivo, entre ellas, la colaboración en la producción de vacuna, el asesoramiento en la organización de campañas en escala nacional y la celebración de reuniones interpaíses con el fin de coordinar las actividades en este campo.

5. Solicitar de la Oficina Sanitaria Panamericana que realice los estudios necesarios a fin de establecer una definición de la erradicación que pueda ser aplicada uniformemente en los diferentes países.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación u objeción a este proyecto de resolución? De no haberlas, se dará por aprobado.

*Aprobado.*³

El Ing. OLIVERO (Guatemala, Relator): El proyecto de resolución siguiente dice así:

Tema 15: Reglamento para las Discusiones Técnicas de la Conferencia y el Consejo Directivo

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el proyecto de Reglamento para las Discusiones Técnicas de la Conferencia y el Consejo Directivo,

¹Resolución IV, pág. 25.

²Resolución V, pág. 26.

³Resolución VI, pág. 26.

RESUELVE:

Aprobar el Reglamento para las Discusiones Técnicas durante las reuniones de la Conferencia Sanitaria Panamericana y el Consejo Directivo.¹

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación u objeción a este proyecto de resolución? No habiéndolas, se considera aprobado.

*Aprobado.*²

El PRESIDENTE: En relación con el informe en su totalidad, ¿hay alguna observación u objeción a que sea aprobado por la Conferencia? El Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Quiero llamar la atención sobre dos puntos de las resoluciones que hemos aprobado esta mañana: el párrafo 2 de la resolución relativa al programa y presupuesto regional de la OMS para 1960, y el párrafo 2 de la resolución sobre el anteproyecto de programa y presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1960. En estos párrafos se recomienda al Director que, al preparar los futuros programas y presupuestos, conceda especial atención a determinadas actividades en el campo de la salud pública. Nuestra Delegación votó a favor de estas resoluciones al ser presentadas en la Comisión I y estimamos que el criterio que las anima es sumamente acertado.

Sin embargo, deseo hacer constar que, a juicio de nuestra Delegación, la adopción de estas resoluciones por la Conferencia es, en realidad, la reafirmación del principio establecido y adoptado por el Consejo Directivo en su VIII Reunión celebrada en septiembre de 1955, al aprobar el Programa General de Trabajo que se presentó en dicha reunión. Para evitar cualquier confusión o conflicto que pudiera presentarse al personal de la Oficina al preparar futuros presupuestos, deseamos hacer constar que, en nuestra opinión, esto constituye una reafirmación del excelente principio adoptado en aquella ocasión.

El PRESIDENTE: El señor Director de la Oficina tiene la palabra.

El Dr. SOPER (Director, OSP) (*traducción del inglés*): Deseo señalar que la decisión tomada por el Consejo Directivo en 1955, a la cual se refiere el Delegado de los Estados Unidos, se relacionaba, según creo, con el programa de plani-

ficación a largo plazo que abarcaba el período 1957-1960. Presumo que esta Organización desearía que en el programa de temas de las reuniones de los cuerpos directivos, probablemente en 1959 o al menos en 1960,—aunque yo creo que debería hacerse el año próximo—se incluyera uno sobre la planificación a largo plazo para después de 1960. Creo que entonces sería el momento en que estos y otros asuntos podrían ser examinados con mayor atención de la que ha sido posible prestarles en esta reunión de la Conferencia.

El PRESIDENTE: ¿Alguna otra observación? ¿Alguna objeción a que se apruebe el informe en su totalidad?

Queda aprobado el primer informe de la Comisión I.

Primer Informe de la Comisión II (Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos)

El PRESIDENTE: El próximo tema en el orden del día es el primer informe de la Comisión II. El Relator de la Comisión, Dr. Bissot, tiene la palabra.

El Dr. BISSOT (Panamá, Relator): Tengo el honor de informar a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, de que en la primera y segunda sesiones de la Comisión II, celebradas los días 23 y 24 de septiembre de 1958, se examinaron los temas 12, 13, 14 y 16, sobre los que se acordó recomendar a la Conferencia que adopte los siguientes proyectos de resolución:

Tema 12: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1957

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes a 1957 (*Documento Oficial No. 26*); y

Teniendo en cuenta que el Comité Ejecutivo aprobó los referidos informes en su 34a Reunión (Resolución IV),

RESUELVE:

Aprobar el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes al ejercicio económico de 1957.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna observación u objeción a este proyecto de resolución? No habiéndolas, se considera aprobado.

*Aprobado.*³

¹El texto del Reglamento aparece en el Anexo 4, pág. 496.

²Resolución VII, pág. 27.

³Resolución VIII, pág. 27.

El Dr. BISSOT (Panamá, Relator): El siguiente proyecto de resolución dice así:

Tema 13: Informe sobre la recaudación de cuotas

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Teniendo en cuenta que el Auditor Externo, en su Informe correspondiente al ejercicio económico de 1957 (*Documento Oficial No. 26*), señaló el peligro de que la Oficina Sanitaria Panamericana puede llegar a encontrarse en graves dificultades financieras si su Fondo de Trabajo no se mantiene a un nivel conveniente; y

Considerando que la Resolución VI, adoptada por el Consejo Directivo en su X Reunión, autorizó el establecimiento del Fondo de Trabajo al nivel del 60% del presupuesto aprobado para el ejercicio económico,

RESUELVE:

1. Tomar nota del Informe del Director sobre la recaudación de cuotas, contenido en el Documento CSP15/14.

2. Expresar la preocupación de la Conferencia por la situación del Fondo de Trabajo que refleja el informe del Auditor Externo correspondiente al ejercicio económico de 1957.

3. Señalar la conveniencia de que los pagos de cuotas se hagan lo más temprano posible dentro del año correspondiente.

4. Solicitar respetuosamente de los Gobiernos Miembros que, tomando en cuenta la necesidad de mantener el Fondo de Trabajo al nivel establecido por el Consejo Directivo en su X Reunión, y con el fin de que la labor de la Organización Sanitaria Panamericana no se vea entorpecida, procuren por todos los medios efectuar lo más pronto posible el pago de sus cuotas atrasadas.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna observación u objeción a la adopción de este proyecto de resolución? No habiéndolas, queda adoptado.

Aprobado.¹

El Dr. BISSOT (Panamá, Relator): El siguiente proyecto de resolución dice así:

Tema 14: Fondo Rotatorio de Emergencia

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre el Fondo Rotatorio de Emergencia (*Documento CSP15/11*), en el que se da cuenta de las actividades relacionadas con dicho Fondo,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe presentado por el Director sobre el Fondo Rotatorio de Emergencia.

2. Declarar su satisfacción por la forma en que los Gobiernos reponen las sumas adelantadas por el Fondo Rotatorio de Emergencia y por la eficacia con que la Oficina Sanitaria Panamericana interviene en los casos de urgencia en que se reclaman sus servicios.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación u objeción a la adopción de este proyecto de resolución? No habiéndolas, queda adoptado.

Aprobado.²

El Dr. BISSOT (Panamá, Relator): El proyecto de resolución siguiente dice así:

Tema 16: Enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

De acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 12.2 del Estatuto del Personal,

RESUELVE:

Tomar nota de las enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, aprobadas por el Director y confirmadas por el Comité Ejecutivo en sus 34a y 35a Reuniones, que figuran en el Documento CE35/2, Anexo 1.

El PRESIDENTE: De no haber objeción alguna, se considerará adoptado este proyecto de resolución.

Aprobado.³

El PRESIDENTE: Someto a la consideración de la Conferencia el informe en su conjunto. ¿Hay alguna observación u objeción a la adopción de este informe en su totalidad?

Queda aprobado el primer informe de la Comisión II.

Tema 24: Informe sobre la organización y labores del INCAP

El PRESIDENTE: Pasamos a examinar el tema 24, Informe sobre la organización y labores del INCAP. Tiene la palabra el Director de la Oficina.

El Dr. SOPER (Director, OSP): Hay tres aspectos de la organización conocida con el nombre

¹Resolución IX, pág. 27.

²Resolución X, pág. 28.
³Resolución XI, pág. 28.

de Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), que quiero mencionar antes de la presentación del informe del Dr. Scrimshaw sobre dicho Instituto y sus actividades.

En primer lugar, he de señalar que el INCAP constituye una novedad, es un tipo de organización internacional que hace diez años era completamente experimental. Tiene una estructura gracias a la cual fue posible establecer, primero para tres y después para los seis países de América Central y Panamá, un sistema de cooperación con el propósito de resolver los problemas de nutrición que se les plantean.

Esta cooperación ha sido posible en gran parte gracias a que existía la Oficina Sanitaria Panamericana y podía asumir la responsabilidad de la administración del INCAP y servir de centro para organizar y continuar este programa.

Debemos tener presente asimismo que entre los países miembros se concertó un acuerdo en virtud del cual todos ellos aportan una contribución financiera y participan en el Consejo del Instituto, órgano que trata de los programas, de los presupuestos y de la administración del mismo.

En el año 1957, sólo una tercera parte aproximadamente del presupuesto, de los recursos disponibles para los trabajos del Instituto, procedía de los Estados Miembros, y el resto lo constituían la participación de la Oficina, las contribuciones de la Fundación Kellogg y las aportaciones de otras fuentes interesadas en ciertos programas de investigación.

Repito que se trata de un nuevo tipo de colaboración internacional, y creo que es solamente aquí, en las Américas, donde ha sido utilizado. Se han tomado en consideración otros problemas que, en el futuro, podrán ser abordados de la misma forma. Por ejemplo, el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, en el Brasil, el Centro Panamericano de Zoonosis, en la Argentina y, más adelante, la solución del problema de los productos farmacéuticos, etc.; pero esta acción internacional, solamente será posible mediante una organización cooperativa con la participación directa, financiera y administrativa, de los países. También hay en estudio el establecimiento de un Instituto de Productos Biológicos para América Central.

Hemos de señalar que, en los próximos meses, los Gobiernos de las Américas tendrán una oportunidad de considerar lo que deben hacer, o

pueden hacer, con respecto al Centro Panamericano de Zoonosis, establecido en Azul, Argentina. Es un problema tal vez más complicado que el de la nutrición, aunque no mucho, y en todo caso, si el problema de la nutrición interesa también a los Ministerios de Agricultura, los de las zoonosis interesan a éstos tanto como a los de Salud Pública.

El segundo aspecto del INCAP que quiero mencionar es el hecho de que no es un centro de investigaciones aislado; realiza investigaciones altamente científicas en el laboratorio, pero tiene también sus programas de investigaciones de campo y sabe combinar los dos tipos de investigación, al mismo tiempo que aplica su programa por mediación de los servicios de salud pública de los Gobiernos respectivos. El INCAP no es, repito, un instituto aislado, sino que trabaja en colaboración con grupos de profesionales en cada uno de los países miembros.

En el momento en que tanto interés despierta la posibilidad de organizar la colaboración mundial, de coordinar los estudios y las investigaciones en el campo de la medicina y de la salud pública en todo el mundo, es muy importante que exponamos aquí, para la consideración del Director General de la Organización Mundial de la Salud, lo que es el INCAP y cómo ha trabajado, porque hasta ahora la OMS no tiene nada semejante.

Ahora que la Organización Mundial de la Salud está interesada en coordinar y estimular las investigaciones de campo, conviene recordar que la Oficina Sanitaria Panamericana ha colaborado durante los últimos 15 años en estudios sobre la aplicación de penicilina en las enfermedades venéreas, sobre moluscocidas, en el problema de la esquistosomiasis, sobre investigaciones relacionadas con el tratamiento de la malaria, sobre la producción de vacuna antivariólica desecada, el empleo de la vacuna de virus vivo contra el tifo exantemático, las investigaciones sobre la fiebre amarilla y, últimamente, como tuvimos ocasión de mencionar hace pocos días, en las investigaciones sobre la posibilidad de inactivar con virus vivo contra la poliomielitis.

El tercer aspecto, que quiero mencionar rápidamente es la importancia del problema de la nutrición. Siempre ha sido importante, pero hoy su importancia es todavía mayor para las organizaciones de salud pública, precisamente porque en la actualidad hay alguna posibilidad de

mejorar la nutrición y de hacer algo útil para los pueblos en este campo de acción, y se advierte un interés cada día mayor en el UNICEF, en la FAO y en todas las organizaciones internacionales que tienen alguna relación con este problema.

Es de suma importancia, por lo tanto, la presentación a esta Conferencia, por el Dr. Scrimshaw, de su informe sobre la historia y las actividades del INCAP.

El PRESIDENTE: El Dr. Scrimshaw tiene la palabra.

Exposición del Director del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá

El Dr. SCRIMSHAW (Director, INCAP): Considero un verdadero privilegio, la oportunidad que me ha brindado el señor Director para presentar en esta Conferencia, de trascendental importancia, un relato de la creación y del desarrollo del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, más conocido como INCAP. Ello me permite hacer una exposición del problema que la desnutrición representa para las Américas, así como de la forma en que la Oficina Sanitaria Panamericana colabora con estos países en la solución de esos problemas, o puede colaborar si se dispone del personal y de los fondos necesarios.

Fue en el año 1946, cuando los países que integran el istmo centroamericano y Panamá, al reconocer que la nutrición constituía uno de los problemas de salud pública de mayor importancia en la región, acordaron aunar sus recursos a fin de establecer una institución regional que funcionara bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana. Se convino en que este organismo tendría como objetivo primordial el desempeño de tres funciones estrechamente relacionadas: en primer término, debería determinar cuáles eran los problemas nutricionales que confrontaban sus países miembros; luego, iniciar la búsqueda de medios prácticos para resolver los mismos; y, finalmente, tratar de obtener beneficios inmediatos, ayudando a los organismos apropiados dentro de cada país en la aplicación de esas medidas.

Cuando fue inaugurado, en 1949, el INCAP no disponía de personal técnico centroamericano que tuviese el grado de adiestramiento requerido. Sin embargo, el Instituto inició sus actividades con un pequeño grupo que había cursado ya un año de estudios superiores en los Estados Unidos, mediante la adjudicación de becas. Desde el principio, el INCAP se mantuvo firme en su política de

crear y desarrollar un cuerpo de profesionales tan bien adiestrado y de tanta experiencia como es posible encontrar en las mejores instituciones del mundo. Esto era necesario, particularmente por el hecho de que los enormes problemas de orden técnico que existen en las regiones llamadas poco desarrolladas requieren el más alto grado de adiestramiento y de capacidad. Se consideró que proporcionar sólo un adiestramiento superficial al personal al que se habría de encomendar el estudio y solución de problemas tan complejos, significaba escoger una línea de acción errónea y, a la larga, perjudicial y desventajosa. Por ello fue preciso sacrificar el personal disponible de inmediato para programas de aparente urgencia, con el propósito de que obtuvieran el adiestramiento necesario, en provecho del futuro. Hoy día, podemos decir que la política seguida por la Oficina Sanitaria Panamericana, como organización encargada de la administración del INCAP, en cuanto al desarrollo del cuerpo de profesionales de esta institución, ha tenido resultados realmente fructíferos. El Instituto cuenta con un espléndido conjunto de profesionales y, aun más, hasta el momento, ni una sola de esas personas ha dejado de volver a sus labores en el INCAP al finalizar sus estudios.

Estas personas precisamente, todas ellas de la América Central y de Panamá, hacen que el INCAP sea un instrumento de servicios efectivos para los países miembros, y asimismo constituyen una garantía de que el INCAP continuará proporcionándoles toda la ayuda posible en el campo de la salud pública, de la nutrición y de las ciencias afines.

El adiestramiento universitario, que me he permitido citar, coloca al INCAP en una excelente situación, pero no prueba en sí que el Instituto sea en realidad una empresa de resultados positivos. En este último sentido, estimamos que sólo la importancia que pueda tener desde el punto de vista científico, así como el significado práctico de sus trabajos, es lo que puede servir para formar un criterio válido. A este respecto, el juicio debe ser emitido por el mundo científico, por los países que lo integran y por la Oficina Sanitaria Panamericana. La historia de sus actividades habla por sí misma.

Parte de los resultados alcanzados en el curso de su trabajo podrían expresarse estadísticamente. Así, en lo que al aspecto educativo concierne, el INCAP ha proporcionado adiestra-

miento especializado a un total de más de 1.000 estudiantes o becarios que han permanecido en el Instituto durante diversos períodos de tiempo o que han participado en cursos en los que los profesionales del INCAP han colaborado activamente. Estos técnicos procedían de 19 de las 20 Repúblicas que integran la América Latina y de otros 25 países de todos los continentes.

Por otra parte, en cuanto a labores de investigación, el INCAP, en cooperación con personal de los departamentos de salud pública de sus países miembros, ha examinado en los seis países a un total de más de 300.000 personas para determinar la gravedad del problema del bocio endémico en la región y a más de 10.000 individuos con el fin de establecer su estado nutritivo. Se han determinado los hábitos alimentarios de casi 2.000 personas o familias; se han recolectado 10.000 muestras de sangre en diversos grupos de población y se han obtenido 5.000 muestras de sangre en animales (todas las cuales han sido examinadas para determinar su contenido de uno o más nutrientes). Además, se han practicado más de 15.000 exámenes en muestras de heces fecales en relación con el parasitismo intestinal y otras 100.000 han sido analizadas para determinar su contenido de bacterias patógenas.

Para dar la mayor difusión posible a sus trabajos de investigación, el INCAP ha publicado más de 200 artículos científicos y ha distribuido 300.000 ejemplares de los diversos boletines y folletos que, en pro de la educación en materia de nutrición, prepara regularmente para uso de los países miembros.

Sin embargo, no se puede evaluar con ecuanimidad el trabajo del INCAP basándose sólo en los datos cuantitativos que he citado, sino que además es preciso juzgar tales actividades cualitativamente. Es lógico inferir que, por su vasto campo de acción, gran parte del trabajo llevado a cabo por el INCAP guarda cierta relación con el que realizan otras organizaciones, así como con los propios de los programas nacionales y no puede, por consiguiente, permanecer ajeno a ese conjunto de actividades. Sin embargo, es oportuno mencionar la importancia de los trabajos llevados a cabo principalmente por el INCAP, tales como la preparación de una Tabla de Composición de Alimentos para uso en los países de Centro América y Panamá; los estudios encaminados a poner de manifiesto las deficiencias alimentarias de que adolecen las dietas de la población en

cuanto a proteína de buena calidad, vitamina A y riboflavina; la demostración de que las deficiencias de ácido ascórbico y vitamina D no constituyen un problema; la labor realizada para demostrar que existe una relación recíproca entre la infección y la malnutrición; las investigaciones para revelar las diferencias existentes en cuanto al valor nutritivo de las variedades de maíz y de frijol que constituyen los alimentos básicos de la región; y la ayuda en el desarrollo y fomento de raciones mejoradas para la alimentación de aves de corral y de ganado mediante la realización de trabajos cooperativos tendientes a demostrar el valor de nuevos forrajes.

Con el propósito de explicar más claramente la forma práctica en que el INCAP funciona, haré uso de dos aspectos ilustrativos de sus actividades: los trabajos relativos al bocio endémico y los llevados a cabo en cuanto a la malnutrición proteica en los niños.

Las primeras encuestas clínicas llevadas a cabo por el INCAP sugirieron que existía una alta prevalencia de bocio endémico en la región. Por ello, se seleccionó en cada país una muestra de población lo más representativa que las circunstancias lo permitieron, y se realizaron exámenes a fin de establecer la prevalencia del bocio endémico asociada a una deficiencia relativa de yodo. Estas encuestas revelaron que el bocio endémico era realmente un grave problema de salud pública en cada uno de los seis países integrantes del INCAP, y en dos de ellos (Panamá y Guatemala) se encontró que cerca de una tercera parte de la población padecía de la enfermedad.

Fue así como se definió el problema. Era necesario combatirlo. Se sabe que el método clásico de prevenir el bocio es mediante la yodización de la sal, pero las técnicas existentes para ese propósito no podían aplicarse a la sal cruda y húmeda que corrientemente se expende en los mercados de la América Central. Para resolver este problema, el INCAP inició pruebas de campo en Guatemala y El Salvador, que se llevaron a cabo con la valiosa cooperación de miembros del personal de los respectivos departamentos de salud pública. Estos trabajos demostraron que, en las personas jóvenes, el bocio respondía pronta y positivamente a la administración de yodo, ya fuese en forma de yoduro de potasio, producto corrientemente empleado para ese propósito, aunque menos estable, o bien a la

suplementación con yodato de potasio, compuesto no hidroscolopico. Los análisis de laboratorio practicados indicaron que este último producto se mantenía estable aun cuando se agregara a la sal cruda y, en vista de estos resultados, se efectuó la instalación de una planta piloto con el fin de demostrar los usos prácticos del yodato de potasio. Se había encontrado ya la solución al problema del bocio endémico. Se procedió luego a facilitar a los países miembros la asistencia necesaria para la elaboración de legislaciones adecuadas, así como para la adquisición del equipo requerido para yodizar la sal, y para la estandarización y aplicación de medidas adecuadas de control. El resultado es que, hasta el momento, tres de las seis Repúblicas ya han dictado las leyes necesarias que establecen como obligatorio que toda la sal puesta a la venta para consumo humano esté debidamente yodizada. En otras palabras, se había ayudado a los países miembros a aplicar las medidas indicadas para resolver el problema del bocio endémico.

Me referiré ahora a la otra fase ya mencionada de las actividades del INCAP. Los estudios realizados por el Instituto fueron revelando gradualmente que el problema fundamental de la nutrición en la América Central era el de la alimentación inadecuada del niño pequeño después del destete. Por ejemplo, un examen de las estadísticas vitales reveló que cerca del 50% de todas las muertes que ocurren en uno de los países miembros eran de niños menores de cinco años y que de un 33 a un 50% de todos los niños nacidos vivos morían antes de alcanzar esa edad. Se observó que el índice de mortalidad en niños menores de un año era más o menos tres veces mayor que el observado en los Estados Unidos, pero que la mortalidad en el grupo de edad de 1 a 4 años era casi 30 veces más alta que la que acusan los Estados Unidos o la Europa Occidental. Una investigación personal de cada fallecimiento acaecido en un período de 2 años, que se llevó a cabo en cuatro poblaciones representativas del país, demostró que cerca del 40% de los niños de 1 a 4 años moría con edema, lesiones de la piel, apatía y anorexia, es decir, con síndrome pluricarenal de la infancia.

Estas cifras estadísticas demostraron también que otro 40% fallecía a causa de episodios infecciosos agudos que no habrían sido fatales de haber ocurrido en individuos bien nutridos.

Los estudios del INCAP han dado a conocer

la manera drástica en que la diarrea tiene por resultado la pérdida neta de proteína. Esto ayuda a explicar que el síndrome pluricarenal de la infancia se desarrolle tan a menudo después de una enfermedad diarreica. En forma semejante, el hecho de que casi todos los niños de edad pre-escolar pertenecientes a los grupos económicos inferiores en la América Central sufran de un grado de malnutrición proteica lo suficiente como para retardar su crecimiento y desarrollo, explica la poca resistencia que estos niños tienen cuando les sobreviene una diarrea infecciosa y otras infecciones. Así se determinó que la malnutrición y la infección, obrando sinérgicamente, eran los factores responsables de los más graves problemas de salud pública en la región centroamericana.

Habiendo definido el problema, el INCAP inició los trabajos requeridos para ayudar a los países a resolverlo. Muy pronto se impuso la convicción de que, aun haciendo todo lo posible por fomentar una mayor producción de leche y de otras fuentes de origen animal de alta calidad proteica, esto no resolvería el problema en un futuro próximo por razones de costo, capacidad de almacenaje y prejuicios existentes en contra del uso de estas fuentes de proteína en la alimentación del niño enfermo. Por consiguiente, el INCAP concentró sus investigaciones en el desarrollo de una mezcla alimenticia de componentes puramente vegetales que, a la vez que efectiva, fuese muy barata y pudiera ser usada por aquellas madres que por dificultades de orden económico no pudieran dar leche a sus hijos. Siento verdadero orgullo en manifestar que las Mezclas Vegetales Nos. 8 y 9, preparadas por el INCAP como medio de atacar el problema, han demostrado ser de aceptación favorable, libres de peligro y del todo comparables, en cuanto a su valor proteico, a alimentos de origen animal tales como la leche y la carne. Estas mezclas han sido administradas con todo éxito a niños como fuente única de proteína y por períodos hasta de tres meses. Además, casi una docena de niños que padecían del síndrome en su forma más severa, han sido curados completamente usando una u otra de las mezclas. En la actualidad ya se está haciendo lo necesario para que la más barata de éstas, o sea la Mezcla Vegetal INCAP No. 9, sea producida y distribuida. Esta medida, a no dudar, será de enorme significado para la salud de la niñez centroamericana y como medio de reducir

el alto porcentaje de mortalidad observado en ese grupo vulnerable de población.

El INCAP también ha hecho un número apreciable de aportaciones específicas y prácticas para incrementar la producción agrícola de alimentos de un valor nutritivo relativamente alto. Ha hecho ver el valor de diversos forrajes de cultivo local y ha demostrado que el ramio cortado cuando es tierno puede ser un forraje de especial valor para las áreas tropicales, siendo capaz de desempeñar un papel semejante al que tiene la alfalfa en las regiones templadas. El INCAP ha demostrado asimismo la existencia de deficiencias específicas de minerales y de vitaminas que limitan la producción animal y que pueden ser fácilmente corregidas agregando mezclas minerales y harinas de hojas verdes a las raciones destinadas para la alimentación animal. En colaboración con los organismos agrícolas de cada uno de los países miembros, ha ayudado a seleccionar las variedades de maíz y de frijol de mejor valor nutritivo, así como de mayor rendimiento. Su Laboratorio de Química Agrícola y de Alimentos continúa investigando activamente los recursos regionales para la producción de alimentos y los medios de incrementarlos o mejorarlos.

Por otra parte, la aterosclerosis (y la enfermedad isquémica del corazón asociada con este trastorno) afortunadamente no es un problema de salud pública entre los grupos de población del medio económico inferior que forma la gran mayoría de la población de la América Central y Panamá. Sin embargo, entre los grupos de profesionales y hombres de negocios, la aterosclerosis sí es una causa primordial de muerte, como lo es en los Estados Unidos y en la Europa Occidental. Los estudios llevados a cabo por el INCAP para investigar este problema han demostrado que, en la población norteamericana, las lesiones ateroscleróticas aórticas más severas se comienzan a desarrollar en los primeros años de la tercera década de vida, mientras que en la América Central esto no sucede por lo general sino hasta después de los 50 años de edad. La causa básica de esta diferencia se encuentra actualmente en estudio, y ya se ha podido demostrar que las alteraciones de las dietas por sí solas cambian sustancialmente los niveles de colesterol en la sangre, sin que haya necesidad de recurrir a otros cambios. Se cree, asimismo, que los niveles de colesterol en la sangre son un índice importante de la tendencia que el individuo

tiene a desarrollar aterosclerosis. Así, la grasa, al parecer, desempeña cierto papel en esta enfermedad y los estudios del INCAP están ayudando muchísimo a definir los límites máximos y mínimos de la grasa de la dieta que son recomendables para el consumo de la población de la América Central.

Como sucede en los otros campos de la salud pública, la escasez de personal debidamente adiestrado obstaculiza grandemente los esfuerzos por mejorar la nutrición. Se requieren, en especial, los servicios de nutricionistas capaces y también es muy necesario el trabajo del personal auxiliar. Asimismo, para organizar y administrar adecuadamente los servicios de alimentación en hospitales e instituciones, es evidente la urgente necesidad de contar con dietistas bien preparados. Es un hecho que los países del centro y del norte de la América Latina carecen de medios adecuados para proporcionar adiestramiento al nivel universitario, ya sea en dietética propia de hospitales o bien en el campo de la nutrición en salud pública, y que los médicos interesados en cursar estudios avanzados en materia de nutrición también confrontan este mismo problema.

Teniendo en cuenta la situación y en su deseo de ayudar a solucionar este grave problema, el INCAP ya está haciendo los planes necesarios para iniciar un nuevo programa de adiestramiento. Abarcará un curso de cuatro años de duración destinado a capacitar a los nutricionistas y dietistas que más tarde, en sus propios países, puedan servir como dirigentes y asumir la responsabilidad de llevar adelante los futuros programas de entrenamiento de otros profesionales y de auxiliares. Hasta tanto no se cuente con un número adecuado de profesionales que puedan encargarse de esas labores, el INCAP también continuará dictando cursos de adiestramiento por cortos períodos, destinados a maestros de educación primaria, enfermeras, trabajadores sociales y otro personal que tenga relación con el desarrollo y fomento de los programas de nutrición.

El INCAP también está llevando a cabo un programa especial para adiestrar en nutrición aplicada a médicos que ya dominen los conocimientos fundamentales de salud pública y que hayan adquirido el título de especialista en salud pública. Dicho programa tiene por objeto proporcionarles experiencia práctica en la ejecución de encuestas clínicas, así como hacerlos participar en

los aspectos nutricionales de las actividades propias de los centros de salud. Además, se continuará adiestrando personal en la práctica de encuestas dietéticas y en varios otros aspectos propios de los trabajos de laboratorio y que son de importancia para el desarrollo efectivo de los programas de nutrición.

Habría sido muy poco práctico que cualquiera de los países miembros hubiese establecido por sí solo un servicio de nutrición capaz de proporcionar los beneficios y servicios que han derivado del INCAP. Más aún, el carácter internacional del Instituto le ha dado una estabilidad tal que trasciende los problemas políticos y económicos que pudiesen surgir en estos países y ha facilitado la obtención de asistencia financiera de otras fuentes.

El patrón regional seguido para la creación del INCAP ha servido de ejemplo y de estímulo en la América Central para el establecimiento, en el orden político, de la Organización de los Estados Centro Americanos; en el económico, del Plan de Integración Económica de Centro América; y en el industrial y tecnológico, del Instituto Centroamericano de Investigación y Tecnología Industrial. El patrón ha demostrado ser factible a la vez que efectivo, y la ayuda prestada al INCAP por la Oficina Sanitaria Panamericana ha constituido un vigoroso ejemplo y ha redundado en beneficio no sólo de los países participantes en el INCAP, sino también de toda la América Latina, gracias al adiestramiento y capacitación que presta a su personal. El éxito del patrón seguido por el INCAP ha servido para que la Oficina Sanitaria Panamericana estudie cuidadosamente la posibilidad de que esta misma línea de acción pueda servir de pauta para resolver otros problemas primordiales de salud pública.

Esta política ya está siendo puesta a prueba en el campo de las enfermedades animales por el Centro Panamericano de Zoonosis, establecido recientemente en la Argentina. Otro campo en el que es probable que los recursos individuales de los países sean inadecuados, es el del control de alimentos y drogas. A medida que la revolución que hoy día tiene lugar en materia de elaboración de productos alimenticios, su empaque y comercio, llegue hasta los países de la región y se consuman más y más preparados alimenticios, el problema de la deliberada incorporación de sustancias químicas a los alimentos de uso común será también cada vez más complejo. Hoy día

ya hay centenares de compuestos en uso y diariamente aumenta el número de aditivos, de algunos de los cuales se sabe que son o pueden ser tóxicos. Por estas razones, no cabe duda alguna de que a medida que el tiempo transcurra, en la América Latina se requerirán los servicios de uno o más institutos regionales que acrecienten las ventajas que proporciona un servicio moderno de drogas y alimentos. En forma semejante, no pasa desapercibido el hecho de que, en el campo de las enfermedades infecciosas el descubrimiento de gran número de virus aún no determinados, el reconocimiento de nuestra ignorancia casi total de los factores que afectan la resistencia y la inmunidad de la gente a las infecciones y la elevada prevalencia de las infecciones entéricas, hacen patente la necesidad de prestar mayor importancia al proyecto de establecer un instituto regional para el estudio de las enfermedades infecciosas.

Aun cuando no se puede negar que los problemas de la nutrición tienen gran significado para la salud pública de los países de la América Latina, este campo no ha recibido, en el pasado, el apoyo financiero y de personal que requiere la importancia de aquellos problemas desde el punto de vista sanitario. Son varias las razones; entre ellas podemos citar el hecho de que las escuelas de salud pública no hayan incluido suficientes conocimientos de nutrición en los programas de estudios que corresponden a los títulos de "Master" y de Doctor en Salud Pública, respectivamente. Además, hay escasez de personal debidamente capacitado en materia de nutrición en salud pública.

Complica aún más el problema, el hecho de que las estadísticas vitales nacionales no revelen directamente la importancia de la desnutrición, así como el costo de los programas de nutrición y, por ende, su dificultad de llevarlos a la práctica. Sin embargo, ha llegado ya el momento en que no se debe ni se puede permitir que ninguna de las razones enumeradas sea una excusa. Por todas estas circunstancias, el Director considera que la Oficina Sanitaria Panamericana debe asumir una función dirigente más activa en otros países de la América Latina fuera de la zona del INCAP.

Los señores delegados saben que aun cuando la situación varía de país a país, el problema de la alta mortalidad en el grupo de niños de edad preescolar es común en la América Latina. Como

ya me permití mencionar, ello se debe a la acción sinérgica entre la infección y la malnutrición. Es verdad que se puede prevenir parte de las infecciones mediante una mejora de las condiciones del medio y de campañas de vacunación. Sin embargo, la malnutrición puede y debe prevenirse, no sólo con el propósito de disminuir el alto índice de mortalidad que acusa ese grupo vulnerable de población, sino con otro más importante aún: el de promover la salud. Juntamente con este grave problema que confrontan los niños de edad preescolar (al que la nutrición se encuentra tan estrechamente ligada), debe considerarse la mortalidad que por causas de la mala nutrición se presenta en el primer año de vida del niño y los efectos adversos que la malnutrición tiene para la propia salud de la madre y la de su hijo.

La Oficina Sanitaria Panamericana necesita no sólo de un Asesor Regional en Nutrición, sino de varios que conjuntamente puedan cubrir los diversos aspectos inherentes a la nutrición en el campo de la salud pública. El cuerpo de asesores en nutrición de la Oficina debe ser suficiente, no sólo para aconsejar sobre la integración de las medidas nutricionales en los programas de salud pública al nivel local, sino también en lo que respecta a la ejecución de las encuestas clínicas, así como al adiestramiento de médicos nutriólogos, nutricionistas y dietistas, y a la organización de servicios de alimentación en hospitales y otras instituciones. La Oficina Sanitaria Panamericana y los países que la integran, deben reconocer que la nutrición es parte esencial de cualquier programa de salud pública bien equilibrado. Es urgente que casi todos los especialistas en salud pública, así como los funcionarios que sirven en cargos administrativos afines, compartan la responsabilidad de combatir la malnutrición. Asimismo, el número limitado de especialistas en nutrición de que hoy día se dispone debe ser utilizado para estimular, adiestrar y guiar a los demás miembros del personal de los servicios de sanidad en la formulación y desarrollo de los aspectos de la nutrición en los programas de salud pública.

En conclusión, aun cuando las estadísticas vitales lo revelan sólo en forma indirecta, en la gran mayoría de los países de la América Latina no existe problema de salud pública que tenga más importancia que el de la nutrición. Los institutos modernos de nutrición y otros centros

de investigación como el INCAP, han definido la naturaleza de los problemas y han sugerido los medios por los cuales éstos pueden ser resueltos, incluso en las circunstancias económicas y sociales que prevalecen en la América Latina.

Hoy día es necesario ampliar los programas de nutrición y existe la posibilidad de hacerlo así. Si no cumpliera esta misión, la Organización no realizaría plenamente su finalidad de ayudar a los países a resolver uno de sus problemas más graves de salud pública.

El PRESIDENTE: El Delegado de Guatemala tiene la palabra.

El Dr. LÓPEZ HERRARTE (Guatemala): En primer lugar, quiero felicitar al Dr. Scrimshaw por la magnífica exposición que ha hecho de las actividades del INCAP.

Varios de los señores delegados me han preguntado qué evaluación damos en Guatemala a los trabajos del INCAP y a los servicios que presta, y a este respecto quiero contestar que lo consideramos invaluable y tal vez la institución internacional más destacada entre las que funcionan en Guatemala.

A través de los trabajos del INCAP nos hemos dado cuenta de que, sin restar importancia a los otros problemas que nos afligen, la causa principal del alto índice de mortalidad infantil que hay en mi país, es indudablemente la malnutrición de nuestros niños, sobre todo del grupo de 0 a cuatro años.

En Guatemala nos hemos percatado de este problema, como digo, gracias a las investigaciones del INCAP; hemos dado, mejor dicho, estamos dando ahora prioridad a este problema y se ha preparado, en colaboración con el INCAP, un plan piloto para tratar experimentalmente a 3.000 niños desnutridos con la Mezcla INCAP No. 9 que, afortunadamente, y según las investigaciones que se han llevado a cabo, produce resultados satisfactorios en un espacio de tiempo relativamente corto. Nosotros esperamos conocer los resultados de este programa para intensificar la labor de educación higiénica, porque hemos llegado a comprobar que la desnutrición de nuestros niños se debe, más que a un problema económico, a un problema puramente educativo. Es la ignorancia, la falta de educación higiénica, la que causa principalmente este problema.

El Instituto Centroamericano de Investigación y Tecnología Industrial se está ocupando actual-

mente en mi país de encontrar la forma de que esta Mezcla INCAP No. 9 se pueda elaborar en cantidades suficientes para llevar a cabo nuestro plan piloto, que comenzará inmediatamente, y del cual tendremos probablemente el gusto de informar a ustedes en breve plazo.

A propósito de lo que manifesté de que es la ignorancia la causa principal de nuestra malnutrición, es muy interesante observar en el informe del Dr. Scrimshaw los problemas que tiene planteados el INCAP por la falta de personal preparado. A este respecto me es muy grato informarles que la República de Guatemala, cumpliendo con los compromisos adquiridos, está a punto de comenzar la construcción de la Escuela de Nutrición que funcionará en combinación con el INCAP. Esperamos que esta escuela sea un centro al que acudiremos no solamente nosotros, los centroamericanos, sino también trabajadores de todos los países, y que pronto en el mundo entero, y particularmente en la América Latina, se podrá prestar a los problemas nutricionales la atención que verdaderamente merecen.

El PRESIDENTE: El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Nuestras palabras van dirigidas, en primer lugar, a expresar nuestra complacencia y honda satisfacción por el informe emitido por el Dr. Scrimshaw en relación con el INCAP, informe que muestra con toda claridad la importancia y magníficos servicios que esa institución cooperativa de Gobiernos presta al mejoramiento de la salud pública en Centro América.

Evidentemente, después de la experiencia que el INCAP representa, nadie habrá de dudar de lo útil que será recomendar que instituciones similares cubran distintas áreas del Continente. Además es importante destacar la conveniencia de establecer regímenes coordinados con otras instituciones que cubran este campo de la nutrición. En este sentido, deseo informar a la Conferencia de las actividades que en este campo lleva a cabo el antes llamado Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia y hoy denominado Instituto Interamericano del Niño, que está abriendo un nuevo campo de actividad intensiva en la nutrición.

El Instituto Interamericano del Niño acaba de celebrar, en estrecha cooperación con el "Unitarian Service Committee", dos simposios sobre

nutrición con excelentes resultados: uno en Cali, Colombia, y otro en Bolivia. Una comisión de técnicos altamente calificados entre los que se destaca, por ejemplo, el Profesor Levin de la Universidad Cornell, Nueva York, acaba de realizar estos simposios, donde Levin por una parte, y María Luisa Saldún de Rodríguez, la destacada profesora uruguaya, por otra, han dejado una magnífica huella y un ejemplo de lo que puede hacerse en corto espacio de tiempo en el sentido de la orientación educativa.

Ha dicho en su informe el Dr. Scrimshaw lo importante que es la preparación de técnicos en materia de nutrición. Es una verdad indubitable. Claro está que no puede perderse de vista tampoco el concepto unitario, central, panorámico, en lo que se refiere al cuidado integral del niño, cuya directriz corresponde, naturalmente, al campo de la pediatría—esencialmente de la pediatría—enmarcada en lo que hoy se admite como denominación más adecuada: la pediatría social. Es importante consignar esta nueva orientación y forma o modalidad de tratar estas cuestiones, debida principalmente a la inspiración del Profesor Roberto Debrey, cuya dedicación todos conocemos, y anticipo a esta Conferencia que el Instituto Interamericano del Niño abrirá fuego cerrado para avanzar en el campo de la pediatría social, insistiendo sobre todo en el aspecto práctico de la nutrición: preparar el nutricionista, educarlo en este campo especializado con el fin de obtener, como ha hecho el INCAP, algunas fórmulas de alimentos especialmente preparados, para subsanar los déficits que en el campo de la producción puedan existir en un área determinada.

Además, quiero felicitar al Dr. Scrimshaw porque, por primera vez en esta clase de reuniones de tipo internacional, los ponentes, los expositores, no nos han abrumado con el término "kwashiorkor" cuando hablan del síndrome pluri-carenencial que es el nombre que naturalmente nosotros aceptamos única y exclusivamente, pues rechazamos ese término extraño sin significación etimológica y que no indica lo que es el síndrome en sí. Creo que, efectivamente, ha hecho muy bien el Dr. Scrimshaw al referirse estrictamente a los estados deficitarios que el niño presenta en el campo de nutrición, a la carencia múltiple de nutrientes, con el término perfectamente conocido, clásico, de síndrome pluricarenencial.

La fórmula que ha preparado el INCAP tam-

bién merece algún comentario. Desde luego, estoy seguro que el Dr. Scrimshaw coincidirá conmigo en que se trata de algo transitorio y temporal mientras la producción del país no baste para facilitar alimento natural, fresco, sin mezclas ni modificaciones de tipo industrial, aunque, desde luego, estas sean muy aceptables cuando permitan cubrir el déficit de la producción natural. También son absolutamente indispensables para compensar ciertos déficits de la producción industrial de países de insuficiente desarrollo, sobre todo en materia de conservación del alimento, donde se acostumbra a fallar por falta de adecuada refrigeración.

En síntesis, la Delegación de Cuba felicita al INCAP, a su dirección técnica, a sus técnicos, dirigidos por un magnífico experto, el Dr. Scrimshaw, y al mismo tiempo extiende esa felicitación a los países que, con gran comprensión política, suscriben el convenio multilateral que el INCAP representa, y que constituye un esfuerzo de Gobiernos, de países, que cuentan con la dirección y el asesoramiento de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Quiero insistir en que un régimen coordinado y un método de esfuerzo conjunto, unido a un contacto de los técnicos de los organismos de acción similar, es muy recomendable para el éxito total. En este caso estoy hablando en mi carácter de representante del Instituto Interamericano del Niño, que es un organismo internacional, de esfera específica en el campo de la protección del niño. A ese Instituto competen plena y totalmente los problemas que se plantean en el campo de la nutrición.

El PRESIDENTE: El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. Muñoz (Perú): El informe documentado y preciso del Dr. Scrimshaw demuestra evidentemente que un problema común a un grupo de países de América ha sido abordado con un criterio técnico. Esa exposición nos ha demostrado que el estado nutricional común a estos países de América Latina ha sido sometido a un eficaz estudio. La forma precisa en que el Dr. Scrimshaw ha desarrollado su programa—primero, investigando los problemas; después, planteando soluciones, y por último, procurando mantener estas soluciones en un plano real—es un ejemplo que deben seguir la mayor parte de nuestros países.

No es este el único mérito del informe del Dr. Scrimshaw. Ha puesto, además, en el terreno de la realidad un problema que, especialmente en nuestro país, es de grave importancia para la salud pública. Nos referimos al problema del bocio endémico, mal desgraciadamente existente en muchos países de América.

El Dr. Scrimshaw ha referido cómo se ha abordado este problema y, felizmente, también en nuestro país se está solucionando definitivamente.

Podemos señalar que hay una legislación apropiada que permite el uso obligatorio de sal yodada y que los diversos expendios regionales de sal yodada en cada una de las partes del país, disponen actualmente de medios y dispositivos para yodizar la sal. De modo que, prácticamente, el 90% de la sal que se consume en el Perú es sal yodada.

Pero hemos visto la gravedad del problema del bocio, lo hemos estudiado en sus diversos aspectos en investigaciones que hemos realizado personalmente, y estamos convencidos de que es necesario que la Conferencia Sanitaria Panamericana haga oír su voz de alerta a todos los países para que este problema sea resuelto.

Hace cuatro años, en un Congreso Internacional de Pediatría celebrado en São Paulo, señalaba lo mismo, pero desde entonces las investigaciones que hemos realizado nos demuestran que poco se ha hecho en gran número de países de América para solucionar este problema. Consideramos conveniente que la Conferencia Sanitaria Panamericana, apoyándose en la autoridad que posee, y en la circunstancia de estar representados en ella todos los países, dé la voz de alerta para que este problema sea definitivamente resuelto. Y como intento ser práctico y concreto, me voy a permitir leer dos proyectos de resolución que someto a la consideración de la Conferencia para que sirvan de orientación y podamos llegar a decisiones concretas que reflejen el pensamiento y los sentimientos de los delegados frente a problemas comunes que gravitan sobre la vida y la salud del niño y de las poblaciones de América.

Los proyectos de resolución que me permito someter son los siguientes:

La XI Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo tomado nota del informe presentado por el Director del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), sobre la organización y labores desarrolladas por dicha institución, que

constituyen un destacado ejemplo del éxito de la coordinación entre los países para el estudio y solución de sus más importantes problemas de salud pública,

RESUELVE:

1. Felicitar al Director del INCAP por la eficaz labor llevada a cabo por el citado Instituto.

2. Considerar la nutrición como un problema fundamental de salud pública en los países de las Américas.

3. Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana la formulación de planes regionales de estudio sobre los problemas de nutrición, en países de condiciones similares, facilitando el asesoramiento técnico necesario.

4. Recomendar a los Gobiernos de los Países Miembros de la Organización que intensifiquen sus encuestas sobre el estado nutricional, el enriquecimiento de alimentos y el intercambio de productos básicos para la alimentación, en forma que permitan resolver las principales deficiencias nutricionales existentes en los países de las Américas.

5. Recomendar a los Gobiernos de los Países Miembros que en los planes de enseñanza de medicina y de estudios postgraduados en materia de salud pública, se considere a la nutrición como tema básico, concediéndole toda la importancia debida, teniendo en cuenta el elevado significado que tiene para el individuo y la sociedad.

6. Agradecer al UNICEF y a la CARE (Cooperative for American Remittances to Everywhere) la colaboración que prestan a los programas de suplementación alimenticia en los países, y expresar el deseo de que continúen otorgando esta valiosa ayuda.

Y el segundo proyecto de resolución sería el siguiente:

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Considerando que el bocio endémico constituye todavía un grave problema de salud pública que es preciso resolver en algunos países del Continente,

RESUELVE:

1. Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que se fomente la realización de encuestas sobre la incidencia del bocio endémico en aquellos países de las Américas en que todavía no se hayan efectuado, y que se facilite la solución de este problema mediante la formulación de planes adecuados, la prestación de asesoramiento técnico y la promulgación de leyes especiales.

2. Recomendar a los Gobiernos de los Países Miembros de la Organización que no hubieran realizado campañas para la prevención del bocio endémico, que las efectúen en forma integral, dada la gravedad que esta enfermedad carencial representa para el individuo y la sociedad.

De esta forma, creo que la Delegación de Perú recoge los anhelos y los sentimientos de los miembros de este Pleno en relación al importante trabajo presentado por el Dr. Scrimshaw, que ha

planteado en el seno de esta Conferencia un problema de vital importancia para todos los países del Continente.

El PRESIDENTE: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. ALLARIA (Argentina): La Delegación de la Argentina quiere asociarse a las felicitaciones expresadas al Dr. Scrimshaw y al Instituto que él dirige. Al mismo tiempo, quisiera informar brevemente sobre la labor que en nuestro país viene realizando el Instituto Nacional de Nutrición, el cual, desde hace muchos años, se ve favorecido con la presencia de becarios de distintos países de América que acuden a seguir cursos de dietistas.

En estos últimos años, el Instituto de Nutrición ha seguido con mucha atención la labor realizada por el Dr. Scrimshaw, y tengo entendido que en conversaciones sostenidas entre el Director del Instituto de Nutrición, Dr. Boris Rothman, y el Dr. Scrimshaw, se han concretado programas en colaboración con la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana, para realizar encuestas sobre alimentación y encuestas de nutrición, que cuentan ya con la participación de una consultora en este tipo de actividades, la Srta. Emma Reh, que se encuentra actualmente en Buenos Aires.

Para actividades de esta índole se proyecta la realización de seminarios regionales sobre alimentos y nutrición, con los cuales nuestro país cree poder contribuir al expresado anhelo del Director del INCAP de ampliar al máximo los conocimientos sobre los problemas nutricionales.

Al mismo tiempo, queremos señalar que a fines del año pasado el Instituto Interamericano del Niño, en cooperación con la FAO y el "Unitarian Service Committee", reunió en nuestra ciudad de Buenos Aires un grupo de trabajo en el cual se desarrollaron distintos aspectos vinculados con los problemas de la nutrición en la infancia. El deseo de participar en cuanta actividad relacionada con este problema se desarrolle en América, ha hecho también que nuestro Gobierno envíe médicos dedicados a los programas de alimentación escolar, al próximo seminario sobre alimentación escolar que se celebrará en Colombia.

Finalmente, confiamos, como ha dicho el Dr. Soper, que con la experiencia del INCAP nuestro Gobierno podrá promover las actividades del Centro Panamericano de Zoonosis, y mostrar en

una nueva Conferencia Sanitaria Panamericana que las actividades de cooperación entre Gobiernos tienen realmente un serio y alto beneficio para los Países Miembros.

El PRESIDENTE: El Delegado de Chile tiene la palabra.

El Dr. HORWITZ (Chile): Interpretando el sentir del señor Ministro de Salud Pública, la Delegación de Chile quiere asociarse a las felicitaciones formuladas por la labor que ha realizado el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, destacando que los progresos alcanzados son seguidos atentamente por nuestro país mediante las publicaciones que regularmente se hacen en el *Boletín* de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Pensamos nosotros en Chile que alimentación y nutrición son problemas de salud pública en que existe un enorme desequilibrio entre el conocimiento y su aplicación práctica. Creemos que la experimentación ha logrado resultados trascendentales que en nuestras comunidades no se traducen a diario en un mejoramiento substancial de los regímenes alimenticios, particularmente de las familias económicamente débiles. Estamos convencidos de que entre las nuevas ideas, los nuevos conocimientos, y su aplicación, media un largo proceso que abarca la producción de alimentos con sus implicaciones económicas, su conservación y protección, su distribución, expendio y consumo. Toda una serie de facetas de este complejo proceso que termina—perdónese el simplismo—disminuyendo la cantidad real de nutrientes en la boca de adultos y niños.

Creemos entonces—e insisto en que se trata de un simplismo, pero todas las cuestiones que se plantean simplemente son habitualmente las más complejas—que en nutrición ha llegado el momento de estudiar y de realizar concretamente los planes para mejorar la calidad y la cantidad de los alimentos de la familia con su presupuesto actual.

Todos sabemos que en nuestro Continente el poder adquisitivo de nuestras familias está por debajo de las necesidades; pero en nuestro país multitud de pequeñas experiencias demuestran que la gente, por falta de conocimiento, gasta ingentes sumas de dinero en alimentos sin ningún significado y en un exceso de consumo de bebidas alcohólicas. Quiere esto decir que dentro de la estructura normal de nuestros

centros de salud, con un asesoramiento técnico adecuado, utilizando el personal habitualmente en servicio (señalo en particular el personal de enfermería y de servicio social), por medio de una labor educativa racionalmente organizada, es posible, repito—y pequeños ensayos así lo demuestran—mejorar la alimentación de la familia con su presupuesto actual.

Por eso, nosotros pensamos que cualquier iniciativa que las organizaciones internacionales tomen en este orden para traducir las ideas en una realidad concreta en materia de alimentación, será de extraordinario beneficio y hará entonces de la nutrición una real y concreta función de salud pública. A este fin, la Delegación de nuestro país está dispuesta a obtener de la Organización Sanitaria Panamericana el asesoramiento técnico del caso.

Reconocemos que el problema es más urgente en Chile en lo que afecta a la alimentación de los niños. Con profundo pesar señalamos que todavía nuestra mortalidad infantil fluctúa en 115 muertos menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos. Y está claramente demostrado que en la solución de este problema participan en igual orden de importancia, la alimentación normal, el saneamiento, la educación, el tratamiento y el diagnóstico oportuno. Así quedó claramente revelado en noviembre del año 1956, en Santiago, con motivo del seminario internacional sobre las enfermedades diarreicas de la infancia, que patrocinó la Oficina Sanitaria Panamericana.

Largas experiencias demuestran que hay una relación directa entre la capacidad económica de la familia y la disminución de los cuadros graves de diarreas. En las familias acomodadas de nuestro país, prácticamente no existe la toxicosis. De tal suerte que si estas ideas generales que nos hemos permitido exponer se empiezan a aplicar a nivel de los centros de salud como una actividad normal y corriente, como son las de control de enfermedades infecciosas, las de saneamiento, etcétera, estamos ciertos que los técnicos en salud podemos contribuir adecuadamente a un progreso substancial de nuestras comunidades y de nuestros países.

El PRESIDENTE: El Delegado del Reino de los Países Bajos tiene la palabra.

El Dr. SWELLENGREBEL (Reino de los Países Bajos) (*traducción del inglés*): Como demostración de la importancia mundial del INCAP, puedo

decir que un miembro del personal de nuestro Instituto de Amsterdam visitó recientemente dicho organismo y que su visita le resultó sumamente provechosa. Como Director Honorario Adjunto del Instituto de Amsterdam, aprovecho esta oportunidad para expresar nuestro agradecimiento al Director de INCAP por su gran ayuda.

El PRESIDENTE: El Delegado del Ecuador tiene la palabra.

El Dr. RAMÍREZ (Ecuador): Me es muy grato manifestar la satisfacción que ha experimentado la Delegación del Ecuador al escuchar el informe del señor Director del INCAP, pues una realización de tal naturaleza significa un adelanto considerable para los pueblos de América. El INCAP representa ya uno de los institutos de nutrición modelos en el mundo. Programa como el que realiza—ya que las condiciones son similares en el Continente en lo referente a alimentación, a nutrición, a problemas económicos, y más bien que en el Continente en América Latina—es un programa que a todos nos beneficia y seguramente veremos muy pronto descender los índices de mortalidad infantil y lograremos que nuestros pueblos, alimentándose mejor, tengan mejores condiciones de vida y una raza mejor para el futuro.

Quería citarles también que en el Ecuador se creó hace algunos años, con el apoyo de la Fundación Kellogg, el Instituto Nacional de Nutrición de Ecuador (INNE), que cuenta actualmente con el asesoramiento de la OMS y la FAO. El INNE ha seguido una trayectoria bastante modesta, pero entre nosotros ya está incrementándose su acción, de tal modo que seguramente muy pronto vamos a obtener resultados satisfactorios. Cuenta actualmente con un director que se especializó en París y que pasó últimamente al INCAP para realizar estudios especiales. Además, cuenta con una asesora de la FAO y un asesor de la OMS/OSP. Una novedad en lo referente al INNE, es que siendo mi país regionalmente doble, quiero decir, una porción andina de meseta y una porción de costa, ambas muy pobladas, la nutrición en ambas regiones no puede ser la misma. De ahí que el año pasado influyéramos para que el INNE estableciese una unidad auxiliar en Guayaquil.

El año pasado, el programa del INNE y de la unidad auxiliar de Guayaquil consistió en llevar a cabo una encuesta de los niños de las escuelas y

de los niños de edad preescolar para verificar su estado físico y, en segundo lugar, una verificación de las zonas de bocio endémico, de tal modo que en estos dos aspectos sigue las líneas directrices de los planes y programas en el Continente.

Esperamos que el Instituto Nacional de Nutrición encuentre siempre un modelo en el INCAP y que nuestros técnicos vayan allí a especializarse. Por todo ello, agradecemos y felicitamos al INCAP.

El PRESIDENTE: El Delegado de Venezuela tiene la palabra.

El Dr. MÉNDEZ CASTELLANO (Venezuela): En nombre de la Delegación de Venezuela felicito igualmente al Dr. Scrimshaw por el magnífico informe que nos ha presentado, sobre todo por su orientación desde el punto de vista práctico. Pero analizando este problema tan interesante y tan debatido de la nutrición, particularmente en la América Latina, vemos que en nuestro país, como posiblemente en algunos otros de la América Latina, es quizás el primer problema que sienta las bases de cualquier otro problema de salud pública. Entre nosotros, como en muchas otras partes, existe el estudio técnico, el análisis del aspecto nutritivo, hechos en mi país a través del Instituto Nacional de Nutrición; existen las campañas de divulgación a través de la División de Educación Sanitaria y del mismo Ministerio de Salud Pública; existen las campañas contra el bocio endémico. Pero todo, a mi entender, no puede ser orientado solamente sobre la base de estudios técnicos y de aspectos divulgativos.

La masa de población de todos los países latinoamericanos carece fundamentalmente de recursos económicos suficientes que le permitan atender esas recomendaciones de orden científico y de orden técnico que dan los Ministerios de Salud Pública. En este sentido, yo me atrevo a proponer a la Conferencia que formule una recomendación a todos los Gobiernos de los países interesados, encaminada a estimular un estudio que lleve al conocimiento exacto de las necesidades económicas de una familia para lograr una dieta adecuada y equilibrada. En otras palabras, que se llegue al establecimiento de un salario mínimo de acuerdo con las necesidades de cada país interesado. Esto me parece que es una cosa importante desde el punto de vista práctico, porque sin un salario adecuado sobran tanto las

recomendaciones técnicas como las de carácter educativo.

El PRESIDENTE: El Delegado de Haití tiene la palabra.

El Dr. NICOLAS (Haití): Mi Delegación se siente muy complacida al poder adherirse también a estas felicitaciones que se han dirigido al Director del INCAP por el excelente informe que ha presentado a la Conferencia. Quiero indicar también que los problemas de nutrición en mi país tienen gran importancia, y aprovechamos esta oportunidad para decir que el Servicio de Nutrición, gracias al INCAP y a los otros organismos interesados, va a comenzar a funcionar dentro de poco y esperamos, por lo tanto, obtener grandes ventajas. Nos complace poder cooperar con estos organismos y con todos los Países Miembros de esta Organización para llevar a la práctica este programa.

El PRESIDENTE: El Delegado de Colombia tiene la palabra.

El Dr. ABAD GÓMEZ (Colombia): La Delegación de Colombia desea unir sus felicitaciones a las que el señor Director de la Oficina y el señor Director del INCAP han recibido por el magnífico informe presentado. Quiero subrayar dos puntos importantes que creo son de gran trascendencia.

En primer lugar, el importante énfasis que se ha puesto sobre la mortalidad en menores de cinco años; la trascendencia que tiene para nuestros países menos desarrollados que no se analice solamente la mortalidad infantil en menores de un año, sino en menores de cinco años. Abarcamos así los problemas más importantes para nosotros: la desnutrición y las enfermedades infecciosas.

En segundo término, la importancia que tendría que el informe del Dr. Scrimshaw fuera difundido ampliamente por todos nuestros países. Me refiero específicamente a que las publicaciones que se hagan al respecto se envíen en la mayor cantidad posible a los ministerios, para que éstos puedan remitirlas a los centros de salud y a las secretarías departamentales de salud pública, con el fin de que tengan en realidad la difusión que por su importancia merecen. Y también, sobre todo, a las facultades de medicina, donde los profesores de medicina preventiva pueden difundir estos importantísimos conocimientos entre los futuros médicos. Estoy seguro de que

los preparados de que se ha informado, como las Mezclas Vegetales INCAP Nos. 8 y 9, pueden influir en gran forma en mejorar nuestro estado nutricional mientras no aumente la producción de alimentos.

Nosotros hemos visto en Colombia, específicamente en el Departamento de Antioquia, cómo suplementos alimenticios a base de leche descremada, recibidos en grandes cantidades, por miles de toneladas, de la institución norteamericana CARE, han hecho disminuir en gran parte la incidencia de ciertas enfermedades y reducido la consulta de niños enfermos en nuestros diferentes centros de salud.

Por último, quisiera repetir que en Colombia, como ya se dijo en el informe cuadrienal, se ha hecho obligatoria—y se está practicando—la yodización de toda la sal para consumo del país y también se está experimentando un programa que consiste en agregar harina de soya al pan, lo que consideramos importante para aumentar la cantidad y la calidad de las proteínas de este elemento esencial de la alimentación.

Repito de nuevo mis felicitaciones a la Oficina y al señor Director del INCAP por esta magnífica y excelente presentación.

El PRESIDENTE: El Delegado de Panamá tiene la palabra.

El Dr. BISSOT (Panamá): Yo también deseo felicitar muy efusivamente al Dr. Scrimshaw por la magnífica exposición que acaba de hacer sobre el funcionamiento del INCAP.

No hay duda de que cuando por primera vez pensamos en fundar este Instituto, apenas si vislumbrábamos el éxito que había de alcanzar y el valor que había de tener para los países del área de Centro América y Panamá. Si bien conocíamos que existían grandes problemas de nutrición en nuestro país, las encuestas nutricionales y clínicas que se llevaron a cabo demostraron que la situación era mucho más grave de lo que nosotros suponíamos. Uno de ellos, el bocio endémico, fue mencionado en el informe del Dr. Scrimshaw y me place anunciar que la legislación pertinente para hacer obligatorio el uso de sal yodada ya está en vigencia en Panamá, y que estamos ahora mismo en la fase final de instalación de las plantas de yodización de la sal. Igualmente, el Instituto ha cooperado con nuestro país en la preparación de la legislación relativa al enriquecimiento de la harina de trigo. Este problema

se enfocó desde dos puntos distintos: uno, haciendo obligatorio el uso de harina enriquecida en la preparación del pan, y el otro elevando los aranceles de la harina no enriquecida.

Actualmente trabajamos también en el aspecto del enriquecimiento del arroz. Pero, para no demorar, sólo deseo hacer hincapié en la gran ayuda que nos ha prestado el Instituto para el fortalecimiento de los servicios locales de nutrición. No solamente nos ha dado asesoramiento y orientación técnica, sino que nos ha facilitado su sede para el adiestramiento de personal nacional, y me place recordar a los señores delegados que estas facilidades están a disposición de todos los países, y que si cristaliza la idea de la fundación de la Escuela de Nutrición, el adiestramiento que se pueda prestar y la ayuda que se pueda dar a los países de América será mucho más grande de la que hoy está a disposición de todos.

El PRESIDENTE: El Delegado de El Salvador tiene la palabra.

El Dr. AGUILAR (El Salvador): Una de las investigaciones del INCAP, que ahora está dando resultados prácticos, es el conocimiento de las tablas de alimentos en cada uno de los países de Centro América. En lo que se refiere a El Salvador, estas tablas se usan actualmente para elaborar dietas, teniendo en cuenta también el aspecto económico, para los obreros y para los centros de salud, así como para las guarderías infantiles.

En octubre de este año habrá una reunión en el área de demostración sanitaria, a la que asistirán técnicos del INCAP; será una mesa redonda sobre nutrición, en la que participarán enfermeras, médicos, auxiliares e inspectores sanitarios, para insistir no tanto en los aspectos científicos y técnicos como en los económicos y prácticos, y tratar de eliminar la idea suscitada en tiempo de la guerra, de que el individuo, en el mismo día, tenía que comer de todo, carnes, huevos, frijoles y verduras; este es el primer paso, y para más adelante están previstas otras mesas redondas con pediatras, etc.

En el aspecto de la nutrición, desde el punto de vista de la salud pública, la orientación que puede dar el pediatra no deja de ser un problema porque generalmente su adiestramiento ha sido realizado en el extranjero, de manera que las dietas que prescribe pueden ser seguidas únicamente por familias acomodadas; tratamos, por lo tanto, de

llevar a su conocimiento estas tablas y, sobre todo, su aspecto económico, a fin de que puedan orientar mejor la alimentación de la población que atienden en los hospitales y en los servicios locales de salud.

Teniendo en cuenta que la mayor mortalidad es en el grupo de uno a cuatro años de edad y que la mayor incidencia de diarreas y enfermedades relacionadas con la nutrición se da en este mismo grupo, los servicios locales están variando sus métodos en el sentido de disminuir la atención a los niños de menos de uno año, porque están mejor cuidados por la madre y, además, tienen por lo menos la proteína de la leche; se dedicará, en cambio, mayor atención a los niños de uno a cuatro años, por medio de servicios de enfermería y de asistencia médica.

Deseo felicitar al Dr. Scrimshaw y a la Oficina Sanitaria Panamericana, y asimismo a la Fundación Rockefeller por la ayuda que presta al programa del INCAP.

El PRESIDENTE: El Delegado de Venezuela tiene la palabra.

El Dr. BERTI (Venezuela): Al felicitar a la Oficina Sanitaria Panamericana, al INCAP y particularmente al Dr. Scrimshaw, por la interesante descripción de las labores y los resultados obtenidos, quiero aprovechar la oportunidad para referirme a un dato que, muy de paso, se da en el informe, y es el relativo a la comparación entre la mortalidad infantil en los países estudiados y la que se registra en los Estados Unidos. La mortalidad infantil en los cuatro países estudiados era tres veces mayor que en los Estados Unidos. En el grupo de uno a cuatro años, tiene, en los países estudiados, una mortalidad treinta veces mayor que en los Estados Unidos. La sola enunciación de ese hecho es un reto a los sanitarios latinoamericanos para que desarrollen una vigorosa acción dentro de ese grupo de edad. Es un dato que el informe, por supuesto, menciona muy brevemente, pero que no debe pasar sin comentarios ni dejar de someterse a la consideración de todos los departamentos sanitarios de la América Latina.

Y en cuanto a lo que se puede hacer a favor de este grupo, aparte de las medidas nutricionales, hay otra a la cual se ha prestado muy poca atención en las Américas: es el control de las moscas. Cuando el niño, al cumplir el año, sale del microambiente favorable que le proporciona

la madre y del disfrute de los servicios sanitarios, bastante avanzados, que existen para atender a los menores de un año, queda expuesto a las condiciones generales del medio ambiente. Tenemos pues que luchar en el aspecto nutricional y en el aspecto de los efectos del medio ambiente, y creo que si prestamos atención al problema de las moscas, ese es un eslabón fácil de atacar para proteger a los niños de uno a cuatro años.

El PRESIDENTE: El Delegado de Honduras tiene la palabra.

El Dr. ZEPEDA (Honduras): La Delegación de Honduras desea felicitar al Dr. Scrimshaw por el valioso informe que nos ha presentado.

Honduras, como miembro del INCAP, ha obtenido los beneficios de esta institución, ya que la malnutrición constituye uno de los grandes problemas de salud en nuestro país. Con la asistencia técnica del INCAP se han hecho investigaciones sobre el bocio endémico, enfermedad que en algunas zonas ha alcanzado porcentajes bastante altos, y a la vez se está tratando de mejorar la alimentación de nuestro pueblo, bien sea recomendando el uso de alimentos nativos de alto valor nutritivo o mediante el enriquecimiento de aquellos que la población consume diariamente.

El PRESIDENTE: El Delegado del Reino Unido tiene la palabra.

El Dr. GILLETTE (Reino Unido) (*traducción del inglés*): La Delegación del Reino Unido desea ciertamente unirse a todos los demás países que han expresado merecidas felicitaciones al Dr. Scrimshaw, Director del INCAP, por el magnífico trabajo que el Instituto ha realizado. Hay uno o dos aspectos de esa labor que nos han llamado especialmente la atención. En primer lugar, el INCAP como organización constituye, a nuestro entender, un magnífico ejemplo de la idea de cooperación de grupos nacionales, idea que desearíamos se extendiera por todas nuestras Américas. En segundo lugar, nos ha impresionado la serie de tablas detalladas acerca del valor nutritivo de los alimentos que se han mencionado en el informe del Dr. Scrimshaw, y sobre todo, la estrecha integración del trabajo de laboratorio y la labor de campo en la realización de esos estudios.

Recientemente hemos demostrado en forma concreta nuestro interés por el INCAP y por la labor que se lleva a cabo en los Institutos Nacionales de Nutrición de las Américas. El Consejo

Británico de Investigaciones Médicas, organización encargada de la coordinación de estas investigaciones en la Comunidad Británica de Naciones, ha establecido una Unidad sobre Metabolismo Tropical en el University College de las Indias Occidentales Británicas, situado en Jamaica. Hace muy poco tiempo, el Director de dicha Unidad se entrevistó con el Dr. Scrimshaw para examinar la labor que se hace en el INCAP y aprovecharse de las enseñanzas obtenidas en el mismo.

Abrigamos la esperanza de que la Oficina pueda llevar a cabo, tal vez en un futuro no muy distante, un análisis completo de los resultados de las investigaciones realizadas por los distintos Institutos Nacionales de Nutrición de las Américas. Creemos que este análisis nos sería muy útil, ya que a veces observamos que no existe correlación entre esos resultados.

Reiteramos nuestro agradecimiento al Dr. Scrimshaw, a la Oficina y al personal por la magnífica labor que se está realizando en el INCAP.

El PRESIDENTE: El Delegado de Costa Rica tiene la palabra.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): La Delegación de Costa Rica se une a las manifestaciones expresadas por las delegaciones que me han precedido en el uso de la palabra en favor de la labor realizada por ese núcleo de excelentes técnicos que trabajan en el INCAP, bajo la dirección del Dr. Scrimshaw.

En algunos momentos, cuando nació el niño y empezó a vivir, tuvimos dudas, más que técnicas, económicas. Posteriormente nos dimos cuenta de que el niño estaba creciendo con demasiada rapidez y que, posiblemente por ese crecimiento rápido, podía escapar a nuestro control desde el punto de vista económico. Sin embargo, en un programa de estabilización entre el Consejo del INCAP y el señor Director, ese crecimiento está más o menos dirigido, y el apoyo económico ha sido indudablemente, creo, el mejor reconocimiento que el grupo técnico del INCAP, bajo la dirección del Dr. Scrimshaw, ha recibido de los países, que no han dudado en aumentar sus cuotas. La cuota del INCAP para Costa Rica es superior a cualquier otra cuota internacional. En este momento estamos contribuyendo, cada país miembro, con \$17.500, y pese a la baja del precio del café,—que tenemos que tener presente para el futuro, por limitaciones en los ingresos

presupuestales—no creo, dado su éxito, que sería difícil lograr todavía un aumento mayor para apoyar una de las actividades proyectadas que es la creación de una Escuela de Nutrición.

El PRESIDENTE: El Delegado de Nicaragua tiene la palabra.

El Dr. CASTILLO RODRÍGUEZ (Nicaragua): Deseo expresar también, en nombre de mi país y de mi Delegación, el agradecimiento más sincero al Dr. Scrimshaw por su magnífico informe.

Por otra parte, me satisface mucho el hecho de que los delegados de los demás países latinoamericanos hayan dado al informe del Dr. Scrimshaw la importancia que merece, y deseo que ellos también unan sus esfuerzos, su voluntad y sus conocimientos y se incorporen a los trabajos que desarrollan actualmente Centro América y Panamá en beneficio de la salud latinoamericana.

El PRESIDENTE: El Delegado del Uruguay tiene la palabra.

El Dr. BERTOLINI (Uruguay): El Gobierno del Uruguay, por mi intermedio, hace también extensivas sus felicitaciones a la Oficina Sanitaria Panamericana, por haber traído a esta reunión un tema tan interesante. Felicitaciones, desde luego, mucho más calurosas al Director del INCAP, por el extraordinario informe que ha presentado a la Conferencia. Pero el Uruguay, con la misma inquietud de todos los Estados Americanos, tiene su problema nutricional, más o menos intenso, y una de sus dirigentes en este campo, la Dra. Saldún de Rodríguez, ha recorrido prácticamente toda América estudiando el problema.

Quiero destacar dos puntos: en primer lugar, que hace ya tres o cuatro años existe una Comisión que está llevando a cabo una evaluación del desarrollo del bocio en todo el territorio nacional y cuyo informe final se publicará en breve. En segundo término, que a pesar de que el Uruguay cuenta con una Escuela de Dietistas, veríamos complacidos que el INCAP recibiera en su seno, en la medida de sus posibilidades, a algunos becarios de nuestro país.

En ese sentido, y por todo lo expuesto, el Uruguay apoya calurosamente los proyectos de resolución presentados por el Delegado del Perú sobre este tema.

El PRESIDENTE: El Delegado de México tiene la palabra.

El Dr. DIÁZ COLLER (México): La Delegación de México se une a las felicitaciones dirigidas al Dr. Scrimshaw, por la labor que, según su informe, está desarrollando el INCAP. Y deseo felicitar igualmente a los países hermanos de Centro América y Panamá por el magnífico ejemplo de cooperación y colaboración que han dado a nuestro Continente y al mundo. Es con este tipo de uniones para desarrollar programas conjuntos como se podrán dominar eventualmente los problemas sanitarios y de otra índole que aquejan a la humanidad.

El PRESIDENTE: Tenemos ante nosotros los proyectos de resolución propuestos por el Delegado del Perú, en relación con el informe del Dr. Scrimshaw. ¿Hay alguna observación o comentario sobre los mismos? El Director de la Oficina tiene la palabra.

El Dr. SOPER (Director, OSP): Antes de entrar en la discusión de los proyectos de resolución, creo que será conveniente hacer observar, a título de información, que casi todos los países de América han hecho ya investigaciones—en parte por lo menos—sobre la incidencia y la distribución del bocio en el país, y un número relativamente grande de los países tienen ya leyes sobre la aplicación del yodo, y algunos de ellos las están ya aplicando.

En otros casos las leyes han sido letra muerta y es muy importante, en beneficio de los pueblos, que estas leyes se apliquen. Entonces, tal vez la redacción de la resolución debiera limitarse, más bien, a recomendar que se aprovechara lo que ya tenemos en lugar de pedir otras investigaciones.

Antes de concluir la discusión quiero informar al Delegado del Reino Unido que hay en proyecto un análisis para conmemorar los diez años del INCAP, que se cumplirán precisamente en septiembre de 1959. Sería un resumen, un análisis de todo lo que se ha hecho realmente sobre el problema de la nutrición en América Latina durante los últimos diez años.

El PRESIDENTE: El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Son dos los proyectos de resolución que he presentado, uno sobre la labor del INCAP y los problemas de la nutrición, y otro sobre el problema del bocio. Estoy de acuerdo con el Dr. Soper en que realmente ha habido progreso en los últimos años en relación con el problema del bocio, pero las investigacio-

nes que hemos realizado sobre los estudios efectuados en varios países demuestran que aún queda mucho por hacer.

Yo creo que una de las cosas interesantes que esta Conferencia puede hacer, consiste en estimular precisamente a los países que no hayan realizado esos estudios, a que los hagan y completen. Hemos modificado ligeramente la redacción del proyecto de resolución presentado para señalar únicamente que ese estímulo va dirigido a los países que no hubieran realizado aún la campaña. Nos parece de mucha importancia, dada la gravedad social que reviste el problema del bocio, que esta Conferencia deje constancia precisa de que hay necesidad de terminar con esta campaña.

Señores delegados, ustedes saben que el bocio es una enfermedad tan grave quizás como la viruela, a mi juicio mucho más grave aún. Si la viruela deja estigmas en la cara, y actualmente se ha podido o se puede combatir con facilidad, el bocio deja estigmas en el alma de los niños, deja cretinos, deja sordomudos, cuya recuperación, en realidad, es difícil. Son seres inútiles que quedan en la sociedad como parias y que son demostraciones evidentes de la poca preocupación de los Gobiernos y de los pueblos.

Yo creo que esta Conferencia cumplirá su deber con altura, con dignidad, estimulando a los Gobiernos para que no quede un solo país en América donde todavía pueda existir bocio y donde todavía persistan estos seres como recuerdos tristes de que la sanidad no cumplió con su deber.

El PRESIDENTE: ¿Alguna otra observación? ¿Podría el Dr. Muñoz leer de nuevo el proyecto de resolución sobre el INCAP?

El Dr. Muñoz (Perú) lee su proyecto de resolución sobre la organización y labores del INCAP.

El PRESIDENTE: ¿Cuál es el parecer de la Conferencia sobre este proyecto de resolución? ¿Hay alguna propuesta? El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Yo creo que el proyecto de resolución presentado por el Delegado del Perú es muy claro. Está estilizado, por cierto brillantemente, por su pluma. Por consiguiente, propongo que se vote inmediatamente la propuesta, la cual, desde luego, yo apoyo.

El PRESIDENTE: El Delegado del Ecuador tiene la palabra.

El Dr. RAMÍREZ (Ecuador): Para apoyar la moción del Delegado de Cuba.

El PRESIDENTE: El Delegado de Nicaragua tiene la palabra.

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua): Tengo la satisfacción de apoyar el proyecto de resolución del Delegado del Perú.

El PRESIDENTE: El Delegado de Colombia tiene la palabra.

El Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia): Para preguntar al Dr. Muñoz si tendría la bondad de agregar la FAO, que creo que no se menciona, entre los organismos que están prestando colaboración a esta labor.

El Dr. MUÑOZ (Perú): No hay ningún inconveniente.

El PRESIDENTE: Se ha modificado el proyecto de resolución para añadir el nombre de la FAO entre los de los organismos que prestan su colaboración. ¿Alguna otra observación? Queda aprobado el proyecto de resolución sobre el INCAP.

Aprobado.

El Dr. Muñoz (Perú) lee seguidamente su proyecto de resolución revisado sobre el problema del bocio endémico en las Américas.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna observación sobre este proyecto de resolución? ¿Alguna objeción? El Delegado de Colombia tiene la palabra.

El Dr. ABAD GÓMEZ (Colombia): Simplemente, para proponer una modificación, de acuerdo con la observación del Dr. Soper. Es considerable la legislación promulgada, pero son muchos los países que no la aplican. Se podrían agregar, por lo tanto, las palabras "para que establezcan la legislación y los que la tengan establecida la apliquen realmente", que es lo que parece que está faltando más en la mayoría de los países.

El PRESIDENTE: El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. Muñoz (Perú): Yo creo que en la forma como está redactado el proyecto de resolución se completan los dos conceptos; por un lado se recomienda que la Oficina estimule a los países que no hayan realizado la campaña y no tengan legislación; y, por otro lado, que los Gobiernos

¹Resolución XII, pág. 29.

que tengan legislación, cumplan con la obligación de aplicarla. Yo creo que los dos conceptos están perfectamente definidos, tal como entiende el Dr. Abad Gómez.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación? No habiéndola, queda aprobado el proyecto de resolución sobre el problema del bocio endémico en las Américas.

Aprobado.¹

Tema 22: Informes sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (conclusión)

El PRESIDENTE: Vamos a examinar ahora el tema 22, cuyo debate se suspendió en la última sesión plenaria. ¿Hay alguna delegación que quiera hacer uso de la palabra sobre este tema? Tiene la palabra el Delegado del Reino de los Países Bajos.

El Dr. SWELLENGREBEL (Reino de los Países Bajos) (*traducción del inglés*): Deseo someter a la atención de la Conferencia un asunto que no se ha tratado. En una de las reuniones del Comité de la OMS de Expertos en Paludismo se planteó el problema de cómo emplear al personal de los programas de erradicación al quedar éste cesante por haber terminado con éxito su trabajo. Se sugirió que tal vez este personal podría ser empleado eficazmente en actividades generales de salud pública. Aunque no sé que ninguno de los Gobiernos aquí representados tengan planteado este problema en la actualidad, me gustaría comentar por qué debe considerarse que el personal de los programas de erradicación está capacitado para llevar a cabo aquel tipo de trabajo.

La primera pregunta que debe contestarse es qué era lo que se proponía el Comité de Expertos. Nada revela sobre este punto el informe correspondiente, de modo que me veo obligado a formular una respuesta por mi cuenta propia. Es la siguiente:

Hay extensas áreas rurales donde, una vez erradicada la malaria, la situación quedaría sin duda muy mejorada, pero aún considerablemente por debajo del nivel sanitario deseable.

Aún más, es probable que los habitantes de las áreas rurales (y estoy pensando en éstas exclusivamente) se opongan con bastante tenacidad a la introducción de ideas y medidas modernas de salubridad y particularmente las relacionadas con

la vivienda y la nutrición en el más amplio sentido de estas palabras.

Esa resistencia puede ser vencida únicamente si el administrador de salud pública cuenta con personal auxiliar bien familiarizado con la población rural en sus más íntimos ambientes, es decir, en el seno del hogar.

Las personas así descritas, trabajando individualmente o en grupos, serían a modo de antenas proyectadas por el administrador de salud pública para ponerse en contacto con la población, conocer sus sentimientos, sus errores y sus prejuicios, a fin de poder superar inteligentemente estos obstáculos.

Suponiendo que estas son las personas a que se refería el Comité de Expertos, la segunda pregunta que debemos contestar es: ¿Por qué el personal de los programas de erradicación debe estar particularmente capacitado para llevar a cabo las actividades generales de salud pública antes definidas? La documentación publicada no me ofrece indicio alguno para responder a esta pregunta y tengo nuevamente que formular mi propia contestación.

En primer lugar, debo recordarles el hecho de que el elemento más importante en la erradicación de la malaria es el terreno donde habrá de librarse la batalla. Este terreno ya no es la zanja, la charca, el pantano o el riachuelo donde han de exterminarse las larvas, sino la habitación humana donde hay que destruir, mediante rociamientos, a los mosquitos infectados, y el organismo humano donde hay que eliminar, por medio de las drogas, lo que quede de la población de parásitos de la enfermedad.

El control de la malaria, por medio de medidas contra las larvas, podía efectuarse, en cierto sentido, sin que el grupo dedicado a esta clase de trabajo tuviera relación con uno solo de los habitantes, sin que se interesara por la población local, ni hablara su idioma, ni tuviera el menor tacto para tratar a la gente. Por consiguiente, el control de la malaria era una actividad que podríamos llamar "sin calor humano".

En cambio, la erradicación de la malaria es "humana". Se enfrenta al hombre en su ambiente más íntimo y privado: en el hogar y, además, en su propio cuerpo. Esto requiere un alto grado de tacto y sutileza por parte del personal de los programas de erradicación. Durante los años que dure su trabajo, se le somete a un régimen de selección continuo e implacable; todo aquel in-

¹Resolución XIII, pág. 29.

dividuo que no llegue a alcanzar los niveles más altos de idoneidad habrá sido despedido mucho antes de terminar la tarea. Cuando finalmente se complete la labor de erradicación, esas personas constituirán grupos de trabajo muy superiores a los que "podrían ser empleados eficazmente en actividades generales de salud pública". Serán ellos precisamente los grupos que el administrador de salud pública más necesita para poder continuar su labor. Y estos grupos nunca habrían alcanzado su alto grado de eficiencia de no haber sido adiestrados en esa exigente "escuela"—si se me permite la palabra—de la erradicación de la malaria.

El PRESIDENTE: El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Quiero referir una modesta experiencia realizada en una parte de mi país, en el norte del Perú, en relación con la mejor manera de diagnosticar los casos de malaria. Estamos seguros de que, con la campaña técnicamente realizada y bien dirigida, va a llegar un momento en que sea indispensable poder conocer si estamos o no frente a un caso de malaria para poder tratarlo convenientemente, y llegar efectivamente a la erradicación de la malaria en el Continente.

La inyección de adrenalina que se ha empleado en algunos casos para poder determinar la presencia de hematozoarios en el torrente circulatorio no ha dado a veces los resultados deseados. El Dr. von Braun y el que habla hicieron una experiencia en 140 casos en el norte del país, casos que eran dudosos, en niños que presentaban cuadros febriles variados y de diversa sintomatología, en algunos muy diversa porque la malaria en el niño es verdaderamente poco uniforme; había diversos cuadros clínicos de malaria, y se empleó en esos casos ácido ascórbico en dosis de un gramo administrado por vía intravenosa durante 5 días consecutivos. En el 64% de los casos estudiados se produjo un cuadro clínico exactamente igual al cuadro clásico de malaria, o sea, escalofrío, fiebre, etc.

Creemos que esta experiencia no es suficientemente amplia y la expongo a la consideración de los señores delegados para que en el momento en que el número de casos disminuya, y sea necesario evaluar esos casos, pueda ser empleada a fin de demostrar si es beneficiosa o no. Creemos que el empleo de ácido ascórbico en dosis altas

administradas por vía intravenosa permite quizás facilitar un diagnóstico preciso. Creemos que esta experiencia en muy pequeña escala puede ser repetida u observada en mayor número de casos. Nos agrada mucho que algunos de los señores delegados pudieran repetir la experiencia en el futuro, a fin de determinar si da o no resultados satisfactorios.

El PRESIDENTE: Tenemos pendiente el proyecto de resolución que el Delegado del Perú presentó en la sesión plenaria anterior. Ruego al Dr. Muñoz que lea de nuevo dicho proyecto.

El Dr. MUÑOZ (Perú): En relación con el problema de la malaria hemos tratado de interpretar los sentimientos y las aspiraciones de los señores delegados, que hemos resumido en el siguiente proyecto de resolución:

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana referente al estado de la erradicación de la malaria en las Américas;

Teniendo en cuenta los considerables esfuerzos que, tanto en el orden técnico como en el económico, realizan los Países Miembros de la Organización para conseguir la erradicación de dicha enfermedad; y

Teniendo en cuenta las resoluciones de los cuerpos directivos, especialmente la Resolución XLII de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana y la Resolución WHA8.30 de la Octava Asamblea Mundial de la Salud,

RESUELVE:

1. Felicitar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por el documentado informe presentado y expresar la satisfacción de la Conferencia por la diligente labor llevada a cabo por el personal técnico de la Oficina en el desarrollo de los programas de erradicación.

2. Testimoniar el profundo reconocimiento de la Conferencia por la ayuda prestada por el UNICEF para el desarrollo del programa continental de erradicación y reiterar el deseo de que esta cooperación continúe hasta lograr la erradicación total de la malaria en las Américas.

3. Expresar el agradecimiento de la Conferencia a los Gobiernos de Venezuela, Haití, Estados Unidos de América y República Dominicana por sus aportaciones voluntarias al Fondo Especial de la OSPA para la Erradicación de la Malaria.

4. Reconocer la importancia de la colaboración internacional para el éxito del programa de erradicación de la malaria, así como de la participación del Programa de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas en el plan de actividades que la Oficina Sanitaria Panamericana y los distintos Gobiernos Miembros desarrollan conjuntamente en este campo.

5. Testimoniar el agradecimiento de la Conferencia a Brasil, México, Venezuela, Guatemala y Jamaica

por su eficaz cooperación en el adiestramiento del personal dedicado a la campaña.

6. Recomendar a los Gobiernos Miembros que prosigan los programas de erradicación de acuerdo con los planes técnicos trazados, y establezcan la mayor coordinación para el desarrollo de sus campañas en las zonas fronterizas.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna observación a este proyecto de resolución? El Delegado de Honduras tiene la palabra.

El Dr. ZEPEDA (Honduras): Solamente deseo preguntar al Delegado del Perú si tendría inconveniente en que en el proyecto de resolución, además de hacer constar el agradecimiento al UNICEF por la ayuda económica que presta, se mencionara también la Administración de Cooperación Internacional de los Estados Unidos, que está facilitando la misma ayuda a varios países de América.

El PRESIDENTE: El Delegado de Guatemala tiene la palabra.

El Dr. LÓPEZ HERRARTE (Guatemala): Yo desearía que se agregara al proyecto de resolución un párrafo en el que se recomiende la investigación intensiva de las resistencias que se están desarrollando y que se puedan desarrollar a los diferentes insecticidas.

El PRESIDENTE: ¿Alguna otra observación? El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. MUÑOZ (Perú): No tenemos inconveniente en aceptar las enmiendas propuestas por los Delegados de Honduras y Guatemala. Se puede añadir un nuevo párrafo en el sentido de que no solamente se estudie la resistencia a los insecticidas, sino que se investigue también la posibilidad de elaborar nuevos insecticidas de acción más intensa.

Consideramos que esas modificaciones no alteran el espíritu de la resolución y las aceptamos con mucho agrado.

El PRESIDENTE: ¿Cuál es el parecer de la Conferencia? El Delegado del Uruguay tiene la palabra.

El Dr. BERTOLINI (Uruguay): Propongo que se proceda a votar el proyecto de resolución del Delegado del Perú.

El PRESIDENTE: El Delegado de Venezuela tiene la palabra.

El Dr. BERTI (Venezuela): Solamente deseo

sugerir que recomendemos que se investigue la elaboración de nuevas drogas, así como estamos recomendando la investigación de los nuevos insecticidas.

El Dr. MUÑOZ (Perú): No hay ningún inconveniente en aceptar la propuesta del Delegado de Venezuela.

El PRESIDENTE: Entiendo que no hay objeción a que se someta a votación. ¿Hay alguna objeción al proyecto de resolución con las modificaciones propuestas? ¿Ninguna? Entonces, queda aprobado. La Secretaría redactará el texto definitivo.

*Aprobado.*¹

Enmiendas al Reglamento Interno de la Conferencia

El PRESIDENTE: El Delegado de Costa Rica tiene la palabra.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): Para proponer una moción; posiblemente va a necesitar una mayoría de dos tercios.

Es tradición de la Conferencia la firma del Acta Final. Es un acto más tradicional que funcional. En la evolución de las reuniones internacionales, esto se ha ido sustituyendo por un informe final que se envía posteriormente a los Países Miembros y a las organizaciones representadas en la Conferencia.

Yo propongo que en el Reglamento Interno se introduzcan dos pequeñas modificaciones en los Artículos 54 y 55, para que se suprima la firma del Acta Final. En el Artículo 54, el párrafo que dice ahora que la Comisión General preparará el Acta Final, diría "El Acta Final incluirá todas las resoluciones adoptadas por la Conferencia". Después de todo, el Acta Final es la recopilación de resoluciones adoptadas en sesiones plenarias. El Artículo 55 dice: "Los Delegados y el Director firmarán el Acta Final en la sesión de clausura". Yo propongo que se modifique para que diga: "El Presidente y el Secretario *ex officio* firmarán el Acta Final". Esto es una cosa sencilla y yo quisiera pedirles, si están de acuerdo, que demos ese paso en actualizar las reuniones de la Organización sin necesidad de una firma de Acta Final.

El PRESIDENTE: El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): La Delegación de Cuba está de acuerdo con el espíritu de las modi-

¹Resolución XIV, pág. 30.

ficaciones que desea introducir el Delegado de Costa Rica. Para facilitar el cumplimiento de ese deseo, pedimos al Dr. Vargas Méndez que enmiende el texto sustituyendo la palabra "acta" por "informe". Suprimiendo la palabra "acta" se obvia una dificultad, porque el acta requiere su firma, y no ocurre lo mismo con el informe, que se limita a recoger los acuerdos ya adoptados por la Conferencia. Por ello recomiendo que se introduzcan las modificaciones correspondientes en los Artículos 54, 55, 56 y 58.

El PRESIDENTE: ¿Alguna otra observación? El Dr. Vargas Méndez acepta la sugerencia del Delegado de Cuba. Esto, de hecho, constituye una modificación del Reglamento Interno de la Conferencia. El Artículo 60 dice: "Este Reglamento podrá ser modificado de acuerdo con las resolu-

ciones de la Conferencia con aviso de 24 horas o por un voto de mayoría de dos tercios en cualquier momento".

El Dr. RAMÍREZ (Ecuador): Propongo que se sometan a votación esas enmiendas.

El PRESIDENTE: ¿Alguna objeción? Se somete a votación la propuesta de enmiendas al Reglamento Interno de la Conferencia.

Se procede a votación, con el siguiente resultado: 18 votos a favor, ninguno en contra y 4 abstenciones.

Aprobada.¹

El PRESIDENTE: Con esto damos por terminada la sesión plenaria de esta mañana.

Se levanta la sesión a las 12 h. 35 m.

NOVENA SESION PLENARIA

Miércoles, 1 de octubre de 1958, a las 9 h. 15 m.

Presidente: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos)

El PRESIDENTE: Se abre la sesión. Es para mí un placer presentarles al Dr. William Sanders, Secretario General Adjunto de la Organización de los Estados Americanos, portador de un mensaje a la Conferencia. El Dr. Sanders tiene la palabra.

Discurso del Secretario General Adjunto de la Organización de los Estados Americanos, Dr. William Sanders

El Dr. SANDERS (Secretario General Adjunto, OEA): Llegué anoche, y como sé que esta Conferencia está a punto de examinar un asunto de suma importancia, me voy a esforzar en ser breve.

Me satisface profundamente encontrarme aquí entre ustedes y dirigirles la palabra en nombre de la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos. El Secretario General, Dr. José A. Mora, me encargó que les diera un cordial saludo en su nombre y que les transmitiera su más calurosa felicitación por la admirable labor realizada por la Organización Sanitaria Panamericana, y asimismo que les expresara sus mejores votos por su éxito en el futuro. Yo,

por mi parte, me adhiero sinceramente a estos sentimientos.

Me voy a permitir hacer referencia al acontecimiento que ha impedido al Dr. Mora venir a esta Conferencia y que ha sido la causa de mi llegada tardía. Como ustedes saben, en los últimos días se ha celebrado en Washington una reunión informal de los Cancilleres de las Repúblicas Americanas. Este ha sido un acontecimiento histórico en la evolución de la unidad y solidaridad interamericana. Digo que ha sido histórico por varios motivos, entre ellos, porque hubo un sentimiento muy acentuado de solidaridad, de entendimiento mutuo, y se llegó a conclusiones que sin duda tendrán proyecciones benéficas para el futuro de nuestra unidad americana.

También fue una ocasión histórica porque sentó precedentes importantes para el futuro: fue una reunión a la que asistieron todos los Ministros de Relaciones Exteriores de las Repúblicas Americanas y es ésta la primera vez que eso acontece; fue la primera ocasión en que los Cancilleres se reunieron en una reunión informal, simplemente para cambiar puntos de vista y conocerse personalmente; y en último término, por primera vez

¹El texto del Reglamento aparece en la pág. 10.

el Consejo de la Organización de los Estados Americanos se reunió con la participación de los Cancilleres, es decir, con la presencia de todos los Ministros de Relaciones Exteriores de las Repúblicas Americanas en representación de sus respectivos países. Este acontecimiento tiene gran trascendencia para el futuro.

Habiéndome reincorporado hace poco a la Unión Panamericana después de una ausencia de varios años, vienen a mi memoria los tiempos en que el personal de la Oficina Sanitaria Panamericana y el de la Unión Panamericana compartían un mismo edificio. Menciono este detalle de carácter histórico sólo porque destaca la esencial unidad de propósitos de nuestras dos instituciones al servicio de los pueblos y Gobiernos americanos. Las dos instituciones tienen también un mismo origen. Ambas nacieron de la misma serie de reuniones, las Conferencias Internacionales Americanas. Ambas se preocuparon, en sus primeros años de vida, del fomento del comercio internacional, puesto que una de las finalidades de la Oficina Sanitaria Panamericana en 1902 fue la de contribuir al mejoramiento de la salud pública en los Países Miembros con miras a eliminar las enfermedades transmisibles y así facilitar el comercio entre ellos. Pero nuestra unidad no es puramente simbólica ni sólo de carácter histórico. La realidad es que, no obstante nuestra presente separación física, los acontecimientos de los últimos años nos han dado unidad más íntima y firme que cuando nos encontrábamos en un mismo edificio.

La Carta de Bogotá, que reconoció y consolidó las conquistas y tendencias de nuestro sistema regional, nos agrupó en una sola estructura jurídica. Nosotros, en la Secretaría General, reconocemos la sabiduría de los que forjaron nuestro instrumento fundamental. A su determinación se debe que los seis organismos especializados, de los cuales la OSPA es el más antiguo, sean parte integrante de la Organización de los Estados Americanos. Esto quiere decir que los demás órganos de la OEA se encuentran ahora en la feliz situación de contar con acceso directo y constante a la experiencia, conocimientos y recursos de seis socios valiosos, especializado cada uno en su esfera de acción, que les ayudan en sus esfuerzos por cumplir la voluntad de los Países Miembros.

La Organización Sanitaria Panamericana constituye una institución singular dentro de nuestro

sistema regional. Es a la vez organismo especializado de la OEA y organismo regional de la OMS para el Hemisferio Occidental. La fórmula original que encierra su acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en virtud de la cual abarca y coordina toda la obra sanitaria de la comunidad internacional en el Nuevo Mundo, dentro de su condición de organismo técnico autónomo del sistema interamericano, responde de manera oportuna y práctica a las exigencias propias de la gestión sanitaria regional.

Es innecesario decir que en la Secretaría General de la OEA existe el deseo y el propósito de trabajar en estrecha cooperación con la OSP. Sobre esto me voy a permitir hacer algunas reflexiones y observaciones.

La Reunión de Directores de Organismos Especializados que se efectuó en la sede de la Unión Panamericana, en mayo del año en curso, es un ejemplo de tendencias constructivas y bien orientadas. Por ser la primera de estas reuniones, su importancia fundamental estriba en que ofreció la oportunidad para un intercambio preliminar de información acerca de los programas de los organismos especializados y de la Secretaría General. Si tales reuniones proceden de la etapa de discusión general e intercambio de ideas a una fase de planeamiento concreto tendiente a la coordinación de programas, pueden traer marcados beneficios.

Hay varias posibilidades de establecer relaciones provechosas y constructivas entre la Unión Panamericana y la OSP en la promoción de sus objetivos comunes. Por vía de ejemplo, una de ellas es el sistema de internados que mantiene la Unión Panamericana. Por medio de ese sistema, funcionarios de los gobiernos americanos, especialmente de sus cancillerías, acuden a la Unión Panamericana y permanecen allí durante un período de tiempo, en el curso del cual hacen intensos estudios sobre la estructura, procedimientos y actividades de la OEA. Me pregunto: ¿no habría posibilidad de llevar a cabo un programa semejante, sobre bases recíprocas, entre los organismos componentes del sistema interamericano? Sus resultados podrían facilitar mayor coordinación y por ende el mejor logro de nuestros fines. Los servicios prestados hasta ahora por la Unión Panamericana a los organismos especializados han sido bien modestos. Desearíamos desarrollar otras formas de cooperación, una de las cuales podría consistir en el in-

tercambio sistemático de personal durante períodos convenidos. Ya hemos dado un paso concreto en este sentido con el intercambio de personal de secretaría para prestar servicios en las conferencias.

El nuevo programa de becas de la Secretaría General representa otra fuente de posible cooperación entre la Unión Panamericana y la OSP. Tal como se declara en la "Política general del programa", aprobada el 15 de enero pasado por el Consejo de la Organización, "el Secretario General utilizará la experiencia de los organismos especializados . . . y con ese objeto promoverá la adopción de las medidas necesarias para asegurar la colaboración adecuada de dichos organismos con las actividades desarrolladas bajo el programa". Se espera que, con el transcurso del tiempo y a medida que el programa se consolide y se perfeccione, las actividades de la Secretaría General en este campo puedan beneficiarse considerablemente con la cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana en materia de educación médico-sanitaria.

El programa de energía nuclear de la OEA constituye otra esfera de actividades en que de la coordinación de nuestros respectivos esfuerzos cabe esperar resultados benéficos. Nada más lógico y conveniente que reconocer a la Organización Sanitaria Panamericana como instrumento técnico para la ejecución del programa en lo médico y sanitario. En efecto, un reconocimiento de esa índole estaría en completa consonancia con las funciones atribuidas a nuestras dos Organizaciones en la Recomendación XXIV del Comité Interamericano de Representantes de los Presidentes.

La Secretaría General de la OEA está siguiendo un proceso evolutivo de reorganización y reorientación de sus programas y dependencias, con el objeto de asignar mayor importancia al concepto de servicio. Dentro de este concepto, se hará hincapié en la prestación de servicios a los Gobiernos de los Estados Miembros y a la OEA en general, en relación con problemas de orden práctico. Si bien han de continuar nuestros programas de secretaría de información e investigación, procuraremos que sea mayor el papel de los servicios de asistencia técnica directa. En esto seguimos las huellas de la Oficina Sanitaria Panamericana, cuyo plan de descentralización, en que se destacan las actividades de campo, ha dado re-

sultados notables. Esta orientación convergente en la teoría y en la práctica, ha de dar estímulo al planeamiento y a la ejecución de programas conjuntos.

En la actualidad panamericana, en que se han logrado importantes conquistas en el campo de la cooperación política, las naciones americanas buscan soluciones igualmente eficaces a sus urgentes problemas económicos. Sin duda se habrán enterado ustedes del comunicado que facilitaron los Ministros de Relaciones Exteriores de América, congregados en Washington la semana pasada. En dicho comunicado declararon los Ministros que "en consonancia con las aspiraciones y exigencias de los pueblos de América manifestadas en repetidas ocasiones, es indispensable intensificar la acción para promover el mayor desarrollo económico del Continente". Agrega a continuación el comunicado: "Los Ministros están convencidos de que un esfuerzo conjunto armónico y cuidadosamente planeado para ese fin contribuirá poderosamente al fortalecimiento de la solidaridad del Hemisferio y al bienestar del hombre americano".

Los programas de salud y de saneamiento que realiza la Organización Sanitaria Panamericana son fundamentales para tal esfuerzo, ya que, aparte de consideraciones humanitarias y de la propia supervivencia, es evidente que mejorar el medio circundante del hombre y librarlo de las enfermedades endémicas y epidémicas es liberar energías humanas para fines productivos. La lucha contra la malaria es un ejemplo.

Señor Presidente, me complace en tener esta oportunidad para asegurarles que en la Unión Panamericana existen vivos deseos de mantener relaciones estrechas con los dirigentes y funcionarios de la Organización Sanitaria Panamericana. En el pasado hemos trabajado juntos en el Programa de Cooperación Técnica y en ciertos aspectos de la labor cotidiana. Este rumbo, este camino, es útil y provechoso. Y nos sentimos afortunados de que, de conformidad con los términos del acuerdo suscrito con la Organización Sanitaria Panamericana, tengamos que "consultar con la Organización Sanitaria Panamericana sobre todos los asuntos de salubridad pública y asistencia médica . . ." ¿De qué fuente podríamos obtener mejores consejos?

Es para mí motivo de profunda satisfacción tener esta oportunidad de asegurarles, señores delegados, en nombre del Secretario General y

el mío propio, que contemplamos muy satisfechos la perspectiva de seguir manteniendo unas relaciones cordiales con la Oficina Sanitaria Panamericana en la persecución del común objetivo de servicio a las Américas. A mi buen amigo, el Dr. Fred L. Soper, mi más cordial felicitación por los triunfos logrados durante sus años al frente de la Oficina Sanitaria Panamericana. Mucho se debe a su imaginación creadora, a su esfuerzo y a su reconocida competencia. Los beneficiosos resultados de su labor perdurarán largo tiempo para bien de este Hemisferio.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Sanders. Repito que la Conferencia acoge con placer su presencia entre nosotros.

Tema 29: Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la OMS para las Américas

El PRESIDENTE: Pasamos ahora al tema 29: Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la OMS para las Américas.

A este respecto, y a título de guía he preparado una nota—que se va a distribuir seguidamente a los señores delegados—indicando las reglas y la forma de elección que, previa la aprobación de la Conferencia, se seguiría en este caso. Ruego al Dr. Wegman que dé lectura a dicha nota.

El Dr. Wegman (Secretario General, OSP) da lectura a la nota de la Presidencia sobre la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.¹

El PRESIDENTE: Esta es la proposición de la Presidencia a la Conferencia. ¿Hay alguna observación? El Delegado de Colombia tiene la palabra.

El Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia): Me permito preguntar si pueden proponerse candidatos.

El PRESIDENTE: No hay nada en contra de que se propongan.

El Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia): Entonces, pido al señor Presidente la palabra para hacer una propuesta.

El PRESIDENTE: Concederé primero la palabra al

Delegado de Costa Rica que la había pedido antes.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): En ninguna parte del muy minucioso y oportuno documento encuentro la recomendación de que la sesión sea privada. A mí me parece que cuando ya tengamos métodos y procedimientos escritos—y todos lamentamos que no existan todavía—esa será una de las disposiciones que deban incluirse, a saber, que la elección del Director sea privada, exactamente como prevé el Artículo 51 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, según el cual la postulación y elección del Director General se hace en sesión privada.

Yo me permito preguntar al Pleno si no sería conveniente, como es costumbre siempre que se trata de elección de personas, que la sesión fuese privada.

El PRESIDENTE: El Delegado de Honduras tiene la palabra.

El Dr. JAVIER (Honduras): Señor Presidente, deseo preguntar si hay alguna disposición legal que determine lo que se considera como voto nulo.

El PRESIDENTE: ¿Alguna otra pregunta? El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Yo creo que la propuesta del Delegado de Costa Rica tiene un amplio sentido práctico. En realidad, estamos seguros que no se va a producir en la elección ningún hecho que pueda llamar la atención de la prensa, etc., pero, a nuestro juicio, sería mejor que las cosas de orden o de gobierno interno se trataran en sesión privada; es decir, únicamente con la asistencia de los delegados, para así dar siempre la sensación de que todos los países de América estamos unidos y de que el candidato que con todos los merecimientos sea electo, va a tener el respaldo unánime de los países de América para la tarea de dar soluciones a los problemas de la salud. Mi intervención es para apoyar la propuesta del Delegado de Costa Rica.

Mi segunda pregunta se refiere al procedimiento señalado por la Presidencia en el párrafo 8 (f) de su nota, que dice así:

La Presidencia leerá los resultados que figuren en la hoja firmada por los señores escrutadores y si alguna persona ha alcanzado los dos tercios necesarios, la declarará elegida. En otro caso, procederá a abrir una nueva votación que tendrá lugar en la misma forma que la anterior.

¹Véase Parte V. Anexo 13, pág. 556.

Pero no se habla de una tercera votación, y yo creo que se debería señalar que seguirán las votaciones hasta el momento en que se pueda alcanzar el número de votos necesario.

El PRESIDENTE: Exactamente, esa era la intención. En relación con la pregunta del Delegado de Costa Rica, el Artículo 21 del Reglamento Interno establece que, a menos que se determine lo contrario, las sesiones de la Conferencia serán públicas. El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): No estoy de acuerdo con la proposición de que la sesión sea privada. No hay ningún motivo que justifique el carácter privado de esta sesión. El argumento en que se apoya la solicitud en ese sentido, trayendo a colación el régimen de la Organización Mundial de la Salud, no es aplicable por una razón muy sencilla. No es comparable la elección de Director General de la Organización Mundial de la Salud con la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, porque en Ginebra se estudian los antecedentes y condiciones de los candidatos a Director General, y esa es la razón del carácter secreto de la sesión. El Director General, reunido con el Consejo Ejecutivo, informa sobre los nombres, sobre las candidaturas, sobre el "curriculum vitae" de los candidatos, sus condiciones, etc.; en fin, hace una presentación interna ante el Consejo, de cada candidato, cosa que no existe aquí. Aquí se trata de una elección directa. Allí no, allí se reúne el Consejo Ejecutivo, se mencionan los nombres de los candidatos, y se pueden hacer observaciones favorables o desfavorables acerca de cada uno de ellos. Ese es el régimen vigente en Ginebra. Aquí no, porque todavía no hay un procedimiento especial que determine esas modalidades. Hasta ahora, nuestro régimen no es deliberante. Es simplemente un régimen de acción, en donde el delegado de cada país ejerce libremente el derecho de voto, expresando en una boleta el nombre de la persona a la que apoya para Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Por estas razones, no es recomendable la sesión secreta. Siempre da la impresión, en general, de algún asunto grave, delicado, en que es conveniente que no trascienda al público cualquier circunstancia o consideración. Por consiguiente, yo me pronuncio en contra de que este Pleno declare secreta la sesión en la cual se va a elegir al Director.

El PRESIDENTE: ¿Alguien más quiere hacer uso de la palabra en relación con esta pregunta? El Delegado del Brasil tiene la palabra.

El Dr. DE MEDEIROS (Brasil) (*traducción del portugués*): Me gustaría saber cuáles son los precedentes en cuanto a elecciones anteriores y si alguna vez ha habido una elección en sesión privada. Estoy de acuerdo en que el procedimiento seguido en la OMS es diferente, pero desearía saber qué ocurrió en elecciones anteriores para este mismo cargo.

El PRESIDENTE: El Director de la Oficina tiene la palabra.

El Dr. SOPER (Director, OSP): Las elecciones en la XII, XIII y XIV Conferencias Sanitarias Panamericanas fueron elecciones abiertas de la Conferencia en pleno, con asistencia de los observadores y del público.

El PRESIDENTE: El Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Dr. BURNEY (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Me permito preguntar qué entiende el Dr. Vargas Méndez por reunión privada o cómo interpreta ese término la Presidencia. ¿Comprende a todos los miembros de las distintas delegaciones o solamente al jefe de cada delegación?

El PRESIDENTE: El Delegado de Costa Rica tiene la palabra.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): En una sesión privada, las delegaciones están representadas por el jefe de la delegación y sus asesores en pleno y asisten también a ella los representantes de los organismos internacionales con derecho a estar presentes, como la Organización Mundial de la Salud en este caso, la Organización de los Estados Americanos, etc.—habría que estudiar los casos—pero no los organismos no gubernamentales, ni el público, ni la prensa, ni los funcionarios de la Secretaría, ni los intérpretes. Aprovecho la oportunidad para decir que, a pesar de considerar conveniente que en el futuro, cuando se trate de elección de personas, se disponga que la sesión sea privada—no exactamente secreta—no tengo ningún interés en imponer mi punto de vista en esta elección. Si se desea seguir la tradición, yo retiro mi pregunta, que no fue moción.

El PRESIDENTE: El Delegado de Costa Rica retira su pregunta.

En relación con la cuestión planteada por el Delegado de Honduras, el informe de la Comisión que se designó para estudiar el Artículo 53 del Reglamento, dice: "La Comisión aclara que se entiende por voto válido el emitido en favor de una persona elegible; por voto nulo, aquel en que figure cualquier otra mención escrita". ¿Hay alguna otra pregunta?

Se va a proceder a establecer el quórum. Ruego al Dr. Wegman que pase lista.

El Dr. Wegman (Secretario General, OSP) pasa lista e informa que están presentes las Delegaciones de 22 Países Miembros.

El PRESIDENTE: Se ha comprobado que existe quórum. La Presidencia se permite designar al Dr. Peña, del Paraguay, y al Dr. Bissot, de Panamá, como escrutadores, y les ruega que tomen asiento en la Mesa. El Delegado del Ecuador tiene la palabra.

El Dr. RAMÍREZ (Ecuador): Desearía saber cual sería la mayoría de dos tercios, necesaria para la elección, habiendo 22 delegaciones votantes.

El PRESIDENTE: La mayoría necesaria se determina una vez depositadas las boletas, toda vez que es de dos tercios de las que se encuentren en la urna. Podré contestar con precisión a la pregunta del Delegado del Ecuador cuando llegue ese momento. El Delegado de Nicaragua tiene la palabra.

El Dr. CASTILLO RODRÍGUEZ (Nicaragua): Propongo que, en lugar de que las boletas en blanco se entreguen a cada delegación, sean colocadas en la mesa en que se encuentra la urna, para que cada delegado escriba allí el nombre de su candidato, en vez de hacerlo en su respectivo asiento.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción a que se proceda en la forma propuesta por el Delegado de Nicaragua? El Delegado del Brasil tiene la palabra.

El Dr. DE MEDEIROS (Brasil) (*traducción del portugués*): Creo que esto causaría una demora innecesaria en la votación. Si cada delegado recibe una papeleta puede escribir el nombre desde su lugar. Este es un procedimiento mucho más rápido que el que vaya un delegado a la

mesa, se siente, escriba en la papeleta y después la deposite en la urna. Por lo tanto, no apoyo la propuesta del Delegado de Nicaragua.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna otra delegación que quiera expresarse sobre este punto? El Delegado de México tiene la palabra.

El Dr. DÍAZ COLLER (México): No precisamente sobre ese punto. Creí entender que la Presidencia, contestando al Delegado del Ecuador, había indicado que, una vez depositados los votos, se contarían y se determinaría la mayoría de dos tercios, antes de ver los resultados.

El PRESIDENTE: Así se va a proceder. ¿Cuál es el parecer de la Conferencia en relación con la proposición del Delegado de Nicaragua? El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Lo señalado por el Dr. de Medeiros me parece muy correcto: que se entreguen las boletas y que sean llamados por la Mesa cada uno de los señores delegados por el orden de precedencia establecido. Yo creo que ese es el procedimiento normal en toda clase de elecciones.

El PRESIDENTE: El Delegado de Venezuela tiene la palabra.

El Dr. ARREAZA GUZMÁN (Venezuela): Para apoyar la proposición hecha por la Delegación de Nicaragua, porque creemos que es la forma como se garantiza, entre otras cosas, uno de los puntos indicados en el Reglamento, el voto secreto.

El PRESIDENTE: Vamos a someter a votación la propuesta del Delegado de Nicaragua.

Se procede a la votación, quedando rechazada la propuesta del Delegado de Nicaragua por 5 votos a favor, 10 en contra y 6 abstenciones.

El PRESIDENTE: ¿El Delegado de Colombia había pedido la palabra para hacer una propuesta?

El Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia): Sí, señor Presidente.

El PRESIDENTE: Estamos en orden ahora. Tiene la palabra el Delegado de Colombia.

El Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia): En nombre de la Delegación de la República de Colombia me honro y me complazco en presentar la candidatura del Dr. Carlos Luis González.

El Dr. González nació en Independencia, del Estado Táchira, de Venezuela, el 12 de mayo de

1916. Cursó medicina en la Universidad Central de Venezuela y se doctoró en Caracas el 30 de junio de 1938. Siendo todavía estudiante, empezó a trabajar en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, como técnico de laboratorio, en el Instituto Luis Razetti de Caracas, en 1937, y al graduarse pasó a dirigir el laboratorio del Hospital Psiquiátrico. Fue jefe de unidad sanitaria en las siguientes ciudades: San Antonio del Táchira, en la frontera colombiana, de 1939 a 1941; Trujillo, de 1941 a 1942; San Cristóbal del Táchira, de 1942 a 1945; y Maracaibo, en el Estado Zulia, de 1945 a 1946.

En servicio, hizo un curso de análisis bacteriológico de aguas en Caracas en 1941, y en agosto y septiembre de 1945 realizó estudios sobre la fiebre amarilla en Bogotá y Villavicencio, en Colombia, bajo los auspicios de la Fundación Rockefeller. Con una beca de esta Fundación inició estudios de especialización en los Estados Unidos, en 1946, en la Universidad de Johns Hopkins, en Baltimore, Maryland, y se graduó de "Master" en Salud Pública en junio de 1947. El Ministerio de Sanidad de Venezuela dispuso que prosiguiera su especialización en epidemiología y así, en dicha Universidad, recibió en 1948 el grado de Doctor en Salud Pública.

Regresó a Venezuela a regir la preparación del personal del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; en tal carácter, dirigió el curso de médicos higienistas hasta 1949. El 1º de agosto de ese año fue elevado a Director de Salud Pública, cargo que desempeñó hasta 1953. De junio a septiembre de 1952, estuvo encargado del Ministerio por ausencia temporal del Ministro.

La Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, lo llamó a Washington para ocupar el cargo de Jefe de la División de Salud Pública, el 16 de agosto de 1953. Ascendió a la Subdirección el 1º de mayo de 1954.

Ocupaba ese cargo internacional cuando fue designado Ministro de Sanidad y Asistencia Social por la Junta de Gobierno de Venezuela el 24 de enero de 1958 y prestó juramento en Caracas el día 27 del mismo mes. Al frente de ese despacho ejecutivo estuvo hasta el 28 de mayo. El 1º de junio siguiente fue designado de nuevo Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El Dr. González ha representado a Venezuela en muchas reuniones sanitarias internacionales.

En la Primera, Tercera, Cuarta y Sexta Asambleas Mundiales de la Salud celebradas en Ginebra, Suiza, de 1948 a 1953; en las reuniones del Comité Ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana que tuvieron lugar en Lima (1949), Washington (1950) y Ciudad Trujillo (1950). Como representante de su país en el Consejo Directivo de la Organización estuvo en la III Reunión (Lima, 1949), en la IV (Ciudad Trujillo, 1950), en la V (Washington, 1951), y en la VI (La Habana, 1952). En esta última reunión fue elegido Presidente del Consejo. Presidió en 1950 la Delegación de Venezuela a la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Ciudad Trujillo, y fue elegido Vicepresidente de la Conferencia. Igualmente concurreó al I Congreso Interamericano de Higiene que tuvo lugar en La Habana en 1952. En 1949 fue al Ecuador encabezando la Misión Venezolana de Auxilio, con motivo del terremoto ocurrido ese año en aquel país hermano.

En su carácter de funcionario internacional tuvo oportunidad en 1953 y 1957 de asistir a todas las reuniones de los cuerpos directivos de la Organización Sanitaria Panamericana, actuando como Secretario en varias de ellas, así como a las reuniones anuales del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud. Ha sido miembro del Grupo de Expertos de la OMS en Administración Sanitaria y, entre 1950 y 1952, miembro del Consejo Ejecutivo de la misma Organización, designado por el Gobierno de Venezuela.

Como cargos docentes, el Dr. González ha desempeñado en la Escuela de Medicina de Caracas las cátedras de anatomía, patología y de bacteriología y parasitología; ha ocupado además varios cargos técnicos y administrativos en los hospitales de Venezuela. Es autor de numerosos trabajos en el campo de la administración sanitaria, epidemiología y medicina tropical, publicados en periódicos científicos venezolanos y del exterior. Pertenece a las siguientes asociaciones: Sociedad Venezolana de Salud Pública, Asociación Argentina de Higiene y Medicina Social, Asociación Americana de Salud Pública, Sociedad Americana de Medicina Tropical e Higiene, Academia Americana de Ciencias Sociales y Políticas, Sociedad para la Promoción de la Salud de la Gran Bretaña, y Sociedad de Medicina Tropical, de Washington, D.C.

Le han sido otorgadas las siguientes condecora-

ciones: Orden del Libertador en el grado de Comendador, y Orden Francisco Miranda, en Venezuela; Orden Nacional de Mérito Carlos Finlay en el grado de Oficial, en Cuba; y Orden del Mérito en el grado de Oficial, en el Ecuador.

Esta es la hoja de servicios del candidato que presenta la Delegación de Colombia a la consideración de los higienistas del Hemisferio.

El PRESIDENTE: El Delegado de Costa Rica tiene la palabra.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): En nombre de la Delegación de Costa Rica propongo como candidato a la Dirección de la Oficina Sanitaria Panamericana al Dr. Abraham Horwitz, de Chile, ampliamente conocido por todos nosotros y, en aras del tiempo, no me voy a referir en detalle a su "curriculum vitae".

El PRESIDENTE: El Delegado de Venezuela tiene la palabra.

El Dr. ARREAZA GUZMÁN (Venezuela): En nombre de la Delegación de Venezuela deseo expresar públicamente nuestro agradecimiento a la Delegación de la hermana República de Colombia por la brillante presentación que ha hecho de la candidatura de nuestro compatriota, Dr. Carlos Luis González. Tengo autorización plena del Gobierno de Venezuela para afirmar nuestro total respaldo a la candidatura del Dr. González, a quien consideramos uno de los más brillantes sanitarios de nuestro país e individuo con gran capacidad de trabajo, para quien las puertas de su patria están siempre abiertas en las más brillantes posiciones de la Administración Pública Nacional.

Hace algunos meses, el Dr. González fue llamado a ocupar en Venezuela el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, donde realizó una corta pero muy brillante labor en un período sumamente álgido y crudo de nuestra historia, en momentos en que nuestro pueblo reaccionaba ante una de las tiranías más feroces que ha conocido el Continente. Su labor, en ese tiempo, fue de preparar y planificar muchas de las obras que actualmente estamos procurando realizar. Por último, quiero afirmar también, en nombre de mi Gobierno, que cualquiera que sea el resultado de la elección, nosotros estaremos siempre detrás de la Oficina Sanitaria Panamericana, dándole todo nuestro apoyo en beneficio de la salud continental.

El PRESIDENTE: El Delegado de Chile tiene la palabra.

El Dr. TORREBLANCA (Chile): En nombre de mi Gobierno expreso mis sinceros agradecimientos a la Delegación de Costa Rica por haber propuesto el nombre de nuestro compatriota, Dr. Abraham Horwitz.

Todos los señores delegados conocen de sobra la labor que ha desarrollado el Dr. Horwitz y nosotros, chilenos, conocemos su interesantísima y fructífera actuación como organizador de la Escuela de Salubridad de Chile, como organizador del Servicio Nacional de Salud y también como representante de nuestro país en numerosos congresos internacionales.

También reconocemos la destacada actuación que le ha cabido en todos los cursos por él seguidos en el extranjero, en los cuales ha logrado las primeras distinciones. Al igual que lo que ha expresado el Delegado de Venezuela, nuestro país continuará colaborando con la Oficina Sanitaria Panamericana, cualquiera que sea el resultado de las elecciones, con el mismo entusiasmo con que lo ha hecho desde su fundación.

El PRESIDENTE: La Presidencia invita a los señores delegados a que, al ser pronunciado el nombre de sus respectivos países, avancen al estrado presidencial y depositen sus boletas a medida que el Dr. Wegman llame a las delegaciones.

Se procede a la votación

El Dr. Wegman (Secretario General, OSP) llama a las delegaciones por el orden de precedencia establecido, a saber: Brasil, Nicaragua, México, Venezuela, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Perú, Paraguay, Uruguay, Reino Unido, Cuba, Reino de los Países Bajos, Haití, Estados Unidos de América, Chile, Guatemala, Panamá, Francia, Honduras, El Salvador y Argentina.

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP): Señor Presidente, todos los países que contestaron al pasar lista para el quórum, han respondido a la invitación a votar.

El PRESIDENTE: Los escrutadores procederán ahora a abrir la urna y a contar las boletas depositadas, para determinar los dos tercios.

Los escrutadores comunican al Presidente el total de votos emitidos.

El PRESIDENTE: Hay 22 boletas en la urna. Los dos tercios son 14,7 y, por lo tanto, son 15 los votos necesarios para la elección de Director.

El Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia): Me permito pedir que se vayan leyendo los votos uno a uno, para ir conociendo el resultado.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): Yo rogaria que no se introdujera ya ninguna novedad en el procedimiento que fue aprobado al principio.

El PRESIDENTE: Es mejor proceder como establecimos al comienzo.

Los escrutadores comunican a la Presidencia el resultado de la votación.

El PRESIDENTE: El resultado de la votación ha sido el siguiente: número de boletas depositadas, 22; boletas válidas, 22; boletas nulas, ninguna; boletas en blanco, 1. Mayoría de dos tercios necesaria para la elección, 15. Votos obtenidos: Dr. Horwitz, 13; Dr. González, 8. De acuerdo con esta votación, no ha sido elegido ninguno de los candidatos propuestos. Procederemos a una segunda votación. La Secretaría distribuirá las boletas. Seguiremos el mismo sistema. Invito a los delegados a que depositen sus votos en el orden en que los vaya llamando el Dr. Wegman.

Se procede a la segunda votación, y los escrutadores informan del resultado a la Presidencia.

El PRESIDENTE: El resultado de la segunda votación es el siguiente: número de boletas depositadas, 22; boletas válidas, 22; boletas nulas, ninguna; boletas en blanco, ninguna. Mayoría de dos tercios necesaria para la elección, 15. Votos obtenidos: Dr. Horwitz, 12; Dr. González, 10. No habiendo sido elegido ninguno de los candidatos, procederemos a una tercera votación.

Se procede a la tercera votación, y los escrutadores informan del resultado a la Presidencia.

El PRESIDENTE: El resultado de la tercera votación es el siguiente: número de boletas depositadas, 22; boletas válidas, 22; boletas nulas, ninguna; boletas en blanco, ninguna. Mayoría de dos tercios necesaria para la elección, 15. Votos obtenidos: Dr. Horwitz, 12; Dr. González, 10. El resultado de la votación es exactamente igual al de la segunda; ninguno de los candidatos ha obtenido la mayoría necesaria. La Presidencia pro-

pone que se suspenda la sesión durante media hora.

Se suspende la sesión durante media hora. Al reanudarse, se procede a la cuarta votación, y los escrutadores dan cuenta del resultado a la Presidencia.

El PRESIDENTE: El resultado de la cuarta votación es el siguiente: número de boletas depositadas, 22; boletas válidas, 22; boletas nulas, ninguna; boletas en blanco, ninguna. Mayoría de dos tercios necesaria para la elección, 15. Votos obtenidos: Dr. Horwitz, 13; Dr. González, 9. Ninguno de los candidatos ha alcanzado la mayoría necesaria, de manera que procederemos a otra votación.

Se procede a la quinta votación, y los escrutadores informan del resultado a la Presidencia.

El PRESIDENTE: El resultado de la quinta votación es el siguiente: número de boletas depositadas, 22; boletas válidas, 22; boletas nulas, ninguna; boletas en blanco, 1. Mayoría de dos tercios necesaria para la elección, 15. Votos obtenidos: Dr. Horwitz, 12; Dr. González, 9. No se ha obtenido la mayoría necesaria. ¿Cuál es el deseo de la Conferencia, continuar o suspender la sesión? El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Yo me permito proponer a la Conferencia una suspensión de una o dos horas.

El PRESIDENTE: El Delegado del Ecuador tiene la palabra.

El Dr. RAMÍREZ (Ecuador): Me parece que, para no perder tiempo, podríamos elegir los países que han de formar parte del Comité Ejecutivo, y después, en la sesión de la tarde, pasar nuevamente a la elección del Director.

El PRESIDENTE: El Delegado de México tiene la palabra.

El Dr. DÍAZ COLLER (México): Era para proponer lo mismo.

El PRESIDENTE: El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Apoyamos la propuesta del Delegado del Ecuador.

El PRESIDENTE: Entonces vamos a aplazar la elección de Director, y pasaremos ahora al tema 30, que se refiere a la elección de los tres Países

Miembros que han de formar parte del Comité Ejecutivo.

Tema 30: Elección de tres Países Miembros para llenar las vacantes en el Comité Ejecutivo por haber terminado sus mandatos Bolivia, Cuba y Nicaragua

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Dr. Wegman para presentar el documento correspondiente a este tema.

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP): En el Documento CSP15/2,¹ Rev. 1, se indica que el párrafo A del Artículo 13 de la Constitución establece que el Comité Ejecutivo estará integrado por siete Gobiernos Miembros elegidos por el Consejo para períodos escalonados de tres años. El Gobierno Miembro que haya terminado su mandato no podrá ser reelegido para integrar el Comité Ejecutivo hasta pasado un período de un año. Los países que continúan en el Comité son México, Venezuela, Perú y Guatemala.

El PRESIDENTE: El Delegado de Guatemala tiene la palabra.

El Ing. OLIVERO (Guatemala): La Delegación de Guatemala propone a la hermana República de Honduras para formar parte del Comité Ejecutivo. Honduras es un país centroamericano que colabora con empeño y eficacia en el INCAP y en la solución de nuestros problemas en Centro América, y jamás ha sido miembro del Comité Ejecutivo.

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

El Dr. BURNEY (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Deseo expresar mi apoyo a la candidatura de la República de Honduras. Este país tiene un excelente programa de salud pública y ha tomado parte muy activa en los programas de la Organización Sanitaria Panamericana. Que yo sepa, nunca ha formado parte del Comité Ejecutivo.

El PRESIDENTE: El Delegado de Costa Rica tiene la palabra.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): La Delegación de Costa Rica, al apoyar la candidatura de Honduras, quiere hacer un comentario en cuanto

al número de años en que los países han estado ausentes del Comité. Honduras nunca ha pertenecido al Comité Ejecutivo; Costa Rica hace nueve años que no está en él; Uruguay, ocho años; El Salvador, seis años; Chile y la República Dominicana, cinco años; Ecuador, cuatro años; Brasil, Haití y Panamá, tres años; Argentina y Estados Unidos, dos años; y Colombia y Paraguay, un año.

Aunque no existe un sistema de rotación ni un período de ausencia razonable que dé derecho a entrar en el Comité, me ha parecido que era oportuno llamar la atención de los señores delegados sobre los años que los distintos países han estado ausentes del Comité Ejecutivo, adelantando que Costa Rica no presenta su candidatura.

El PRESIDENTE: El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): La Delegación de Cuba apoya con gran satisfacción la candidatura de la República de Honduras para formar parte del Comité Ejecutivo. Pero quiere, además, recomendar a este Pleno que incluya entre los candidatos a los Estados Unidos de América. No obstante las explicaciones dadas por el Dr. Vargas Méndez, el problema de tiempo no es problema absolutamente cerrado. Estar o no en el Comité Ejecutivo es una razón atendible, pero no es toda la razón completa. Los Estados Unidos están generalmente en el Comité. Nunca han intentado ser reelegidos inmediatamente porque, en primer término, es inconstitucional entre nosotros, pero nadie dudará de la alta conveniencia de mantener cada vez que sea posible a dicho país en el Comité Ejecutivo. No es posible que apliquemos a los Estados Unidos el concepto estricto de que estuvieron hace dos años en el Comité y que todavía deben esperar. Los Estados Unidos hace dos años que no son miembro del Comité Ejecutivo. En algunas oportunidades he declarado que cuando algún día lo permitan nuestras disposiciones, seré partidario de la presencia permanente de los Estados Unidos en el Comité Ejecutivo, y recomiendo se vote en esta oportunidad a dicho país para una de las tres vacantes.

El PRESIDENTE: El Delegado de Colombia tiene la palabra.

El Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia): La Delegación de Colombia apoya la candidatura de la República de Honduras para el Comité, y propone además al Brasil y Uruguay.

¹Documento mimeografiado.

El PRESIDENTE: El Delegado del Uruguay tiene la palabra.

El Dr. BERTOLINI (Uruguay): La Delegación del Uruguay apoya con mucho calor la candidatura de Honduras, pero desea extenderse un poco sobre este tema, y pide excusas si, por in-experiencia en estas Conferencias, ha presentado un documento que hubiera debido llevarse mejor en el momento oportuno a la Comisión correspondiente.

El Uruguay, de acuerdo con el citado documento, entiende que todos los países de América, grandes o pequeños, poderosos o no poderosos, están situados en un mismo plano de igualdad en esta Conferencia. Considera, pues, que debiera buscarse un sistema que fuera más justo, más equitativo, en atención a la fraternidad de los pueblos americanos. Todos los países del Continente tienen, no solamente las mismas obligaciones sino también los mismos derechos y, por consiguiente, la Delegación del Uruguay había preparado un proyecto de enmienda a la Constitución que, repito—y pido perdón por ello—, no fue presentado en el momento oportuno; quiso hacerlo ayer y no hubo tiempo para tratarlo. Si el Pleno considera que esto puede ser tenido en cuenta para más adelante, en el caso de que se pueda hacer una enmienda al párrafo A del Artículo 13 de la Constitución, yo sugeriría que la renovación se hiciera en forma rotativa; y para que los países pudieran volver a integrar el Comité Ejecutivo, debería transcurrir, por lo menos, un plazo de tres años, con lo cual todos los países del Continente, en un plazo de diez, doce o quince años, habrían formado parte del Comité.

Si la Mesa me lo permite, puedo entregar el documento o, de lo contrario, dejarlo para mejor oportunidad.

El PRESIDENTE: El Delegado del Paraguay tiene la palabra.

El Dr. PEÑA (Paraguay): Había pedido la palabra simplemente para proponer la candidatura del Brasil como uno de los miembros del Comité Ejecutivo. El Delegado de Colombia ya lo ha hecho, pero de cualquier manera me complace en apoyarlo.

El PRESIDENTE: El Delegado de Guatemala tiene la palabra.

El Dr. LÓPEZ HERRARTE (Guatemala): La Delegación de Guatemala quiere respaldar la candi-

datura de los Estados Unidos como miembro del Comité Ejecutivo, propuesta por el Delegado de Cuba.

El PRESIDENTE: El Delegado de Honduras tiene la palabra.

El Dr. JAVIER (Honduras): Mi Delegación se siente altamente honrada por haber sido propuesto mi país como miembro del Comité Ejecutivo y quiere expresar su reconocimiento al distinguido Delegado de Guatemala, Dr. López Herrarte; al Dr. Burney, Delegado de los Estados Unidos; al Dr. Vargas Méndez, de Costa Rica; al Dr. Hurtado, de Cuba; al Dr. Patiño Camargo, de Colombia; y al Dr. Bertolini, del Uruguay, por haberse pronunciado en forma favorable a la candidatura de Honduras como miembro del Comité Ejecutivo.

Me permito recomendar en este momento, tomando en cuenta la distribución geográfica de los representantes en el Comité, a los Estados Unidos y a la República Argentina como candidatos para formar parte del mismo.

El PRESIDENTE: El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Deseo expresar mi simpatía y adhesión a la candidatura de la República de Honduras por el hecho de que no ha formado parte, hasta hoy, del Comité Ejecutivo. Consideramos que se hace un acto de justicia. Considero también que es un acto de justicia el que se haya propuesto a los Estados Unidos de América, cuya contribución a favor del progreso de la sanidad en el Continente debe destacarse. Los Estados Unidos están realizando una contribución quizás mucho más importante que otrora al progreso de la sanidad pública. A través de los servicios cooperativos, a través de la ICA, de asignaciones especiales, de becas, de personal técnico, los Estados Unidos están demostrando una nueva política, de la que hay que dejar constancia, una nueva política encaminada a elevar el nivel sanitario de los pueblos, comprendiendo que América es una en su integridad. Por eso, quiero dejar constancia de mi adhesión a la candidatura de los Estados Unidos.

El PRESIDENTE: El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Simplemente quería aclarar que todo este cambio de impresiones, que es muy ameno, agradable y útil, tiene un aspecto

totalmente informal, porque no hay ningún precepto a qué referirlo. En realidad, empleamos el término de "candidato", que no es exacto. La propuesta es absolutamente libre. Es simplemente una cuestión de recomendación para la elección como miembro del Comité Ejecutivo, pero cualquiera de los países integrantes de la Organización, hayan sido o no recomendados por este Pleno, son absolutamente elegibles, con la única excepción constitucional de que ningún país podrá volver al seno del Comité Ejecutivo antes de un año de haber terminado su mandato en él.

Desde luego, yo ratifico mi propuesta de que se vote a los Estados Unidos y apoyo la candidatura de Honduras, atendiendo a las circunstancias aquí explicadas; pero quisiera que la Presidencia, en su momento, al comenzar la votación, dejara aclarado al Pleno que no se trata de candidaturas; se trata simplemente de meras recomendaciones. Estamos libres de poner los nombres que queramos en la boleta.

El PRESIDENTE: El Delegado del Brasil tiene la palabra.

El Dr. DE MEDEIROS (Brasil) (traducción del portugués): La Delegación del Brasil agradece a los Delegados de Colombia y del Paraguay el apoyo de la candidatura de su país para el Comité Ejecutivo. Aplauda la iniciativa del Delegado de Cuba, en el sentido de recomendar el nombre de los Estados Unidos de América para formar parte del Comité Ejecutivo, por las razones tan largamente expuestas de los beneficios que se pueden derivar de la presencia de dicho país en el Comité.

Debemos considerar, además, que vamos a elegir un Director en sustitución de un gran sanitarista norteamericano que ha dirigido con tanta habilidad la Oficina Sanitaria Panamericana y, por lo tanto, como hemos de elegir una persona no norteamericana, conviene que ese país esté representado en el Comité Ejecutivo porque es el que más contribuye a mantener la Oficina Sanitaria Panamericana.

El PRESIDENTE: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. ALLARIA (Argentina): Deseo manifestar mi agradecimiento a la Delegación de Honduras por haber propuesto a la República Argentina para integrar el Comité Ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana.

El PRESIDENTE: El Delegado del Uruguay tiene la palabra.

El Dr. BERTOLINI (Uruguay): Para salvar una omisión; deseo agradecer a la Delegación de Colombia que haya propuesto al Uruguay para miembro del Comité Ejecutivo.

El PRESIDENTE: En relación con la propuesta del Delegado del Uruguay, la Presidencia opina que es conveniente que la Conferencia tenga en cuenta su comentario sobre la posibilidad de introducir enmiendas a la Constitución, en cuanto se refiere al sistema para cubrir las vacantes en el Comité Ejecutivo, pero estima que no procede considerar ahora la citada propuesta.

Ruego al Dr. Wegman que tenga a bien leer el Artículo 44 del Reglamento de la Conferencia que se refiere al procedimiento para las elecciones.

El Dr. Wegman (Secretario General, OSP) da lectura del Artículo 44 del Reglamento Interno de la Conferencia.¹

El PRESIDENTE: El Delegado del Brasil tiene la palabra.

El Dr. DE MEDEIROS (Brasil) (traducción del portugués): Señor Presidente, cuando el Artículo 44 habla de mayoría, ¿se refiere a mayoría absoluta o a mayoría relativa? Desearía que se me aclarara este punto.

El PRESIDENTE: El Delegado de México tiene la palabra.

El Dr. DÍAZ COLLER (México): Simplemente para aclarar que leyendo la documentación de la Conferencia anterior celebrada en Santiago de Chile, parece que se refiere a mayoría absoluta, es decir, la mitad más uno. Así fue en Chile.

El PRESIDENTE: El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Más concretamente, en este Pleno que estamos celebrando, para ser elegido miembro del Comité Ejecutivo habrá que tener doce votos.

El PRESIDENTE: Es la mitad más uno de los votantes. El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Si votan 22, la mayoría será 12, si votan 20, será 11, etc. De modo que es la mitad más uno del número de los votantes, no de los asistentes.

¹Véase pág. 13.

El PRESIDENTE: ¿Alguna otra observación o comentario sobre este punto? Entonces, procederemos a la votación.

Me permito recordar que hay que poner tres nombres de países. Ruego al Dr. Peña, del Paraguay, y al Dr. Bissot, de Panamá, que actúen nuevamente de escrutadores. Invito a los señores delegados a que depositen sus boletas a medida que el Dr. Wegman llame a las Delegaciones, según el orden de precedencia establecido.

Se procede a la votación, y los escrutadores informan del resultado al Presidente.

El PRESIDENTE: El resultado de la votación para la elección al Comité Ejecutivo es el siguiente: número de boletas depositadas, 22; boletas válidas, 22; boletas nulas, ninguna; boletas en blanco, ninguna. Mayoría necesaria para la elección, 12. Votos obtenidos: Honduras, 22; Estados Unidos de América, 17; Brasil, 13; Uruguay, 8; y Argentina, 6.

La Mesa proclama como nuevos miembros del Comité Ejecutivo a Honduras, Estados Unidos de América y Brasil.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Honduras.

El Dr. JAVIER (Honduras): La Delegación de mi país, que tengo el honor de presidir, desea manifestar ante la XV Conferencia Sanitaria Panamericana que se siente altamente honrada y agradecida por la oportunidad que se le ha otorgado a la República de Honduras al haberla elegido miembro del Comité Ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana. Considero que esta elevada distinción supone grandes responsabilidades que nuestro país tratará de asumir en la forma más eficiente posible. Quiero particularizar mi agradecimiento, por no haber tenido la oportunidad de hacerlo antes, al Dr. Muñoz, del Perú, que apoyó la candidatura de Honduras como miembro del Comité.

El PRESIDENTE: El Delegado de Guatemala tiene la palabra.

El Ing. OLIVERO (Guatemala): La Delegación de Guatemala se permite felicitar muy calurosamente a los tres países que han sido elegidos para ocupar un puesto en el Comité Ejecutivo. Y al mismo tiempo desea expresar su más cálido agradecimiento a Nicaragua, Cuba y Bolivia, países que ahora dejan de formar parte del Comité.

Personalmente deseo expresar la satisfacción con que hemos visto la actuación del Dr. Félix Hurtado, de Cuba, y del Dr. Manuel A. Sánchez Vigil, de Nicaragua, quienes han puesto todo su conocimiento y todo su cariño en beneficio de la Organización.

El PRESIDENTE: El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Quiero, adhiriéndome a lo propuesto por el Delegado de Guatemala, que la Conferencia Sanitaria Panamericana acuerde expresar su agradecimiento por la colaboración efectiva de Nicaragua, Cuba y Bolivia, que han formado parte del Comité Ejecutivo. Particularmente me unen vínculos de amistad, de aprecio y simpatía, profesión y especialidad, al Dr. Félix Hurtado, que es uno de los pioneros de la sanidad americana. Sabemos de su actividad, sabemos de su empeño y sabemos cómo ha trabajado por prestigiar a la Organización Sanitaria Panamericana y contribuir a que sea sólida en sus principios y en sus realizaciones. Quiero dejar constancia de mi voto y mi simpatía.

El PRESIDENTE: El Delegado del Ecuador tiene la palabra.

El Dr. RAMÍREZ (Ecuador): Pido a los señores Delegados de Guatemala y Perú que me permitan hacer mías sus propias expresiones.

El PRESIDENTE: En la resolución sobre este tema se hará constar el agradecimiento de la Conferencia por los servicios prestados a la Organización por los Representantes de Nicaragua, Cuba y Bolivia en el seno del Comité Ejecutivo.

Tema 32: Lugar y fecha de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana

El PRESIDENTE: Vamos a examinar ahora el tema 32. El Dr. Wegman va a presentar el documento correspondiente.

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP): En el Documento CSP15/6¹ sobre este tema, se indica que el párrafo A del Artículo 7 de la Constitución dispone que la Conferencia se reunirá normalmente cada cuatro años en el país elegido en la reunión anterior inmediata, en una fecha fijada por el Gobierno huésped después de consultar con el Director. No podrán celebrarse en el mismo país dos reuniones sucesivas de la Conferencia. De acuerdo con la Resolución IX de la

¹Documento mimeografiado.

XIII Conferencia, la XVI ha de tener lugar en 1962. Con el fin de facilitar la decisión de la Conferencia se acompaña un anexo en el que figuran las sedes y las fechas de las catorce Conferencias anteriores. El Director está a la disposición de las delegaciones para facilitar cualquier información complementaria sobre la organización de las Conferencias.

El PRESIDENTE: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. ALLARIA (Argentina): Es particularmente honroso para mi país someter a la consideración de los señores delegados de los hermanos países de América, la cordial invitación a concurrir a la ciudad de Buenos Aires, República Argentina, para celebrar las sesiones de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana.

Esta Delegación entiende así haber concretado oficialmente lo que en días anteriores habíamos anunciado de modo informal. La República Argentina, que ha vuelto a las vías de la más decidida y sana lucha por la defensa de los derechos del hombre y la seguridad de los pueblos, al formular esta invitación para ser sede de la XVI Conferencia, quiere contribuir a demostrar cuál es el espíritu permanente con que el país, su pueblo y su Gobierno, vienen siguiendo las actividades que cumple la Oficina Sanitaria Panamericana y la manera con que esta acción ha contribuido y seguirá contribuyendo a hacer más efectivos y sólidos los lazos de solidaridad entre todos los países de América.

Aplausos.

El PRESIDENTE: El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): En realidad, el aplauso de este Pleno me induce a suponer que será unánimemente aceptada mi moción. Se refiere a la invitación de la Delegación de la Argentina, en nombre de su Gobierno, para que Buenos Aires sea la sede de la XVI Conferencia. No tengo duda alguna de que esta invitación ha sido recibida con verdadera alegría y profunda simpatía por todos los señores delegados de los Gobiernos aquí

presentes y, en tal sentido, recomiendo a este Pleno, que sea aceptada por aclamación.

Se acepta por aclamación la invitación del Gobierno de la Argentina¹

El PRESIDENTE: El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Deseo expresar mi satisfacción por la invitación de la Argentina porque realmente traduce los grandes deseos de su Gobierno, de su Gobierno democrático, de reunir a la Conferencia Sanitaria Panamericana en ese país que está haciendo una transformación realmente prodigiosa, no solamente en el aspecto sanitario, sino en el aspecto cultural y social. Yo creo que es muy halagador para los países que en los orígenes de nuestra libertad hemos contado con los grandes hombres de la Argentina, aplaudir este gesto que demuestra la solidaridad panamericana ante la salud.

El PRESIDENTE: El Delegado del Uruguay tiene la palabra.

El Dr. BERTOLINI (Uruguay): Es para dejar bien sentado el apoyo ferviente, caluroso y amistoso de mi Delegación y de mi Gobierno para que sea Buenos Aires sede de la próxima Conferencia. No podía ser de otro modo, tratándose de un hermano menor de la República Argentina.

El PRESIDENTE: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. ALLARIA (Argentina): Me sería difícil ocultar mi emoción personal al tener que traducir en lenguaje parlamentario la satisfacción que como argentino significa para mí haber escuchado los aplausos de los hermanos de América. Entiendo que en las circunstancias en que la emoción no permite regular bien los razonamientos, hay una frase que permite salir holgada y airoosamente de esas circunstancias; la Argentina os dice: muchas gracias.

El PRESIDENTE: Se levanta la sesión.

Se levanta la sesión a las 12 h. 50 m.

¹Resolución XVI, pág. 31.

DECIMA SESION PLENARIA

Miércoles, 1 de octubre de 1958, a las 15 h. 15 m.

Presidente: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos)

Tema 29: Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la OMS para las Américas (continuación)

El PRESIDENTE: Se abre la sesión. Vamos a proseguir con la elección del Director, suspendida en la sesión de esta mañana, procediendo a la sexta votación. Ruego al Dr. Peña, del Paraguay, y al Dr. Bissot, de Panamá, que actúen nuevamente de escrutadores y pasen a ocupar sus puestos en la Mesa. El Dr. Wegman pasará lista de las delegaciones presentes para determinar si existe quórum.

El Dr. Wegman (Secretario General, OSP) pasa lista y anuncia que hay 22 delegaciones presentes. Seguidamente llama a éstas por el orden de precedencia establecido, para que depositen sus boletas en la urna. Terminada la votación, los escrutadores comunican al Presidente el número de votos emitidos.

El PRESIDENTE: Hay 22 boletas en la urna. Por lo tanto, se necesitan 15 votos para la elección de Director.

Los escrutadores informan del resultado de la votación a la Presidencia.

El PRESIDENTE: Al efectuarse el escrutinio se ha observado que una boleta contiene un nombre ilegible. Por consiguiente, la Presidencia declara nulo ese voto. El resultado de la sexta votación es el siguiente: número de boletas depositadas, 22; boletas válidas, 21; boletas nulas, 1; boletas en blanco, ninguna. Mayoría de dos tercios necesaria para la elección, 15. Votos obtenidos: Dr. Horwitz, 13; Dr. González, 8. En vista de que ninguno de los candidatos ha alcanzado el número de votos reglamentario, procederemos a una nueva votación.

Se procede a la séptima votación, y los escrutadores informan del resultado a la Presidencia.

El PRESIDENTE: El resultado de la séptima votación es el siguiente: número de boletas depositadas, 22; boletas válidas, 22; boletas nulas, ninguna; boletas en blanco, ninguna. Mayoría de dos tercios necesaria para la elección, 15. Votos ob-

tenidos: Dr. Horwitz, 13; Dr. González, 8; Dr. Soper, 1. Tampoco se ha obtenido en esta votación la mayoría necesaria. El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Hemos terminado la séptima votación, en el empeño de obtener dos tercios de los votos presentes a favor de uno de los candidatos. En ninguna de las siete se ha logrado tal empeño. Ha habido pequeñas oscilaciones y ahora se ha votado en favor de un nuevo candidato.

Propongo una breve suspensión a fin de que se reúna una comisión integrada por los Delegados de Colombia, Costa Rica, Venezuela y Chile. Los dos primeros porque presentaron, a título de recomendación, los nombres que se están barajando en esta elección; los dos segundos, como delegados de los países de origen de los dos candidatos. Estos cuatro delegados, presididos por el Presidente de la Conferencia, constituirían una comisión de cinco miembros y deberían invitar a esa reunión a los candidatos que están luchando por la obtención de los votos reglamentarios necesarios. Es posible que en esta conversación se llegue a alguna fórmula transaccional y en una votación inmediata se podría dar término a la elección de Director. Es la propuesta formal que hago a este Pleno, con el intento de obtener alguna fórmula de solución.

El PRESIDENTE: ¿Hay algún comentario, observación u objeción a la propuesta del Delegado de Cuba? El Dr. Soper tiene la palabra.

El Dr. SOPER (Director, OSP) (*traducción del inglés*): Puesto que mi nombre ha sido mencionado en esta discusión, me veo obligado a hacer una declaración. Estoy en esta reunión y he continuado en ella hasta ahora porque no soy candidato. He tenido el honor y el privilegio de servir a esta Organización durante tres períodos y mi elección fue por aclamación en las Conferencias de 1950 y 1954. Influidado hace algunos meses por ciertas personas, admití que tal vez, de producirse ciertas circunstancias, estaría dispuesto a continuar por algún tiempo más. Creo, sin embargo, que debemos reconocer que esta no es sólo una Organización técnica sino también

política. Después de haberles yo informado a aquellas personas que, dándose determinadas circunstancias, tal vez consentiría en continuar, mi propio Gobierno decidió no apoyarme para continuar como Director de la Oficina basándose en razones que, estoy seguro, nada tienen que ver con el funcionamiento técnico de este organismo. De todos modos, deseo reafirmar ahora que, en mi opinión, sería un error elegir para este cargo a una persona que no cuente con el apoyo firme de la gran mayoría de los Gobiernos Miembros, y especialmente sin el apoyo pleno de su propio Gobierno. En este momento deseo que se entienda claramente que no soy candidato al cargo.

EL PRESIDENTE: El Delegado del Brasil tiene la palabra.

EL DR. DE MEDEIROS (Brasil) (*traducción del portugués*): La propuesta del Delegado de Cuba es de gran interés, pero no creo que se pueda conseguir con ella sola un resultado definitivo. Oída la explicación sincera, leal y honrada del Dr. Soper, me parece que la Conferencia no tendrá mayores dificultades. La experiencia del Dr. Soper, por cierto, haría que él fuese nuevamente un candidato de valía, pero sucede que la Oficina Sanitaria Panamericana es también oficina regional de una organización mundial, en cuya Constitución se establece un límite de edad. En estas condiciones, y por ese motivo solamente, mi Gobierno no tomó en cuenta la posibilidad de renovar el mandato del Dr. Soper. Haciendo el análisis de todos los escrutinios celebrados, nosotros nos hemos percatado del hecho siguiente: todos sabemos que una elección de esta índole, por su carácter político, es el resultado de ciertos compromisos de orden internacional entre nuestros países; y por este motivo mantenemos cierta constancia en la votación. Hemos visto cómo los delegados no se sienten autorizados a cambiar de parecer. Si comparásemos los resultados de las distintas votaciones, veríamos que hay dos o tres delegaciones que quizás no tienen instrucciones de sus Gobiernos y que, por lo tanto, cambian de parecer; en un momento votan en favor de un candidato, en otro en favor del otro. Si esa comisión que recomienda el Delegado de Cuba—que en mi opinión creo útil—pudiese conversar con los jefes de todas las delegaciones, entonces obtendríamos un resultado definitivo. Vemos que un candidato ha llegado a tener trece votos, pero le han faltado dos más para conseguir los dos

tercios necesarios. Por lo tanto, yo pido a las delegaciones aquí presentes que lleguen a un acuerdo, no sólo colocando este problema en un plano de inteligencia entre las Delegaciones de Chile y Venezuela, que son los países de los cuales son oriundos los candidatos, sino que participen en ella todos los que han tomado parte en las votaciones. En estas condiciones, apoyo plenamente la propuesta del Delegado de Cuba, para llegar así a un entendimiento. De lo contrario, vamos a repetir estas votaciones, obteniendo siempre los mismos resultados y llegaríamos así al final de la Conferencia sin haber podido elegir un Director.

EL PRESIDENTE: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

EL DR. ALLARIA (Argentina): Quisiera dar a mis palabras la exactitud necesaria para poder reflejar un poco lo embarazosa que resulta la sesión de esta tarde. Dos eminentes sanitaristas de dos países hermanos aparecen en pugna para que uno de ellos resulte elegido Director de la Oficina.

Quiero creer que traduzco el sentimiento de cada uno de los señores delegados diciendo que con este espíritu aceptamos la propuesta del Delegado de Cuba; pero me permito sugerir, como otra posibilidad, que se efectúe, suspendiendo la sesión, una reunión privada de jefes de delegación exclusivamente, con sus respectivos asesores, donde en un plano de cordialidad pudiésemos llegar al ansiado acuerdo que con tan justas palabras acaba de expresar el Delegado del Brasil.

Entiendo que esto sería otra posibilidad, y en tal sentido la someto al Pleno, el cual puede decidir el momento en que habría de celebrarse esa reunión; en mi opinión, convendría que fuese inmediatamente.

EL PRESIDENTE: El Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

EL DR. BURNEY (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Supongo que la mayoría de nosotros hemos observado o participado en algunas situaciones que no han tenido tanta fuerza dramática como las votaciones de esta mañana y esta tarde. Y creo además que el hecho de que, a pesar de todas las emociones y tensiones del momento haya prevalecido la buena voluntad, refleja el alto calibre y la inteligencia de los miembros de las distintas delegaciones.

Creo asimismo que todos estamos muy preocupados con la elección del nuevo Director. Y, al mismo tiempo, por mantener, entre nosotros mismos y ante los que nos observan aquí o puedan informarse luego, el decoro de nuestra Organización. Por esta razón he de oponerme, muy a mi pesar, a la sugestión formulada por el distinguido Delegado de Cuba. Creo que su proposición es interesante, pero también creo que todos nosotros estamos realmente interesados en resolver esta situación para beneficio de la Organización en su conjunto y, como dije antes, de manera que se mantenga nuestro decoro como grupo. Por consiguiente, estaría dispuesto a apoyar la propuesta del Delegado de la Argentina, pero me permito sugerir además, para que su proposición sea lo más eficaz y por la mayor facilidad de discusión en un grupo más pequeño, que a la reunión asistan solamente los jefes de las delegaciones y, a lo sumo, no más de un asesor por cada país.

EL PRESIDENTE: El Delegado del Perú tiene la palabra.

EL DR. MUÑOZ (Perú): La propuesta del Delegado de la Argentina, apoyada y modificada por el de los Estados Unidos, permitiría, quizá, encontrar una solución eficaz al problema. Sería una reunión privada, después de la cual se procedería a la votación.

EL PRESIDENTE: El Delegado de Cuba tiene la palabra.

EL DR. HURTADO (Cuba): Me permito insistir y llamar la atención sobre el hecho de que mi propuesta conduce a una reunión de carácter privado, en la cual se cumplen, en líneas generales, los preceptos constitucionales.

Una reunión de los jefes de delegación con un asesor equivaldría a una reunión del Pleno, con la única circunstancia especial de que sería de carácter privado. Es una reunión numerosa, que llevaría implícita la dificultad de encontrar una solución rápida que tenga la anuencia de los delegados.

Mi impresión personal, según mi experiencia en otras reuniones internacionales de carácter electoral, es que no se llegaría a la solución que se pretende en esa reunión privada de jefes de delegación, pues, como ha expuesto muy justamente el Delegado del Brasil, es difícil para un delegado desentenderse de sus consignas en el acto de

votar. Se sabe que algún delegado puede tener una consigna especial de su Ministerio de Relaciones Exteriores. Se llega a hablar, inclusive, del término "compromiso". Se llega, en determinadas circunstancias, a decir de una parte y de otra: "Tengo un informe diplomático de la Cancillería". Se dicen a veces palabras que no responden al sentido estricto de la cuestión.

Los países solicitan apoyo, de acuerdo con la práctica internacional que en nuestros días se usa a menudo, aunque no siempre con éxito, ni siempre con razón justificada. A menudo las Cancillerías, sobre todo en los últimos tiempos, establecen un régimen peligroso. En mi opinión es contraproducente el realizar intercambio de votos. A lo mejor un delegado está ateniéndose estrictamente a las instrucciones de su Cancillería, que lo mandó votar. Si penetramos en la intención de la Cancillería, resulta que estamos cumplimentando el trueque de un voto de nuestro país en la Conferencia del Trigo. Este es el régimen instituido últimamente con la ingerencia del intercambio diplomático en organismos de esta clase.

Se llega después a la aplicación en la sala de debates, donde la Cancillería no puede alterar la reglamentación. El Reglamento Interno dice voto secreto y, por consiguiente, se cumplimenta esa disposición, como aquí se ha realizado. No creo que en esa reunión de jefes de delegación lleguen a declararse abiertamente las instrucciones recibidas, porque por muy secreta que sea esa reunión, hay que tomar en cuenta la dignidad del mandatario. Si nos trasladamos al régimen diplomático estricto, en el cual es costumbre que los Gobiernos instruyan, estas instrucciones son de carácter general, porque los representantes diplomáticos no son meros agentes mecánicos para cumplimentar instrucciones, sino para aplicarlas con el debido respeto y flexibilidad. Cuando tienen dificultades se dirigen a su Cancillería y se establece la consulta correspondiente.

En la reunión que proponemos, intervendrían solamente cuatro personas fundamentales, con la acción moderadora del Presidente. Dos, que son los delegados de los países que en realidad presentan candidaturas para Director, y que seguramente han hecho las tramitaciones diplomáticas correspondientes. Y dos, que para nosotros han sido oficialmente los introductores de las candidaturas. En este Pleno no se ha informado que el Gobierno tal o cual haya llegado

al seno de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana sometiendo a la Mesa determinada candidatura. Esas candidaturas han llegado por la voz de los representantes de dos países, que en este caso han sido Colombia y Costa Rica. Desde luego, dos representantes oficiales de los Gobiernos de los países a los cuales corresponden como ciudadanos los señores candidatos han afirmado después la proclamación hecha por Colombia y por Costa Rica, y han hecho sus naturales y laudatorias declaraciones. Finalmente, a la reunión asistirían también los propios candidatos. Nadie puede dudar de que los candidatos, personalmente, representen un papel importante en esa reunión. Esto puede facilitar la solución. En teoría y buena hipótesis debe haber muchas. Lograr que el Director electo tenga la mayoría suficiente es nuestro afán y responde al espíritu y a la letra de nuestro reglamento. ¿Qué dicen los escrutinios repetidos que hemos realizado? Se destacan dos candidatos; no me refiero a la inclusión fortuita del Dr. Soper en una última elección. Son prácticamente dos candidatos que tienen influencia natural y lógica sobre los señores que los han respaldado con el voto en una urna. Si se estudian las siete votaciones realizadas, se ve que sobre los dos candidatos presentados ha operado el régimen selectivo de nuestro voto. Se ve marcadamente que uno de ellos ha mantenido una votación mayoritaria, aunque no tiene la reglamentaria. Pero tiene una votación mayoritaria. El otro tiene una votación minoritaria. En un momento, en buena técnica electoral, hubo un movimiento oscilante en que se pudo creer que acaso habría variaciones. En ningún momento se ha logrado un equilibrio real entre los votos emitidos hasta ahora. De manera, que convendría ponerse en contacto con los candidatos.

Un experto electoral de alguno de los candidatos que se están barajando, ya estaría conversando con su candidato y analizando el significado y la impresión psicológica de esas siete votaciones. Pudiera haber un examen por parte de los candidatos, un intercambio amable entre ellos y una decisión privada que llegara luego al seno de la Conferencia y produjera, ojalá así fuera, una votación unánime para Director de la Oficina.

No creo en la eficacia de la reunión de todos los jefes de delegación con sus asesores, porque eso equivale a tratar otra vez en el pleno de la Conferencia esta cuestión en la que muchos de los

aspectos no serían expuestos en la forma que se pretende. Mucho más franca, mucho más íntima y de mucha más flexibilidad, sería la reunión de cinco que propone mi Delegación, con la intervención de los candidatos. Mucho más que la reunión de jefes de delegación. No obstante, como es natural, el Pleno decidirá.

El PRESIDENTE: ¿Algún otro comentario? Si no lo hay, tenemos dos propuestas ante nosotros. La más distante de la original es la que se pondrá a votación. Sírvanse levantar la mano los que estén a favor de la propuesta del Delegado de la Argentina, en el sentido de que los jefes de delegación, con un asesor, celebren una reunión privada.

El Dr. HURTADO (Cuba): Señor Presidente, deseo plantear una cuestión de orden.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): En este caso, aunque existe una intención de similitud, no creo que sea aplicable la regla de la proposición más alejada de la original. En las propuestas de las Delegaciones de la Argentina y Cuba no hay distancias, porque no hay puntos de referencia. Ello sería aplicable si existiera una propuesta en documento presentado oficialmente en el programa de temas. Entonces se apartarían de la propuesta original. Las propuestas presentadas y la que pudiera presentar cualquiera otra delegación, se apartarían más o menos de la original. Lo lógico sería seguir el orden de la presentación, porque no hay punto de referencia, ya que en este caso no existe propuesta original.

El PRESIDENTE: La Presidencia interpretó que el Delegado de Cuba había propuesto una reunión privada de un número de personas. Entendimos que el Delegado de la Argentina proponía una reunión privada, a base de todos los jefes de delegación presentes. Ese fue el punto de partida. El Delegado del Brasil tiene la palabra.

El Dr. DE MEDEIROS (Brasil) (*traducción del portugués*): En relación con la propuesta del Delegado de los Estados Unidos, aceptamos en principio la idea de una reunión secreta, pero solamente con los jefes de delegación. Así se reduciría el número de personas asistentes a esa reunión. Por otro lado, me permito decir que, en general, en los parlamentos las propuestas se ponen a votación en el orden en que fueron pre-

sentadas. La primera propuesta presentada fue la del Delegado de Cuba. Esa debe ponerse a votación primero, y luego la del Delegado de la Argentina.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna observación sobre la cuestión de orden planteada por el Delegado de Cuba y las manifestaciones del Delegado del Brasil?

La Presidencia acepta la cuestión de orden y somete a votación en primer lugar la propuesta del Delegado de Cuba, en el sentido de que se celebre una reunión privada de los jefes de las Delegaciones de Venezuela, Colombia, Costa Rica y Chile, los dos candidatos que han obtenido el mayor número de votos y el Presidente de la Conferencia.

Se somete a votación la moción del Delegado de Cuba, con el siguiente resultado: 12 votos a favor, uno en contra y 5 abstenciones.

Aprobada.

El PRESIDENTE: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. ALLARIA (Argentina): Señor Presidente, con todo respeto me permito señalar que hay que someter a votación la segunda moción. Lo único que se ha constatado en esta primera votación ha sido el resultado de una moción, pero hay que someter a votación la segunda, pues estas dos no se contraponen.

El PRESIDENTE: El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Señor Presidente, me remito de nuevo a una cuestión de orden. Las mociones excluyentes no se pueden considerar. Esta moción está aprobada y, por lo tanto, no se puede considerar ninguna otra sobre la materia, puesto que hay que cumplimentar la que el Pleno acaba de aprobar. ¿Qué pasaría en el Pleno si, en una hipótesis de rareza extraordinaria, se aprobara la moción del Delegado de la Argentina? Entonces, ¿cuál de las dos se cumple? Ya el Pleno ha decidido que se reúna una pequeña comisión. Es una cuestión resuelta. Son mociones que no pueden considerarse en la forma pretendida por el Delegado de la Argentina.

El PRESIDENTE: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. ALLARIA (Argentina): Con la cordial estimación que nos une al Dr. Hurtado, me permiti-

to discrepar, porque utilizo como fundamentos los mismos que él expuso cuando señaló que las mociones debían votarse por orden de presentación, ya que no había una que se opusiese a la otra, no había punto de referencia. Como no son mociones excluyentes, me permito sostener la posición enunciada anteriormente de que debería votarse la segunda moción.

El PRESIDENTE: El Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Dr. BURNEY (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Estoy de acuerdo con el Delegado de la Argentina, aunque siempre me contraría estar en desacuerdo con el Delegado de Cuba, cuya experiencia y discernimiento todos respetamos. Sin embargo, me permito sugerir que, recogiendo el sentir general en este momento, armónicos la moción del Dr. Hurtado, que ha sido aprobada, con la propuesta del Delegado de la Argentina, de manera que la comisión de cinco informe del resultado de su gestión a una reunión privada en la que solamente participen los jefes de delegación y un asesor por cada país, en lugar de hacerlo en sesión plenaria.

El PRESIDENTE: El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Yo creo que la propuesta que acaba de formular el Delegado de los Estados Unidos completa la del Dr. Hurtado. En realidad una no excluye la otra. Después que el grupo de cinco haya cumplido su misión, se puede reunir privadamente con las restantes delegaciones. Me permito, pues, apoyar la propuesta del Dr. Burney. Creo que sería un procedimiento conveniente.

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

El Dr. ALLARIA (Argentina): Debo reconocer la afortunada intervención del Delegado de los Estados Unidos, cuya propuesta solucionaría el problema planteado.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción a la propuesta del Delegado de los Estados Unidos? ¿Ninguna? Queda aprobada.

Aprobada.

El PRESIDENTE: Se levanta la sesión. Seguidamente se va a reunir la pequeña comisión, que más tarde informará a una reunión privada de los jefes de delegación.

Se levanta la sesión a las 16 h. 45 m.

UNDECIMA SESION PLENARIA

Miércoles, 1 de octubre de 1958, a las 23 h. 30 m.

Presidente: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos)

Tema 29: Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la OMS para las Américas (continuación)

El PRESIDENTE: Se abre la sesión. En la sesión privada que acaba de celebrarse, el Dr. Abraham Horwitz ha sido elegido, por una mayoría superior a los dos tercios de los miembros presentes y votantes, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Tiene la palabra el Delegado de Guatemala.

El Ing. OLIVERO (Guatemala): En nombre de la Delegación de Guatemala permítaseme presentar al Dr. Abraham Horwitz nuestra más cálida felicitación por la elección de que ha sido objeto esta noche como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, felicitación que hacemos extensiva a la Delegación de Chile aquí presente. Nos asociamos asimismo a las muestras de agradecimiento y simpatía de que ha sido objeto el Dr. Soper por los delegados que han hecho uso de la palabra en sesión privada.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Haití.

El Dr. NICOLAS (Haití): En nombre de la Delegación de Haití felicito efusivamente al Dr. Horwitz por su elección como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Tenemos la certidumbre de que el Dr. Horwitz sabrá justificar la confianza que en él hemos depositado.

No quisiéramos terminar sin dirigir igualmente nuestra felicitación efusiva al Dr. Soper, en quien, como ha dicho ya en sesión privada el Delegado del Uruguay, reconocemos un hombre de gran mérito, ciudadano ilustre de América, cuyo recuerdo será imperecedero en Haití, puesto que gracias a él mi país ha dado un gran paso adelante en la esfera de la salud.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Perú.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Hace algunos instantes, con motivo de la elección del Dr. Horwitz, en sesión privada me fue muy grato dejar constancia de mi complacencia. Ahora, en presencia suya

quiero reiterar mi simpatía y mi aplauso. Conozco las cualidades personales del Dr. Horwitz; sé su hombría de bien, conozco su interés, su entusiasmo, su capacidad. Estoy seguro de que la responsabilidad que ahora le corresponde va a desempeñarla muy bien. Estoy seguro también que va a hacer honor a los países latinoamericanos que en este momento heredan del Dr. Soper la responsabilidad de dirigir la Oficina Sanitaria Panamericana. Hemos tenido ocasión de ver al Dr. Horwitz en nuestros países compartir con nosotros las mismas inquietudes; vivir las mismas angustias y los mismos problemas; tratar de impulsar la sanidad, y esto nos inspira la seguridad de que él, al frente de la Oficina Sanitaria Panamericana, va a ser un hombre que se va a dar íntegro, que no va a representar únicamente a su país, sino que va a representar a América entera, para que América sea una en la salud y una en encontrar las soluciones felices de los problemas. Por eso ahora renuevo mi felicitación muy calurosa y le auguro los mejores votos por su éxito, que estamos seguros lo habrá de conseguir por sus excepcionales cualidades personales.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Panamá.

El Dr. BISSOT (Panamá): Mi delegación desea felicitar calurosamente al Dr. Abraham Horwitz por la distinción de que acaba de ser objeto por esta Conferencia al elegirlo Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Es cierto que el honor trae consigo una alta responsabilidad, no sólo por el hecho de que el Dr. Horwitz es el primer latinoamericano que ocupa tal puesto, sino también porque va a reemplazar a una de las personalidades de mayor fama en el campo mundial de la salud. Conociendo al Dr. Horwitz, estamos seguros, como dijo el Delegado del Perú, de que desempeñará sus funciones a satisfacción de todos los países aquí representados.

Mi Delegación desea, además, adherirse con todo entusiasmo a las distintas proposiciones que han sido presentadas en sesión privada para rendir homenaje al Dr. Soper. Por haber tenido

el placer y la oportunidad de que el Dr. Soper conviviera con nosotros por largo período de tiempo, siempre le consideramos como algo nuestro y seguiremos considerándole así. Por lo tanto, anuncio que apoyaré la resolución que va a ser propuesta oficialmente mañana y las mociones que han sido presentadas para aprobación esta noche.

El PRESIDENTE: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. ALLARIA (Argentina): Hay algunos momentos en la vida de los pueblos que se miden por la magnitud de los hombres que los representan, así como por las acciones que esos hombres desarrollan. Una feliz y creo inmerecida circunstancia, ha determinado que sea yo personalmente el que en nombre de la República Argentina tenga que contemplar un fenómeno que se da sobre dos líneas:

Por un lado la que nos aleja de una absoluta certidumbre. La certidumbre de la eficiencia, la certidumbre del profundo conocedor de los problemas de América a través de sus necesidades sanitarias y la certidumbre del ejemplo de un infatigable luchador que se llama Fred L. Soper. Y por otra parte la apertura de una gran esperanza, una gran esperanza que va a recaer en una persona que va a llevar con él no sólo la esperanza de su país, sino la esperanza de una tradición, de una cultura, de una filosofía distinta, de un modo de ser distinto al de las características del anterior Director de la Organización Sanitaria Panamericana. La gran esperanza que confiamos se transforme en estos años en otra certidumbre, ha sido endosada no sólo al Dr. Horwitz, sino a los pueblos de América Latina que creen interpretar en él, tanto como estoy seguro lo hubieran interpretado con el Dr. González, la posibilidad de realizar, quizá con una perspectiva distinta, con un sentimiento distinto, pero con los mismos propósitos, la integración de todos nuestros pueblos a través del más caro de los deseos que es el de asegurar el mayor estado de salud de los mismos. Va a llegar con el Dr. Horwitz el compromiso que todos nosotros hemos asumido al respaldar con aplausos la elección en él acaecida, el compromiso, decía, de acompañarlo y concretar esa gran esperanza en una gran realidad.

El PRESIDENTE: Tenemos ante nosotros una moción del Delegado del Perú, presentada en la sesión privada. ¿Cuál es el sentir de la Confe-

rencia en relación con la designación del Dr. Soper como Director Emérito? Tiene la palabra el Delegado del Perú.

El Dr. MUÑOZ (Perú): En realidad hay una moción anunciada por el Delegado de Cuba, pero creo que el momento, emocionante en este instante, permite que esa moción que he propuesto sea votada por aclamación dados los méritos excepcionales del Dr. Soper.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación u objeción? El Delegado de Honduras tiene la palabra.

El Dr. JAVIER (Honduras): Deseo preguntar al Delegado de Cuba, Dr. Hurtado, si tiene a mano el texto de su proposición, para que se lea y poder aprobar así conjuntamente las dos mociones de una vez en este momento solemne.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Cuba.

Moción del Delegado de Cuba

El Dr. HURTADO (Cuba): Como ustedes recordarán, la Delegación de Cuba apoyó con todo entusiasmo y calor la moción introducida en la sesión privada por el Delegado del Perú, en el sentido de declarar al Dr. Soper Director Emérito de la Oficina Sanitaria Panamericana. La moción que presenta la Delegación de Cuba, apoyando esa designación, dice así:

La figura relevante del Dr. Fred L. Soper, que desde 1947 ocupa la dirección de la Oficina Sanitaria Panamericana, no necesita ser ensalzada por la Delegación de Cuba. Su ejecutoria constituye el mejor galardón y su obra suscita una profunda admiración.

Sin embargo, nosotros, que hemos sido los testigos más próximos de su infatigable tarea, de su continua dedicación a la obra de la Organización Sanitaria Panamericana, debemos dejar constancia, en esta reunión de la Conferencia, de su alta capacidad y de su elevado espíritu. El Dr. Soper ha sido uno de los artífices más eficaces de la colaboración intercontinental y mundial en materia de salud pública y ha contribuido brillantemente al progreso alcanzado por nuestros pueblos de América en este dominio, en el curso de estos últimos años.

Con un tesón singular, en el transcurso de los doce años que ha durado su mandato, se ha dedicado sin descanso a reforzar el ánimo de los gobernantes del Continente, poniendo de manifiesto que era indispensable unirse si se quería llegar a resultados positivos. Como prueba de su firmeza de voluntad en el cumplimiento de la misión que se le confiara al ser designado para dirigir los trabajos de la Oficina Sanitaria Panamericana, basta señalar dos simples

hechos: del presupuesto inicial de \$50.000 atribuido a la Oficina en el Código Sanitario, hemos llegado a la cifra de \$3.600.000 para 1959 y algo más de \$4.000.000 en las cifras previstas para 1960. El pequeño núcleo de funcionarios que constituía la Oficina en 1947 ha pasado a ser un cuerpo de funcionarios técnicos y administrativos superior a 700.

El Dr. Soper, con gran visión de las realidades, descentralizó los servicios de la Oficina persuadido de la conveniencia de que ésta había de permanecer en íntimo contacto con el medio en que se desarrollaba su acción y creó las Oficinas de Zona, cuya labor ha permitido mantener un contacto constante con los Gobiernos Miembros de la Organización. Aunque la obra de ésta ha sido llevada a cabo por nuestros Gobiernos, como siempre recuerda el Dr. Soper, es justo proclamar que su contribución a ella ha sido constante y en muchos aspectos decisiva. A este período de 1947-1959, corresponde la creación del INCAP, del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa y del Centro Panamericano de Zoonosis. La erradicación ha avanzado en sus distintos frentes: *Aedes aegypti*, malaria, pian y viruela. La obra de adiestramiento de personal técnico ha sido inmensa. El programa de becas de la Oficina cubre hoy todo el Continente.

Al cesar en la dirección de la Oficina, queremos confiar en que continuará a nuestro lado guiándonos con su orientación y su consejo. Para las generaciones futuras, el nombre del Dr. Soper servirá de estímulo y de ejemplo de lo que puede la inteligencia y la tenacidad en favor del bienestar de nuestros pueblos de América.

No se ha preparado todavía el texto del proyecto de resolución correspondiente, que será sometido a la sesión plenaria de mañana. Pero no podemos ni debemos esperar a mañana para aclamar al Dr. Soper como Director Emérito de la Oficina. Yo no tengo absolutamente duda alguna de que en la mente, en el corazón de todos los miembros de esta Organización está el reconocimiento al Dr. Soper. Procede, por lo tanto, y yo rogaría que no se demorara un minuto más, determinar con un cerrado aplauso de este Pleno la aclamación propuesta por el Delegado del Perú.

Aplausos.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Uruguay.

El Dr. BERTOLINI (Uruguay): Señor Presidente, es solamente para recordarle que yo también he presentado una moción. Nosotros, aunque sea simbólicamente, debiéramos declarar al Dr. Soper Ciudadano de América.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Nicaragua.

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua): Ahora que los nublados eleccionarios pasaron y que el ponderado Dr. Horwitz ha sido electo Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, séame permitido, con el corazón en los labios, dedicar al Director actuante, Dr. Fred L. Soper, las palabras siguientes, salidas del afecto sincero y conocimiento personal que de él tengo.

Se ha hablado y no con justicia toda que ya tenemos el primer Director latinoamericano. Quienes tales frases dicen, no conocen la trayectoria de Soper, que se ha dado casi única e intensivamente a nosotros los iberoamericanos. Más de veinte años en el Brasil, dos o tres en el Paraguay, siempre en lucha para el pueblo; enemigo No. 1 de la fiebre amarilla y desterrador y conquistador del *Anopheles gambiae*; Soper no sólo ha sido un tanto de nosotros, sino que también suavizó su personalidad con el dulce idioma portugués y la armoniosa lengua paraguaya (el guaraní). Con la Fundación Rockefeller eliminó la fiebre amarilla urbana en el Brasil y con la misma dió comienzo a la erradicación de la fiebre amarilla de la jungla, usando la vacuna de virus vivo modificado 17D. El fue el primero en tomar la responsabilidad de usarla en gran escala, sin vacilación alguna, abriendo así una gran esperanza a los otros pueblos del mundo. Luego, la malaria y ahora la polio, campañas ya en vías de erradicación decidida, han sido ideas de Soper, e inesperadamente parte el capitán general sanitario, cuando esta nueva clase de trabajos quedan planeados en el tapete y en el deseo y ansiedad de los pueblos de América . . .

Quiera Dios que el espíritu todo de aquella Oficina Sanitaria, parte de la Unión Panamericana, cuya amabilidad y cariño vivió en labios del viejecito Dr. Cumming, del caballeroso Dr. Ernst y del bien tildado Aristides Moll; junto a la gran concepción, perfecto desarrollo y magnífica guía de la Oficina de Soper, primero en Connecticut Avenue y luego en "Dupont Circle", iluminen siempre a los que por la fuerza de las circunstancias han de seguirles en la tarea. Porque lo que vale en esta Oficina, a más del grande acervo intelectual que posee, es su voluntad de espíritu, su acendrado continentalismo y su ansia de evolución y de grandeza. En ella, en la Oficina, con los colaboradores que tiene, no existen más que sentimientos nobles y un grande amor a los pueblos de América y a los ciudadanos del mundo.

Otra de las virtudes de Soper, como Director, es la de saber escoger y mantener su personal, de manera tal que en la actualidad la Oficina Sanitaria Panamericana de Washington merece el crédito y la confianza máxima que las otras instituciones mundiales le conceden.

En constante comunicación con los Institutos Nacionales de Higiene de Washington, con el "Wistar" de Philadelphia, Pa., y con las otras instituciones de tal índole, consigue asesoramiento inmediato sobre las nuevas etapas en los problemas de virus, de tanto interés para nosotros.

Además de esto, desarrolla en su personal el deseo y la forma de adelanto que tan necesarios son para una institución directiva, creando en ellos el espíritu de cuerpo indispensable en toda organización bien cimentada.

Mas séame permitido dedicar capítulo especial al elemento femenino de la Institución; y a esa mujer sublime que se llama Julieta de Soper, dignísima esposa del Director de la Oficina.

Como él, ella es una ciudadana de América, encariñada con nosotros los latinos hasta lo indecible. Ella también, desde sus primeros días de casada, siguió y cuidó a su marido, siendo un ejemplo de fidelidad, pues ha sabido mantener preparada y firme la lámpara votiva del afecto y del sacrificio sin límites. Esperó con fe y firme voluntad los ensayos y trabajos de Fred y no desmayó jamás en ninguna de las vicisitudes de la vida. Compartió las angustias de los trabajos sobre la fiebre amarilla, las luchas improbables contra el *Anopheles gambiae* y, más que todo, fue y es la esposa solícita al cuidado perenne de su marido.

Asimismo, siguiendo su ejemplo, encontramos nosotros otras tantas y dignas señoras, esposas de los jefes y trabajadores de la Oficina, que soporitan con paciencia y valentía las numerosas ausencias de sus esposos que, como caballeros andantes, van por la América, demostrando, enseñando y manteniendo en alto el pendón límpido de la ciencia sanitaria. Pido para todas ellas un voto de gratitud sincera y para el Dr. Fred L. Soper y su señora esposa el nombre de Ciudadanos de América.

El PRESIDENTE: El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Yo creo que el Dr. Bertolini tiene mucha razón. Los méritos del Dr. Soper, su hombría de bien, la labor que él ha

cumplido en los diversos países de América, la forma como él se ha entregado a los diversos pueblos, el estímulo que nuestros pueblos le deben, el ejemplo que debemos dar a las generaciones que nos sucedan, justifican que, en realidad, el Dr. Soper sea considerado como Ciudadano de América. Pero esa no es una labor que nos compete, eso escapa a nuestras posibilidades y yo pido que sea tomado este acuerdo para pedir a la Organización de los Estados Americanos que el Dr. Soper sea considerado por ella como Ciudadano de América de 1958. Creemos que así cumplimos con nuestras normas, porque es a ella a la que corresponde reconocer estos merecimientos y estas cualidades. Yo pido que esta proposición del Delegado del Uruguay sea también aclamada por un aplauso cariñoso y sincero para ese gran sanitarista que es el Dr. Fred L. Soper.

Aplausos.

El PRESIDENTE: Tengo mucho placer en presentarles al nuevo Director, Dr. Abraham Horwitz.

El Dr. HORWITZ (Chile): Señor Presidente, señores delegados: Gracias por la alta distinción que me habéis conferido, al designarme Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, honor que involucra una doble y seria responsabilidad: por una parte, continuar cumpliendo con los postulados de nuestra Organización; por otra, suceder a un antecesor ilustre.

Evitar las enfermedades, prolongar la vida y contribuir al bienestar mental y social de las personas, son propósitos del más acendrado humanismo. Su logro requiere sólidos conocimientos y experiencia, como asimismo una honda conciencia moral fundada en el respeto, sin condiciones, de los seres humanos y su dignidad.

Para que los progresos de la ciencia se pongan realmente al servicio de los hombres, deben someterse a los valores de un humanismo universal que es posible por sobre las diferencias de ideologías, de razas, religiones y naciones. Así lo revela lo que se ha hecho en salud pública en el mundo y en nuestro Continente en particular. Existe aún amplio campo para viejas y nuevas iniciativas, cuyo éxito depende de la calidad intelectual, espiritual y moral de quienes tienen tan delicadas responsabilidades. Y es misión de nuestras universidades la de formar y perfeccionar a nuestros técnicos para estos elevados propósitos. De aquí nuestra profunda convicción

de que el destino de nuestras organizaciones nacionales e internacionales de salud reside, en buena medida, en la capacitación y el perfeccionamiento de los profesionales universitarios. Con ellos, todos los problemas cuya solución reclaman las comunidades, por medio de los organismos que se han dado, pueden ser abordados y resueltos progresivamente con la debida consideración a la forma de vivir y a la cultura de cada grupo humano.

Ilustres son los nombres, señores delegados, cuyas ideas plasman realidades que tienen extensa proyección. Ilustre es el Dr. Soper. Su nombre está ya incorporado a la historia de la colaboración internacional en el campo de la salud y de nuestras organizaciones en especial. A su inventiva y espíritu de empresa se debe la doctrina de la erradicación de las enfermedades transmisibles y la demostración concreta de su realización. La esencia de su significado la expresa en el capítulo de su informe cuadrienal que denomina "una nueva dimensión de la medicina". Sorprende y emociona la comparación que hace con los avances más notables del ingenio del hombre en los últimos años. A más de conocimiento probado y de sólida experiencia, la erradicación exige imaginación creadora, voluntad, perseverancia y audacia, cualidades que se dan en pocos. Por lo que representan para nuestro Continente los programas en desarrollo, pondremos todos los esfuerzos de nuestra parte para darles término.

Para concluir, permítaseme una nota personal. Le debo a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins, gracias a la oportunidad que me brindara la Fundación Rockefeller hace ya 15 años, el haber conocido los principios de esa otra cara de la medicina que es la salud pública, que mira a las comunidades y que busca el bienestar de cada cual a través del de muchos. Le debo a la Oficina Sanitaria Panamericana, gracias a la bondadosa oportunidad que me diera el Dr. Soper, el haber penetrado en el campo de la colaboración internacional y comprendido su significado. Ambas etapas estimularon una inclinación natural de mi espíritu por servir, ajeno a intereses y convencionalismos. Si se agrega lo que me ha dado el estudio, la meditación sobre los problemas y sus consecuencias y una experiencia intensamente vivida, el todo hace mi bien intelectual que desde hoy pongo humildemente al servicio de vuestros pueblos,

señores delegados, por intermedio de vuestros dignísimos Gobiernos y de los cuerpos directivos de la Organización.

Aplausos.

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

El Dr. BURNEY (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Permítaseme agregar mis comentarios a los ya expuestos en forma tan excelente y mucho mejor de lo que yo pudiera hacerlo. Me place decir que, además de los elogios ya expresados y tan merecidos en relación con nuestro nuevo Director, debemos testimoniarle nuestra solidaridad y simpatía, ya que está asumiendo una posición de gran responsabilidad que muchos de nosotros vacilaríamos en aceptar. No voy a tratar de añadir nuevos elogios a los ya tributados a nuestro buen amigo el Dr. Soper. Pero sí he de decir que son pocos los que han podido alcanzar como el Dr. Soper, en primer lugar, el reconocimiento mundial como hombre de ciencia y, luego, igual reconocimiento como administrador de salud pública. Y creo que la sugestión hecha aquí esta noche, que tiene el pleno apoyo de mi Gobierno, en el sentido de que se proclame al Dr. Soper Ciudadano de las Américas, tal vez podría extenderse con toda propiedad hasta proclamarle Ciudadano de Salud Pública del Mundo, porque es evidente que sus aportaciones, bien sea por su fructífera labor científica o por su capacidad como administrador, no se han limitado a las Américas, que es donde mayormente se ha dejado sentir el efecto de su obra. Quiero decir también que uno de los grandes atributos de un dirigente, es que no se dedique solamente a la labor externa que lleva a cabo, sino también—y muchas veces no es tan aparente—lo que logra en el seno de su propia organización. Hay muchos hombres que son prominentes de por sí, pero en el caso de nuestro Director, el Dr. Soper, estimo que una de sus grandes cualidades ha sido la habilidad que ha demostrado para atraer a elementos destacados para formar parte del personal de la Oficina. No ha temido el Dr. Soper, como ocurre con tantos otros administradores, la competencia de los hombres que trabajan con él. Otro atributo notable, que en mi opinión refleja muy genuinamente el excelente carácter del Dr. Soper, es que se haya sabido ganar la lealtad de su personal. Para mí, este es un requisito importante, si no el primero, en cualquier grupo de individuos que

trabajen en una organización. El Dr. Soper ha sido, como todos ustedes saben, hombre de firmeza cuando era preciso. Ha sido gentil en caso necesario, pero sobre todo, nos ha impresionado su sincera devoción a la causa de mejorar la salud de los pueblos de América, a cuyo servicio estamos y a los que él ha servido en forma tan perfecta como funcionario internacional durante todos estos años. Como compatriota que soy de él, debo expresar con gran humildad mi gratitud personal y la de mi Gobierno por su sobresaliente aportación, y aprovecho esta oportunidad para desearle éxito en los muchos años de servicio eficaz que todavía tiene por delante.

Estoy seguro que todos nosotros daremos al Dr. Horwitz, nuestro nuevo Director, la misma lealtad, el mismo apoyo, la misma comprensión, y de vez en cuando las mismas ideas constructivas, que hemos dado al Dr. Soper. Con esta

lealtad, con esta sinceridad y con la primordial dedicación que a cada uno de nosotros nos inspira—o de lo contrario no desempeñaríamos los cargos que ocupamos—nos esforzamos en mejorar la salud de todos los pueblos de las Américas y, en realidad, de todos los pueblos del mundo. Por lo tanto, confío en que bajo la muy hábil y experta dirección del Dr. Horwitz, continuaremos progresando en la labor por el mejoramiento de la salud de las Américas. Debemos sentirnos todos orgullosos de este tremendo progreso y del excelente ejemplo que ha constituido para el resto del mundo. Prometo, pues, el apoyo y la lealtad de mi país al Dr. Horwitz, nuestro nuevo Director, en los años venideros.

El PRESIDENTE: Con esto damos por terminada la sesión de esta noche.

Se levanta la sesión a las 23 h. 50 m.

DUODECIMA SESION PLENARIA

Jueves, 2 de octubre de 1958, a las 9 h. 25 m.

Presidente: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos)

El PRESIDENTE: Se abre la sesión. Se va a dar lectura a dos comunicaciones recibidas en Secretaría.

Lectura de comunicaciones del Dr. Miguel E. Bustamante y de la Sociedad Internacional para el Bienestar de los Lisiados

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): Se ha recibido el siguiente cable del ex Secretario General de la Oficina, Dr. Bustamante:

Ocasión aniversario Constitución Organización Sanitaria Panamericana y Conferencia ruego aceptar usted y delegados sinceros votos fortalecimiento Organización y éxito Conferencia. Con saludos antiguos compañeros sanidad panamericana, muy atentamente. Miguel E. Bustamante.

Por otra parte, se ha recibido la siguiente comunicación dirigida al Presidente de la Conferencia (*traducción del inglés*):

Estimado Dr. Arbona:

Me es grato comunicarle que la Sociedad Internacional para el Bienestar de los Lisiados me ha

conferido el honor de representarla en la Conferencia Sanitaria Panamericana, X Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. El Dr. Benigno Fernández, Médico Residente del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital San Patricio, de la Administración de Veteranos, de esta ciudad, ha sido también designado para representar a dicha organización.

Al mismo tiempo, le agradecería que anunciara a los delegados y asistentes a esa reunión que la Cuarta Conferencia Interamericana sobre Rehabilitación, patrocinada por el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y la Sociedad Internacional para el Bienestar de los Lisiados, se celebrará en San Juan, Puerto Rico, del 20 al 23 de mayo de 1959.

En estas mismas fechas, la sección local de la Asociación Americana de Fisioterapia, la Asociación Americana de Rehabilitación Profesional, la Asociación Americana de Psicología y el Comité de Asuntos Panamericanos del Consejo Mundial para el Bienestar de los Ciegos, celebrarán simultáneamente sus respectivas reuniones. Las autoridades más destacadas en el campo de la fisioterapia y rehabilitación han aceptado las invitaciones para participar en estas reuniones y conferencias.

En nombre del Comité Ejecutivo, deseo invitar a todos los delegados participantes en la XV Conferencia Sanitaria Panamericana a que tomen nota de

la fecha y envíen representantes a esta importante reunión sobre los problemas de la rehabilitación. Estoy a su disposición para facilitar cualquier información complementaria.

Agradeciendo su cooperación, aprovecho la ocasión para saludarle atentamente, Herman J. Flax, M.D.

Designación del Dr. Fred L. Soper como Director Emérito de la Oficina Sanitaria Panamericana

El PRESIDENTE: El primer tema en el orden del día es la designación del Dr. Fred L. Soper como Director Emérito de la Oficina Sanitaria Panamericana. Según anunció en la anterior sesión plenaria, la Delegación de Cuba ha preparado un proyecto de resolución sobre este asunto y ruego al Dr. Hurtado tenga a bien dar lectura al mismo.

El Dr. HURTADO (Cuba): El proyecto de resolución está redactado en los siguientes términos:

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Teniendo en cuenta la obra desarrollada al frente de la Oficina Sanitaria Panamericana por el Dr. Fred L. Soper, que quedará como ejemplo perenne de noble voluntad y de devoción al servicio de la causa de la salud de los pueblos de América; y

Considerando que el mandato del Dr. Fred L. Soper terminará el 1 de febrero de 1959, y que su obra merece la gratitud, el afecto y la admiración no sólo de la Organización Sanitaria Panamericana sino de todos los países del Hemisferio,

RESUELVE:

1. Declarar al Dr. Fred L. Soper, Director Emérito de la Oficina Sanitaria Panamericana.

2. Encomendar al Comité Ejecutivo que en una ceremonia oficial que se organizará con motivo de su 37a Reunión, entregue al Dr. Fred L. Soper un pergamino en el que conste tal nombramiento.

3. Ofrecer al Dr. Fred L. Soper una medalla de oro, en cuyo anverso aparezca su efigie y en el reverso una inscripción en el centro que diga: "Fred L. Soper, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1947-1959", orlada con estas palabras: "En reconocimiento de su obra en favor de la salud continental".

4. Autorizar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana a que habilite los créditos necesarios, dentro del presupuesto, para la realización de los anteriores acuerdos.

El PRESIDENTE: El Delegado de Panamá tiene la palabra.

El Dr. BISSOT (Panamá): En la sesión plenaria de anoche me manifesté de acuerdo, en principio, con el proyecto de resolución que iba a ser presentado hoy. El documento en sí ha sido muy bien preparado y estoy de acuerdo con él. Sin embargo, quisiera hacer una modificación al proyecto de resolución que tenemos ante nosotros.

Se trata del segundo punto de la parte dispositiva. Mi Delegación vería con agrado que fuese en la XI Reunión del Consejo Directivo cuando se hiciese entrega de la medalla de oro al Dr. Soper, ya que en esa ocasión estarían presentes casi todos los representantes de América, cosa que no ocurriría en la reunión del Comité.

El PRESIDENTE: ¿Alguna otra observación? ¿Acepta el Delegado de Cuba esta enmienda del Dr. Bissot?

El Dr. HURTADO (Cuba): Con mucho gusto; estoy de acuerdo.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna otra observación? Damos por aprobado el proyecto de resolución presentado por la Delegación de Cuba, con la modificación propuesta por el Delegado de Panamá.

Aprobado.¹

El PRESIDENTE: El Dr. Soper tiene la palabra.

El Dr. SOPER (Director, OSP) (*traducción del inglés*): No puedo dejar pasar esta oportunidad, como me ocurrió ayer tarde, sin hacer unas observaciones. Ayer no hice uso de la palabra, a continuación de las muy amables y respetuosas frases que me dedicaron los señores delegados, debido a la emoción del momento y a que se trataba de una ocasión en que nuestro interés se concentraba más bien en el nuevo Director que en el antiguo.

Sin embargo, en esta ocasión quiero agradecer a los amigos y colegas sus manifestaciones de aprecio, al mismo tiempo que, abusando de su bondad, me voy a permitir comentar sobre uno o dos aspectos de la historia del movimiento de salud pública en relación con la Oficina Sanitaria Panamericana en los últimos cuarenta años.

En 1920, poco antes de mi viaje al Brasil, conocí en Baltimore al Dr. Paula Souza y al Dr. Borges Vieira, los dos primeros becarios extranjeros que habían recibido becas de la Fundación Rockefeller para estudiar salud pública en los Estados Unidos. Estos dos becarios fueron los primeros de centenares de estudiantes extranjeros que habían de asistir a la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, fundada en 1916.

Hago referencia a este hecho porque muchos de ustedes han mencionado las becas que personalmente disfrutaron, concedidas por la Fundación

¹Resolución XVII, pág. 31.

Rockefeller para cursar estudios en escuelas de los Estados Unidos. A este respecto hay que recordar que estos primeros becarios brasileños marcaron la pauta de un adiestramiento internacional y que, por otro lado, la escuela era de creación muy reciente. En aquel momento se estaba trazando toda la orientación del adiestramiento moderno en salud pública.

Desde la adjudicación de aquellas primeras becas hasta el Primer Congreso Interamericano de Higiene, celebrado en La Habana en 1952, en el que participaron en términos de igualdad profesionales de todos los campos de la salud pública procedentes de todos los países de las Américas, transcurrió un período relativamente corto, de 32 años. En mi opinión, este Congreso constituyó una impresionante demostración del advenimiento de la era de la profesión de la salud pública en la América Latina.

En 1920, no había en realidad otra actividad sanitaria internacional que la muy secundaria que desarrollaba el *Office International d'Hygiène Publique* (Paris) en relación con los asuntos de cuarentena. La Oficina Sanitaria Panamericana había estado relativamente inactiva durante todo el período de la primera guerra mundial. No se había creado todavía la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones y, por consiguiente, la Junta de Salud Internacional de la Fundación Rockefeller, con un personal bastante reducido, representaba esencialmente todo el campo de la salud pública internacional. En relación con la propuesta de denominar Organización Panamericana de la Salud a nuestra organización, es interesante señalar que, ya en 1913, las organizaciones de la Fundación Rockefeller cambiaron también el término "Sanitaria" utilizado en el título de la Comisión Sanitaria Rockefeller (1909) por el de "Salud" en el caso de la Junta de Salud Internacional de dicha Fundación.

Fue un gran honor para mí, al asumir el cargo de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, que se me permitiera tratar de continuar la tradición que mi predecesor, el Cirujano General Cumming, había establecido durante su largo período de servicio. Quiero también señalar la enorme influencia que en el desarrollo del programa de la Oficina ejercieron las actividades, relativamente limitadas, del Dr. John D. Long y sus colaboradores en la costa occidental de Sudamérica para el control de la peste. Y tampoco hay que olvidar que ya en 1947 la Oficina contaba con

Oficinas de Zona en Lima y en Guatemala y con una Oficina de Campo en El Paso, Texas, en la frontera de México y los Estados Unidos. Estas tres Oficinas continúan funcionando en la actualidad.

Estas actividades tradicionales, de limitado alcance y con escasos recursos económicos, se ampliaron durante la segunda guerra mundial, adquiriendo unas proporciones mucho mayores de lo que permitirían deducir las limitaciones presupuestarias. Quisiera también referirme, brevemente, a algunos de los cambios registrados en materia de personal.

En la sesión plenaria de anoche, algunos señores delegados pusieron de relieve el hecho de que la dirección de la Organización Sanitaria Panamericana, que en adelante se denominará Organización Panamericana de la Salud, iba a estar a cargo de un latinoamericano. Puedo asegurarles que me siento orgulloso, como pernambucano del norte del Brasil, de haber servido de enlace entre el período en que la Oficina Sanitaria Panamericana era esencialmente una hijastra del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y el momento actual. Debemos recordar que, en 1947, casi todo el personal—el de campo y el técnico de la sede de la Oficina—había sido asignado a ésta por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y sus sueldos se pagaban por este organismo o bien con fondos extrapresupuestarios recibidos de los Estados Unidos.

Uno de los primeros problemas que se nos plantearon en aquella época, fue la cuestión de cómo había de proveerse de personal a la Oficina, y cabe decir que en estos últimos doce años se ha realizado un gran esfuerzo encaminado a obtener los mejores elementos posibles para ocupar los distintos puestos.

No puedo dejar de repetir en esta ocasión una conversación que tuvo lugar en Ginebra hace dieciséis meses. El Ministro de Sanidad de uno de los países americanos me había invitado a un almuerzo oficial. Estaban presentes en esta comida uno o dos embajadores, así como el Cónsul General de aquel país, y la reunión se desenvolvía en un agradable ambiente, cuando el Cónsul General, dirigiéndose a mí desde el otro extremo de la mesa, me dijo lo siguiente: "Dr. Soper, ¿cuántos ciudadanos de mi país prestan servicio en la organización que usted dirige?" En ese momento, levanté la voz para que todos pudieran oírme y

respondí claramente: "No lo sé. La documentación oficial lo indicará; no tengo interés en discutir con usted la cuestión que ha planteado, pero puedo asegurarle que si hay algún ciudadano de su país que ocupa un puesto de cuya provisión soy responsable, es porque esa persona pareció la más adecuada para el puesto en aquel momento". Y luego, me referí a otro punto que él no había suscitado, pero que creo es de gran importancia para el futuro de esta Organización, añadiendo estas palabras: "No estoy interesado en discutir con usted ni con ningún otro ciudadano de su país la cantidad total de dinero que se dedica a ese país, ni la proporción de esta cantidad en relación con el presupuesto total, ni la relación de dicha suma con la que se invierte en otros países, ni tampoco la proporción de esta otra cantidad con respecto a nuestro presupuesto total. En mi opinión, nuestra organización internacional de salud debe considerar el problema desde un punto de vista general de toda la Región, más bien que desde el punto de vista de cada país o de la relación entre la contribución que aporta un país y lo que obtiene de ella, directa e inmediatamente, en cualquier momento dado".

Desde el período de 1947 hasta la actualidad, en que la Organización cuenta con un personal verdaderamente interamericano e internacional, ya que no procede totalmente de las Américas, se han registrado grandes cambios en ella.

Se ha mencionado el hecho de que la Organización se ha descentralizado. Durante las sesiones de la presente Conferencia, casi no se ha hecho referencia a los Representantes de Zona; sin embargo, quiero señalar que nuestros Representantes de Zona son los que van llevando, cada vez más, el peso de la Organización. Ellos son los que pueden mantenerse en contacto con las autoridades de cada país y con la planificación constante. Y es a través de ellos como podemos lograr el éxito de la Organización Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (verán ustedes que, por último, menciono la Organización Mundial de la Salud). Gracias a los Representantes de Zona, nuestra labor con los países constituye un factor para la continuidad de la planificación y para la continuidad de las operaciones, así como para el desarrollo de los programas sanitarios de los respectivos países.

Hay algunos que se inclinan por la política de que la organización internacional de salud con-

sista en un organismo a través del cual los servicios nacionales de sanidad puedan obtener—previa solicitud—una determinada clase de consultores o un determinado tipo de suministros. Nosotros no hemos concebido así su función. Hemos insistido, a través de los Representantes de Zona, en que debe existir una constante relación de planeamiento conjunto para el futuro desarrollo de la labor sanitaria del país y, al mismo tiempo, del grupo de países que corresponden a la jurisdicción del Representante de Zona.

Nos sentimos orgullosos de los actuales Representantes de Zona y, asimismo, de los que antes prestaron estos servicios. Quiero hacer hincapié, además, en el hecho de que el Director debe asumir en todo momento la plena responsabilidad por la actuación de esos representantes. La excelente labor de éstos acredita al Director, pero éste, a su vez, debe también estar dispuesto a recibir censuras cuando esa labor no sea buena.

La mayoría de los Representantes de Zona de nuestra Organización han ocupado el puesto durante un considerable número de años, y opinamos que esto es muy importante, pues nuestra Organización debe poseer mucha estabilidad. Y creo que si ha sido posible lograr algo en el curso de los últimos doce años, en gran parte es por el hecho de que el Director haya sido el mismo durante todo ese período. Probablemente, al término de los primeros cuatro años, un nuevo Director hubiera encontrado todavía muy pocos medios para una labor constructiva.

Al rendir tributo a los Representantes de Zona, quiero poner de manifiesto que este año han sido víctimas de la eficacia de nuestra nueva sección de planeamiento. Esperábamos que asistieran a esta reunión, pero a causa del minucioso planeamiento del empleo, día por día, semana por semana, de todos los fondos disponibles, no había fondos presupuestarios para financiar la asistencia de los Representantes de Zona a la Conferencia. Sin embargo, quiero rendirles homenaje en su ausencia.

Por otra parte, quiero insistir en el hecho de que durante estos doce años no se ha dado preferencia a los ciudadanos de ningún país. Así, pues, han prestado servicio en la Organización ciudadanos de casi todos los países, que han trabajado bajo la dirección de ciudadanos de otros países, y a este respecto deseo hacer constar que ha sido una experiencia muy halagüeña ver el desarrollo y la labor de este equipo internacional.

Para terminar, agradezco una vez más a los representantes de los países todo el apoyo que prestaron al desarrollo de esta Organización. Ha habido momentos en que ha resultado difícil para los países comprender la razón de ciertos gastos. Pero, afortunadamente, hemos llegado ya a un período en que empiezan a dar rendimiento los gastos que se hicieron al principio, y expreso mi reconocimiento a los países por el apoyo prestado a la Organización durante este período. Igualmente quiero manifestar mi agradecimiento por el apoyo que recibí en algunos momentos difíciles de la Organización.

El Director que sale de una organización ha de oír, naturalmente, el comentario de que, después que se vaya, la situación no será ya la misma. Espero que, en efecto, no sea la misma. La situación actual no es la misma del año pasado, ni tampoco debe ser la misma el próximo año que en el actual.

Hay que tener presente que todo lo que tiene vida, va cambiando. Deseo, por mi parte, hacer ante ustedes las mismas manifestaciones expresadas anoche por los delegados de diversos países, a saber, que el nuevo Director de la Organización cuenta con mi apoyo personal y continuará teniendo en el futuro.

Terminaré recordando la ocasión en que uno de nuestros buenos amigos, perteneciente a mi generación, se iba a jubilar hace más o menos un año. Estaba presente en una reunión en la que se manifestaron expresiones de pesar en términos como éstos: "Realmente las cosas ya no marcharán tan bien cuando usted se haya ido", a lo que él respondió con una frase que quiero repetir. Fue la siguiente: "Hay un dicho general de que 'un suceso trae otro suceso'", pero yo quiero modificar la frase para que diga que "no hay mayor suceso que el de los sucesores". Expreso a mi sucesor los mejores deseos de éxito para el próximo período.

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Soper.

Segundo y Tercer Informes de la Comisión I (Asuntos Técnicos)

El PRESIDENTE: Vamos a examinar ahora los informes segundo y tercero de la Comisión I. Ruego al Relator, Ing. Olivero, que pase a la Mesa para presentarlos.

El Ing. OLIVERO (Guatemala, Relator): Tengo el honor de informar a la XV Conferencia Sani-

taria Panamericana de que en la cuarta y quinta sesiones de la Comisión, celebradas el día 29 de septiembre de 1958, se examinaron los temas 18, 27, 31, 36, 35 y 38, y se acordó recomendar a la Conferencia que adopte los siguientes proyectos de resolución contenidos en el segundo informe:

Proyectos regionales a realizar en 1959 con fondos del Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado los programas regionales a cargo del Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, que figuran en el *Documento Oficial No. 24* de la Organización Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

Aprobar los proyectos regionales que se financiarán en 1959 con fondos del referido Programa Ampliado y que se han de presentar a la Junta de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción a que se adopte este proyecto de resolución? ¿Ninguna?

*Aprobado.*¹

El Ing. OLIVERO (Guatemala, Relator): El siguiente proyecto de resolución dice así:

Tema 18: Programa de becas

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, en relación al programa de becas, en cumplimiento de la Resolución XV adoptada por el Consejo Directivo en su X Reunión,

RESUELVE:

1. Expresar la felicitación de la Conferencia al Director de la Oficina, por el contenido del informe presentado relativo al programa de becas.

2. Recomendar a la Oficina Sanitaria Panamericana que continúe ampliando el programa de becas y consiga su coordinación efectiva con programas similares de otras organizaciones.

3. Recomendar al Director de la Oficina que estudie la forma de considerar tipos especiales de becas para altos funcionarios de la sanidad o la docencia, que comprendan mayores facilidades y estén en relación con la jerarquía de estos funcionarios.

4. Recomendar a los Gobiernos de los Países Miembros de la Organización que formulen con anticipación su programa de becas, en relación con las necesidades nacionales; adopten los procedimientos más adecuados para la conveniente selección de los candidatos; faciliten a los becarios los medios necesarios para que puedan cumplir su ciclo con tran-

¹Resolución XVIII, pág. 32.

quilidad y eficiencia, y les den un apropiado cargo, una vez concluido su perfeccionamiento, que permita la utilización de sus conocimientos en favor del progreso de la salud.

5. Recomendar al Director que ponga en práctica las medidas necesarias para una evaluación permanente del programa de becas.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción a este proyecto de resolución? No habiéndola, se considera aprobado.

Aprobado.¹

El Ing. OLIVERO (Guatemala, Relator): El proyecto de resolución siguiente dice así:

Tema 27: Congresos Interamericanos de Salud Pública

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado la propuesta relativa a la celebración de Congresos Interamericanos de Salud Pública,

RESUELVE:

1. Aceptar en principio la conveniencia de celebrar Congresos Interamericanos de Salud Pública una vez cada cuatro años.

2. Encomendar al Comité Ejecutivo que, con la ayuda del Director, estudie los procedimientos para la celebración de esos congresos, teniendo presente la conveniencia de que tengan lugar antes de cada reunión cuadrienal de la Conferencia Sanitaria Panamericana en sustitución de las Discusiones Técnicas previstas.

3. Encomendar al Comité Ejecutivo que preste especial atención a los siguientes aspectos: a) los costos de dichos congresos y su distribución entre la Organización Sanitaria Panamericana y el país huésped; b) las características y duración de las discusiones proyectadas, y c) la preparación de un reglamento para los congresos.

El PRESIDENTE: ¿Alguna objeción u observación a este proyecto de resolución? ¿Ninguna? Queda aprobado.

Aprobado.²

El Ing. OLIVERO (Guatemala, Relator): El proyecto de resolución siguiente dice así:

Tema 31: Normas mínimas de saneamiento para hoteles, restaurantes, medios de transporte y centros turísticos

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre la labor realizada por la Comisión Técnica de Expertos encargada de preparar un manual que contuviera normas mínimas de saneamiento

recomendables para ser aplicadas en hoteles, restaurantes, medios de transporte y centros turísticos,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe presentado por el Director, en el que da cuenta de que la Comisión Técnica de Expertos ha terminado un proyecto de manual, y de que una vez haya sido revisado, se transmitirá a los Gobiernos Miembros y a los organismos interesados, para su conocimiento y efectos consiguientes.

2. Expresar su agradecimiento a los miembros de la Comisión por la valiosa colaboración que prestan en esta labor.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación u objeción a este proyecto de resolución? De no haberla, se considera adoptado.

Aprobado.³

El Ing. OLIVERO (Guatemala, Relator): El proyecto de resolución siguiente dice así:

Tema 36: Propaganda de productos medicinales

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el Documento CSP15/35, presentado por la Delegación de Panamá, sobre la propaganda de productos medicinales,

RESUELVE:

Encomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que en el programa de temas de la XI Reunión del Consejo Directivo incluya uno sobre los problemas que plantea la propaganda de productos medicinales.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación u objeción a este proyecto de resolución? No habiendo ninguna, queda adoptado.

Aprobado.⁴

El Ing. OLIVERO (Guatemala, Relator): El proyecto de resolución siguiente dice:

Tema 35: Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo de la OMS, de interés para el Comité Regional

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Visto el Documento CSP15/18 en el que el Director somete a la atención del Comité Regional de las Américas las Resoluciones WHA11.42, WHA11.16, WHA11.54, EB22.R23, EB21.R48 y EB21.R53; y

Teniendo en cuenta que la Conferencia ha adoptado resoluciones específicas sobre la erradicación de la malaria y la erradicación de la viruela, así como sobre la participación de la OMS en el Programa Ampliado de Asistencia Técnica y sobre la revisión de sueldos, subsidios y prestaciones del personal,

¹Resolución XIX, pág. 32.

²Resolución XX, pág. 33.

³Resolución XXI, pág. 33.

⁴Resolución XXII, pág. 34.

RESUELVE:

Tomar nota de las Resoluciones WHA11.42 (Programa de Erradicación del Paludismo), WHA11.16 (Cuenta Especial para la Erradicación del Paludismo), WHA11.54 (Erradicación de la Viruela), EB22.R23 (Estudio sobre organización regional), EB21.R48 (Participación de la OMS en el Programa Ampliado de Asistencia Técnica), y EB21.R53 (Revisión de sueldos, subsidios y prestaciones del personal).

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación u objeción a este proyecto de resolución? De no haberlas, se dará por aprobado.

*Aprobado.*¹

El Ing. OLIVERO (Guatemala, Relator): El proyecto de resolución siguiente dice así:

Tema 38: Estudio del problema de la diabetes en las Américas

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo considerado la interesante ponencia sobre diabetes presentada por la Delegación del Uruguay (Documento CSP15/33); y

Teniendo en cuenta que el número de casos de diabetes tiende a incrementar por el aumento de la duración media de vida y por causas no bien definidas,

RESUELVE:

Recomendar a los Gobiernos de los Países Miembros de la Organización que, dentro de sus planes de medicina preventiva, formulen programas para intensificar el diagnóstico precoz de la diabetes y estimulen la utilización de los recursos públicos y privados para el adecuado tratamiento y asistencia del diabético.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación u objeción a este proyecto de resolución? Queda aprobado.

*Aprobado.*²

El Ing. OLIVERO (Guatemala, Relator): El tercer informe de la Comisión contiene un solo proyecto de resolución, que dice así:

Tema 34: Registro de medicamentos y problemas afines

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo tomado nota del documento sobre el tema "Registro de medicamentos y problemas afines", presentado por la Delegación de Venezuela, así como de la información suplementaria sometida por el Director (Documento CSP15/20); y

Considerando que el control adecuado de las dro-

gas y alimentos encierra suma importancia para la salud pública,

RESUELVE:

1. Expresar la satisfacción de la Conferencia por el establecimiento de un programa de control de drogas y alimentos en la Oficina Sanitaria Panamericana.

2. Recomendar a los países exportadores de productos farmacéuticos cuya legislación lo permita, que adopten las medidas pertinentes para controlar la calidad de dichos productos.

3. Recomendar a los Gobiernos Miembros de la Organización que establezcan las medidas necesarias para el control de los productos farmacéuticos y alimentos, y que sólo autoricen la importación de las drogas, medicamentos y alimentos que hayan sido autorizados para el consumo interno en los países de exportación.

4. Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que en los futuros programas procure realizar la más amplia divulgación de las publicaciones sobre los progresos realizados en la terapéutica y farmacología; la organización de reuniones regionales para tratar sobre el problema del control de medicamentos y alimentos; y la concesión de un mayor número de becas para la formación de personal especializado en las técnicas de control, a fin de mejorar la calidad de dichos productos.

Con este proyecto de resolución, la Comisión I ha terminado el examen de los temas que le asignó la Comisión General.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna observación u objeción a este proyecto de resolución? Ninguna.

*Aprobado.*³

El PRESIDENTE: Los informes segundo y tercero de la Comisión I están ante la consideración de la Conferencia. ¿Hay alguna objeción a la adopción de estos informes en su totalidad? No habiéndola, se dan por aprobados.

Quedan aprobados los informes segundo y tercero de la Comisión I.

Segundo Informe de la Comisión II (Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos)

El PRESIDENTE: El siguiente tema en el orden del día es el segundo informe del Relator de la Comisión II, de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos. Ruego al Dr. Bissot, Relator de la Comisión, que pase a la Mesa para presentar su informe.

El Dr. BISSOT (Panamá, Relator): Tengo el honor de informar a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana de que en la tercera, cuarta y

¹Resolución XXIII, pág. 34.

²Resolución XXIV, pág. 35.

³Resolución XXV, pág. 35.

quinta sesiones de la Comisión, celebradas los días 29 y 30 de septiembre de 1958, se examinaron los temas 25, 26, 33, 37 y 17, así como el proyecto de resolución presentado por las Delegaciones de Nicaragua, México, Costa Rica, Estados Unidos, Guatemala, Panamá y Argentina, sobre las reuniones de los cuerpos directivos. Se acordó recomendar a la Conferencia que adopte los siguientes proyectos de resolución:

Tema 25: Nombre de la Organización

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Teniendo en cuenta que el término "Sanitaria" en la denominación de la Organización Sanitaria Panamericana no expresa plena ni exactamente el carácter de esta Organización ni sus funciones en el amplio campo de la salud establecidos en el Artículo 1 de la Constitución;

Considerando que la sustitución de la palabra "Sanitaria" por la expresión "de la Salud" en el título de la Organización, en los cuatro idiomas oficiales (en español, *Organización Panamericana de la Salud*; en francés, *Organisation panaméricaine de la Santé*; en inglés, *Pan American Health Organization*, y en portugués, *Organização Pan-Americana da Saúde*), corregiría la situación expuesta, y, al facilitar una mejor comprensión de las actividades de la Organización, conseguiría mayor apoyo por parte del público en general; y

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el Artículo 25 de la Constitución,

RESUELVE:

Substituir el título de "Organización Sanitaria Panamericana" por el de "Organización Panamericana de la Salud", en los Artículos 1, 2-A, 3, 19-B y 21-A de la Constitución.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación u objeción a este proyecto de resolución? No habiéndolas, queda aprobado.

*Aprobado.*¹

El Dr. BISSOT (Panamá, Relator): El proyecto de resolución siguiente dice así:

Tema 25: Títulos de los altos funcionarios

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Considerando que los actuales títulos de los altos funcionarios de la Oficina Sanitaria Panamericana son ambiguos y no reflejan exactamente sus funciones y actividades;

Considerando la conveniencia de adoptar títulos de uso general, que, de por sí, den idea de las funciones del puesto de que se trata; y

Considerando lo dispuesto en el Artículo 25 de la Constitución,

RESUELVE:

Introducir las siguientes enmiendas a la Constitución de la Organización:

a) El Artículo 4-E quedará redactado en los siguientes términos: "La Conferencia elegirá al Director de la Organización Panamericana de la Salud por dos tercios de los votos de los países presentes con derecho a votar. El Director será el principal funcionario técnico y administrativo de la Organización y representante legal de la misma. En caso de renuncia, incapacidad o muerte del Director en el intervalo de las Conferencias, el Consejo Directivo elegirá un Director que actuará con el carácter de interino".

b) El Artículo 18-A quedará redactado en los siguientes términos: "La Oficina Sanitaria Panamericana estará a cargo del Director designado de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 4, párrafo E. En caso de renuncia, incapacidad o muerte del Director, el Subdirector asumirá sus obligaciones hasta la próxima reunión del Consejo".

c) Se suprimen las palabras "de la Oficina Sanitaria Panamericana" (o "de la Oficina") después del título de "Director" en los Artículos 4-B, 8-B, 8-C, 9-D, 10-B, 10-C, 12-A, 12-C, 14-A, 18-C, 20 y 24-A.

d) La primera oración del Artículo 18-B quedará redactada en los siguientes términos: "Habrá un Subdirector y un Subdirector Adjunto designados por el Director con la aprobación del Comité Ejecutivo".

e) Se agrega la oración siguiente al principio del Artículo 17: "La Oficina Sanitaria Panamericana es la Secretaría General de la Organización Panamericana de la Salud".

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación u objeción a este proyecto de resolución? El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. MUÑOZ (Perú): En el primer párrafo de la parte expositiva se emplea la palabra "ambiguos". Yo creo que es una palabra poco adecuada y podría ser modificada por "son incompletos" o "no son precisos". La palabra "ambiguos" puede estar de acuerdo con el verdadero sentido, pero no es una palabra que suene bien. De modo que yo sugeriría que se cambiara por otro término. Además, el inciso a) de la parte expositiva dice lo siguiente: "El Artículo 4-E quedará redactado en los siguientes términos: 'La Conferencia elegirá al Director de la Organización Panamericana de la Salud' . . ." Yo creo que la Organización Panamericana de la Salud no tiene Director, sino un Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. La Organización Panamericana de la Salud es gobernada por un Comité Ejecutivo, que tiene otro mecanismo, o por un

¹Resolución XXVI, pág. 36.

Consejo Directivo. Yo creo que el inciso ha sido quizás mal redactado o el espíritu de los señores delegados que asistieron a la sesión de la Comisión ha cambiado.

El PRESIDENTE: El Delegado de México tiene la palabra.

El Dr. DÍAZ COLLER (México): La opinión expresada por el Delegado del Perú fue la misma del que habla, presidiendo la sesión de la Comisión en que se trató este tema. Se leyó el Artículo 3 de la Constitución que dice que la Organización Sanitaria Panamericana estará compuesta por: 1) la Conferencia Sanitaria Panamericana; 2) el Consejo Directivo; 3) el Comité Ejecutivo, y 4) la Oficina Sanitaria Panamericana.

De manera que yo compartí el punto de vista del Señor Delegado del Perú, pero la votación decidió de otro modo en atención a que la Organización de los Estados Americanos funciona en forma similar a lo que se indica en el texto ahora propuesto.

En realidad, la Organización Sanitaria Panamericana, llamándola por su antiguo nombre, no debe, en mi opinión, tener un Director. La Organización está compuesta por varios elementos, pero la Oficina Sanitaria Panamericana sí debe tener un Director. Si la Organización de los Estados Americanos tiene un carácter especial que corresponde a esta redacción del artículo, quizás convenga aceptar la redacción propuesta, pero en lo personal, comparto completamente la opinión del Delegado del Perú.

El PRESIDENTE: El Delegado de Panamá tiene la palabra.

El Dr. BISSOT (Panamá): Sólo deseo aclarar que el texto que aparece en este proyecto de resolución fue el texto original referido a esta Conferencia por el Comité Ejecutivo en el documento respectivo. No hubo modificaciones en el seno de la Comisión II y se aceptó tal como estaba.

Llamó la atención a algunos, y entre ellos a mí, el hecho de que ahora apareciera el Director de la antigua Oficina Sanitaria Panamericana como Director de la Organización Panamericana de la Salud, no de la Oficina. Sin embargo, se me hizo ver la similitud que existe entre esta Organización y la Organización Mundial de la Salud, donde el Director General lo es de la Organiza-

ción Mundial de la Salud, pero no de la Asamblea, que en este caso sería la Conferencia o el Consejo Directivo. El Director General actúa con carácter de Secretario pero no como Director General de la Asamblea, aunque lo sea de la Organización. Aquí sería lo mismo. El Director sería el Director de la Organización Panamericana de la Salud, pero no sería sino el Secretario de la Conferencia y del Consejo en sus reuniones.

El PRESIDENTE: El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Entiendo que este Pleno no puede aceptar la redacción que nos ha leído el Relator. No es, naturalmente, cosa de discutir si el Comité Ejecutivo lo aprobó o no lo aprobó. En definitiva, los acuerdos del Comité tienen que venir al pleno de la Conferencia.

No es aceptable, porque cambia sustancialmente el espíritu de la Organización que nosotros hemos trazado. No son aceptables las referencias ni a la Organización de los Estados Americanos, ni a la Organización Mundial de la Salud. Ustedes recordarán que repetidas veces nos hemos opuesto a una incorporación absoluta, basándonos en las características propias de la Organización Sanitaria Panamericana. Esta es un instrumento americano de derecho público internacional, que está gobernado, como ha explicado muy bien el Delegado de México, por sus órganos. Plenitud máxima de poder: la Conferencia Sanitaria Panamericana, foro de toda la Organización. Sigue después el Consejo Directivo al que la Conferencia, que tiene sus reuniones cuatrienales, entrega todo su poder. El Consejo Directivo, delega también sus funciones en una fracción permanente, el Comité Ejecutivo, donde ya, como su término explica, se va perfilando el desarrollo de los acuerdos de los dos cuerpos anteriores.

Ahora bien, la Organización Sanitaria Panamericana tiene fines que cumplir. ¿Cómo los realiza? A través de la ejecución de proyectos, poniendo en práctica sus propias decisiones. Para eso requiere un amplio régimen administrativo, que es la Oficina Sanitaria Panamericana. El Director es Director de la Oficina. ¿Cómo vamos de momento a transformar la estructura nuestra, íntima, de la Organización, elevando a este Director de la Oficina a la categoría de Director de la Organización? Es totalmente inaceptable ese criterio.

Ahora, un pequeño comentario respecto a la

Organización Mundial de la Salud y a la Organización de los Estados Americanos.

La Organización Mundial de la Salud arrancó con un régimen distinto. En la Organización Mundial de la Salud, la Secretaría adquiere funciones extraordinarias. Si nos preguntásemos cuál es el régimen de gobierno de la Organización Mundial de la Salud, diríamos que es el régimen de la Secretaría. Y allí el Director, sí es Director General de la Organización, aun cuando si ustedes analizan con más cuidado la Organización Mundial de la Salud, se encontrarán con esta paradoja: gobierno en manos de un Director General de la Organización. Sin embargo, respetando la gran autoridad de la Asamblea Mundial de la Salud, este Director General se transforma en un simple Secretario de la Asamblea cuando ésta está reunida; no es Director de la Asamblea, no rige la Asamblea, no es la autoridad máxima de la Asamblea, es el Secretario de la Asamblea.

La Organización de los Estados Americanos se rige por el Consejo de la OEA, con su Presidente del Consejo, que no lo es el llamado allí Secretario General, porque allí no tiene nombre de Director. El Secretario General es el director administrativo de las oficinas, pero la Organización de los Estados Americanos se gobierna por su Consejo, con un Presidente elegido cíclicamente entre los representantes diplomáticos que integran dicho Consejo. El Secretario General es un jefe administrativo, no es el director, no es, en absoluto, la autoridad máxima de la Organización de los Estados Americanos. La autoridad es el Consejo. El Secretario General es una autoridad administrativa que ejecuta los acuerdos del Consejo.

En fin, yo propongo a este Pleno que no acepte los términos contenidos en la recomendación que se nos ha leído; antes bien, para evitar interpretaciones equívocas después, deje muy claramente sentado que el Director es Director de la Oficina. Es el hombre que tiene la responsabilidad de dirigir, de ejecutar el cumplimiento de lo acordado, pero no puede elevarse a la categoría funcional de Director de la Organización, porque esto implicaría jerarquía en la Organización, que no puede dársele al señor Director por amplio y grande que sea el nivel que se conceda al puesto de Director de la Oficina. Esa es mi propuesta.

El PRESIDENTE: El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Parece que hubo algún error—y se ha aclarado suficientemente con lo expuesto por el Delegado de México y por el Delegado de Cuba—, y que mi pregunta era pertinente. Yo creo que si se examinan los incisos a) y b) se verá que hay una contradicción absoluta. El inciso a) dice: “La Conferencia elegirá al Director de la Organización Panamericana de la Salud”, etc., y el inciso b) dice: “El Artículo 18-A quedará redactado en los siguientes términos: ‘La Oficina Sanitaria Panamericana estará a cargo del Director’”. Existe una contradicción entre los dos incisos. En consecuencia, estoy de acuerdo con lo propuesto por el Delegado de Cuba de que se suprima íntegramente el inciso a).

El PRESIDENTE: El Delegado de Colombia tiene la palabra.

El Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia): Desde las primeras discusiones sobre las enmiendas constitucionales que se iniciaron con el cambio de nombre de Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud, y en vista de las consecuencias que traerían estos cambios, yo me opuse rotunda y terminantemente a ellos y he hecho constar, a lo largo de toda la discusión, mi voto negativo. Y aquí se está viendo, por los argumentos que acaban de exponer los señores delegados, que se ha ido a esa situación, que era previsible. De manera, que yo persisto en hacer constar mi voto contra estas enmiendas.

El PRESIDENTE: El Delegado de México tiene la palabra.

El Dr. DÍAZ COLLER (México): El Delegado del Perú, con quien estoy completamente de acuerdo, ha indicado—y en esto no estoy de acuerdo—que parece haber habido una equivocación. No, no hubo tal equivocación. Yo manifesté que voté en contra, pero que la Comisión II votó en favor, en los términos aprobados también por el Comité Ejecutivo. Esto no es equivocación. Pero eso no quiere decir que porque estaba aprobado por el Comité Ejecutivo y porque la Comisión votó en favor, este Pleno lo tenga que aceptar.

Yo estoy completamente de acuerdo con lo que ha dicho el Delegado del Perú y con lo que ha expuesto el Delegado de Cuba, y únicamente me limitaré a leer, como lo hice cuando presidí la sesión de la Comisión II en que se discutió el problema, el Artículo 3 de la Constitución, que

dice así: "Organismos: La Organización Sanitaria Panamericana comprenderá: 1) la Conferencia Sanitaria Panamericana . . . 2) el Consejo Directivo . . . 3) el Comité Ejecutivo del Consejo Directivo . . . y 4) la Oficina Sanitaria Panamericana". Todo ello constituye la Organización.

Si el cambio es para que el Director sea Director de la Organización, entonces quedaría por encima de la Conferencia, por encima del Consejo Directivo, por encima del Comité Ejecutivo y, por supuesto, seguiría siendo Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. De manera que, entonces, la aceptación de este inciso a) implica que por similitud (fue el argumento que se nos dijo) con la Organización de los Estados Americanos, con la Organización Mundial de la Salud, nosotros vamos a aceptar un cambio en la Constitución, con el que yo, repito, no estoy de acuerdo.

Lo hemos meditado, lo hemos discutido muchas veces. Si las cosas no tuvieran una decisión final aquí, en el pleno de la Conferencia, no valdría la pena discutirlos. Cabría decir, puesto que ya lo aprobó el Comité Ejecutivo, como ya lo aprobó la Comisión II, que se podría aprobar. Sin embargo, yo creo que el problema tiene mucha importancia, porque la situación del Director, como Director de la Organización, lo pondría muy por encima, repito de la Conferencia, del Consejo Directivo, del Comité Ejecutivo, y yo no creo que sea ése el enfoque que deba darse a este problema. Por lo tanto, como han manifestado los señores Delegados del Perú, de Cuba y de Colombia, yo estaría también contra la aceptación de ese inciso a).

El PRESIDENTE: El Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Deseo exponer algunas de las razones por las que nuestra Delegación ha apoyado estos cambios. He de aclarar previamente que no tenemos mayor objeción a que se mantenga el título de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. En nuestra opinión, se trata principalmente de una cuestión de título, de nomenclatura. Por otro lado, hay motivos suficientes para que esta sesión plenaria examine a fondo el asunto, en lugar de aceptar simplemente, si nos inspiran reparos, las recomendaciones del Comité Ejecutivo y de la Comisión II de esta Conferencia.

Se ha alegado que no se pueden establecer

comparaciones con otras organizaciones porque su estructura es distinta. Sin dar demasiada importancia a comparaciones de esta naturaleza, me limitaré a llamar la atención de los señores delegados sobre el hecho de que en el caso de la Organización de los Estados Americanos, ha regido desde 1948, en que se aprobó la Carta de la OEA, un sistema de nomenclatura similar o igual al que se propone a esta Conferencia.

El Artículo 79 de dicha Carta estipula que "habrá un Secretario General de la Organización"; el Artículo 80 establece que este Secretario General "dirige la Unión Panamericana". Por el simple título de "Secretario General de la Organización", el Secretario General de la OEA no se convierte en la autoridad suprema de esa Organización. Por el contrario, la Carta estipula expresamente que la Conferencia Interamericana es el órgano supremo de la OEA del mismo modo que la Constitución de la OSPA establece que la Conferencia es la autoridad suprema de la Organización. Por consiguiente, el hecho de conceder al Director el título de "Director de la Organización", en modo alguno lo coloca jurídicamente por encima de los demás cuerpos de la misma. Repito que, en nuestra opinión, se trata simplemente de una cuestión de título adecuado.

Creo que si se examina el problema con este criterio, los delegados que se resisten a aceptar lo que les parece un cambio importante, una reestructuración de la jerarquía de la Organización, podrán convencerse de que la modificación propuesta no tiene otro objeto que uniformar la nomenclatura.

Creo que en la sesión de la Comisión II se explicó—muy acertadamente, a mi juicio—que el cambio de nombre de la Organización era conveniente, pero que no se podía cambiar el nombre de la Oficina sin modificar el Código Sanitario Panamericano de 1924, que es un tratado. Por consiguiente, para resolver esta dificultad se mantiene el nombre de la Oficina. Se determina en las otras enmiendas propuestas que la Oficina es la Secretaría General de la Organización, y el Director recibe el título de Director de la Organización.

La Delegación de los Estados Unidos considera que estos cambios son convenientes y que no tienen repercusiones tan radicales como han indicado otras delegaciones. Si nos hubiera parecido que podían tener tales repercusiones, es indudable que no habrían recibido nuestro apoyo.

El PRESIDENTE: El Delegado de Colombia tiene la palabra.

El Dr. ABAD GÓMEZ (Colombia): Creo que, en realidad, en esta sesión se han dado razones muy poderosas para oponerse al cambio de "Director de la Oficina Sanitaria Panamericana" por el de "Director de la Organización Sanitaria Panamericana". Es una cuestión de nombres, que, por lo menos en español, son muy diferentes. Director y Secretario General tienen dos connotaciones muy diferentes en español.

Me parece que todos estaríamos de acuerdo si se dijera que la Organización va a tener un Secretario General que es el que dirige la Oficina Sanitaria Panamericana, pero no podemos estar de acuerdo en que haya Director de la Organización Sanitaria Panamericana.

Yo quiero hacer presente que el Secretario General de la Organización de los Estados Americanos tiene ese título aunque dirija la Unión Panamericana, pero tiene un título adecuado y dirige la oficina, la Secretaría. Si el Director General de la Organización Mundial de la Salud tiene ese nombre, eso indica simplemente que el título es inadecuado. Debería denominarse Secretario General de la Organización Mundial de la Salud, que dirige las oficinas de la Organización y sus actividades. Yo quiero simplemente proponer que se modifique el artículo para que diga que será el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y no de la Organización Sanitaria Panamericana.

El PRESIDENTE: El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Si se suprime el inciso a) del proyecto de resolución, el texto sería análogo al de la Constitución actual, que dice: "La Conferencia elegirá al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana". O sea, sólo hay necesidad de suprimir el inciso a). Yo creo que así quedará perfectamente aclarado. No es un mero cambio de nombres, sino de función, de estructura total. Cambiar el título de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por el de la Organización Panamericana de la Salud, como se propone, significa cambio total, es otro sentido. Y, en consecuencia, habría que modificar toda la Constitución.

De modo que yo creo que teniendo en cuenta lo señalado por los señores Delegados de Cuba, México y Colombia, hay muchísimas razones para

aplazar toda decisión. Quizás en una futura reunión se pueda estudiar el cambio total de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud. En tal caso no habría inconveniente en que se recomendara al Comité Ejecutivo que estudiase la posibilidad del cambio total de la Constitución. Yo creo que ahora lo más práctico sería suprimir el inciso a), y solicito que se someta este punto a votación.

El PRESIDENTE: El Delegado de Costa Rica tiene la palabra.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): Si se suprime el inciso a) habría que suprimir también el c), pues de lo contrario este último resultaría incongruente. Y llegamos a un punto en que por el deseo de coordinar nuestra terminología con la de otros organismos, se nos tendría que explicar las ventajas que tal cambio produciría a nuestra Organización.

Yo comparto el punto de vista del Delegado de Colombia, de que el título correcto sería el de Secretario General de la Organización. El de Director de la Organización no podría ser aceptado por nosotros. Y como existen dificultades, tal vez la solución sea la propuesta formulada por el Delegado del Perú y otros delegados de que se suprima el inciso a), agregando mi sugestión de suprimir el c), que es parte de esa denominación.

El PRESIDENTE: El Relator de la Comisión II tiene la palabra.

El Dr. BISSOT (Panamá, Relator): Como Relator de la Comisión II insisto en las palabras del Presidente de la Comisión de que no hubo error en la redacción de este proyecto de resolución; más aún, se votó con la aprobación de una gran mayoría. Si recuerdo correctamente, sólo hubo un voto en contra. Por supuesto, el Pleno tiene la libertad de modificar el documento en el momento que guste, pero lo que está escrito es el sentir de la mayoría de la Comisión II.

Yo quiero llamar ahora la atención sobre el hecho de que si se aprueba la modificación del inciso a), como ha sido sugerido, y lo que propuso también el Delegado de Costa Rica, de que se suprimiera el inciso c), estaría de más también el inciso b).

En la reunión de la Comisión, a pesar de que yo en mi calidad de Delegado de Panamá llamé la atención—y fuí el primero en hacerlo—sobre el hecho de que, con la modificación propuesta,

desaparecería la Oficina Sanitaria Panamericana, las explicaciones que se me dieron aclararon un poco el asunto, pero no lo suficiente para permitirme votar. Mi Delegación se abstuvo de votar. Y yo creo que sería interesante oír la opinión del Director de la Oficina.

El PRESIDENTE: El Delegado de México tiene la palabra.

El Dr. DÍAZ COLLER (México): En relación con este problema, yo creo que todos estos incisos b), c), d) y e) son subsidiarios del a). Es decir, aquí quizás no se trate de una nueva redacción sino simplemente de un problema aparte que es el del inciso a), del que dependen los demás. De modo que el problema es discutir si se acepta este inciso a), pero si se suprime, no hay necesidad del b) ni del c). Habría que pensar si es necesario nombrar una comisión para estudiar este asunto, o si simplemente se decide aquí qué se debe hacer.

El PRESIDENTE: El Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Sólo quiero señalar, en breves palabras, que es natural que los que no se sienten satisfechos con el cambio sugerido, consideren que ya se han aducido bastantes argumentos e insistan en que no están muy interesados en que se efectúe dicho cambio. Sin embargo, en esta discusión no se ha hecho mención, hasta ahora, de la segunda frase del nuevo texto propuesto para el Artículo 4-E, que es una disposición nueva y conveniente. Este texto dice así: "El Director será el principal funcionario técnico y administrativo de la Organización y representante legal de la misma".

Naturalmente, si el título del Director ha de seguir siendo el de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, habría que cambiar la palabra "Organización". Pero dejando aparte esta cuestión del título, yo creo que esta nueva disposición sería de utilidad ya que, según parece, no figura en ninguna otra parte de la Constitución actual, con referencia al Director, y, por consiguiente, es una omisión en dicho documento.

Planteo este punto con el fin de poner de relieve la citada disposición en caso de que se nombre un grupo de trabajo para estudiar una nueva redacción de los artículos en discusión. Es lástima que el Pleno no tenga un texto completo

de los párrafos en que figuran esas nuevas disposiciones, en lugar de frases sueltas. Tal vez, antes de que se aprueben definitivamente, podríamos disponer del texto completo, por lo menos de los párrafos que incluyen estas diversas modificaciones. Me parece que esta sería una manera más prudente de proceder.

Al mencionar la Organización de los Estados Americanos, no quiero decir, por ningún concepto, que nuestra Organización debería imitar la Carta de la OEA o tratar de amoldar su estructura o nomenclatura a otros aspectos de aquella Organización. Se trata simplemente de un buen ejemplo del tipo de cambio que se propone en este caso. Me doy cuenta del punto planteado esta mañana, es decir que existe una diferencia de significado literal entre la palabra "Director" y la expresión "Secretario General" y que, por consiguiente, este precedente de la Carta de la OEA tal vez no sea aplicable. Por otro lado, quiero repetir que el simple título del funcionario principal no implica ninguna autoridad, ni nuevas funciones, que no estén específicamente determinadas por la propia Constitución. De otro modo, no cabe la menor duda de que la Delegación de los Estados Unidos no habría apoyado una modificación que representara que un individuo, el Director de la Organización, tuviera autoridad para dirigir el órgano supremo de la Organización, es decir, la Conferencia, lo cual no tendría sentido.

El PRESIDENTE: La Secretaría va a hacer una aclaración.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): A título de información, he de indicar que en los anexos del Documento CE34/7¹ figuran los párrafos de la Constitución frente a los párrafos completos del texto propuesto. Esto podría satisfacer, en parte por lo menos, lo solicitado por el Delegado de los Estados Unidos.

El PRESIDENTE: El Director de la Oficina tiene la palabra.

El Dr. SOPER (Director, OSP): Debemos señalar también que en el mismo Documento CE34/7 hay una alternativa al texto del artículo en discusión que fue presentada por el Director a la consideración del Comité Ejecutivo. Dice así: "La Conferencia elegirá al Secretario General de la Organización Panamericana de la Salud por

¹Documento mimeografiado.

dos tercios de los votos de los países presentes con derecho a votar". Pero el Comité Ejecutivo adoptó el siguiente texto: "La Conferencia elegirá al Director de la Organización Panamericana de la Salud por dos tercios de los votos de los países presentes con derecho a votar".

Debemos señalar que tal vez existe una diferencia entre el significado general de la palabra "Oficina" en castellano, "Bureau" en inglés y "Repertição" en portugués. La verdad es que el Director de la "Repertição Sanitária Panamericana", en portugués, indica un funcionario de baja categoría, relativamente, y la misma cosa sucede en inglés. Un "Bureau" es un departamento de gobierno de categoría relativamente baja. Yo creo que es preferible que el Director elegido ayer, con las funciones que desempeña, las relaciones que tiene con otros organismos y con un programa tan vasto como el actual de la OSPA, ostente un título que en parte reconozca estas atribuciones frente a las otras organizaciones: Director de la Organización o Secretario General de la Organización. Y debo repetir que no ha habido aquí idea de dar mayor autoridad al cargo, sino, como ha indicado el Delegado de los Estados Unidos, de precisar que el Director será el principal funcionario técnico y administrativo de la Organización y el representante legal de la misma. Con las modificaciones propuestas a los artículos, no se alteran en absoluto las relaciones entre el Director de la Organización y los cuerpos directivos. Las relaciones siguen siendo exactamente las mismas, pero yo creo que debemos reconocer que hoy nuestra Organización no es un "Bureau" de ninguna otra organización, que el Director no está en una posición subordinada dentro de la Organización, sino que es directamente responsable ante la Conferencia, el Consejo Directivo y el Comité Ejecutivo.

El PRESIDENTE: El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Es necesario hacer un pequeño resumen histórico para llegar hasta esta pretendida enmienda. La realidad es que la recomendación de enmienda de este párrafo E del Artículo 4 surgió ante la interpretación dudosa de la expresión de "presentes y votantes". Es decir, cuando se planteó el problema electoral del Director surgieron aquellas interpretaciones de origen idiomático, al decir de algunos señores delegados. Y se pretendió corregir ese defecto.

Un poco antes hemos asistido, yo diría con entera franqueza, a una pugna entre el Secretario General de nuestra Oficina, sus funciones y su posición. Desde Ciudad Trujillo, varios representantes de Gobiernos estábamos inclinados a perfilar mejor la figura del Secretario General de la Organización. Y entendimos entonces, y seguimos entendiendo ahora, que no era un Secretario General de la Oficina, sino de la Organización y que, por ser Secretario General de la Organización, su designación debería nacer del pleno de la Conferencia o del Consejo y no de una mera designación del Director.

El Director siempre fue opuesto a esta interpretación; tan opuesto que fue acentuando su deseo y su manifestación de que fuera el Director el que ejerciera la Secretaría de las reuniones de la Conferencia, del Consejo y del Comité Ejecutivo.

Si ustedes revisan las actas y los debates sobre este asunto, encontrarán mi firme oposición. Siempre me opuse y voté en contra hasta la última disposición que logró obtener el Director, por mayoría de este cuerpo, para abrogarse, en su condición de Director de la Oficina, la Secretaría de estos organismos deliberantes. Y así, pues, el señor Director comenzó a ausentarse de la Secretaría un número determinado de veces, utilizando los servicios de un Secretario en funciones, poniéndonos de Secretario al Subdirector de la Oficina, que por cierto lo hizo muy bien en la mecánica del cargo, hasta obtener ya, de manera legal, el acuerdo que está vigente, de que el Director será el Secretario de estas reuniones y podrá delegar las funciones de ese cargo.

Esto influye en esta pretendida enmienda tan radical que nos ha caído de momento en este Pleno, después de su aprobación por la Comisión que presidió el Dr. Díaz Coller.

Otro antecedente importante arranca de algunas manifestaciones del Delegado de la Argentina. En verdad, cada vez que caminamos más en materia de procedimientos, encontramos contradicciones y obscuridades en la letra de nuestra Constitución vigente. La verdad es que nuestra Constitución necesita una revisión y, por lo tanto, una reforma oportuna.

Pero también hemos dicho que de momento no estábamos en actitud de ir a esa reforma integral y recomendamos que se nombrara un subcomité especial de asuntos jurídicos para que revisara la Constitución, los reglamentos y demás disposi-

ciones, y dictaminara sobre el particular.

Primero, desde el punto de vista orgánico propiamente dicho, y después para encontrar las perfectas equivalencias idiomáticas en los distintos textos. A eso vamos y estamos absolutamente de acuerdo en este punto con el Sr. Wilson, de los Estados Unidos.

Por lo tanto, lo que procedería en este caso particular es que el Pleno, con todo el respeto para la Comisión II, rechazara la enmienda y dejara el artículo tal como está actualmente en la Constitución, y si quieren ustedes, en nuestras recomendaciones al subcomité de asuntos jurídicos podemos pedirle que estudie los textos actuales y sugiera cambios para corregir los defectos existentes, pero en modo alguno debe el Pleno revisar ahora, en este momento, la Constitución, pues ello acarrearía profundas modificaciones; ante todo, una transformación del régimen orgánico de la institución en general. No es el momento de aceptar similitudes con la Organización de los Estados Americanos ni con la Organización Mundial de la Salud.

Son puntos muy importantes e interesantes, que yo respeto y debe estudiarlos ese subcomité asesorado por los juristas, pero no ahora, porque esto entraña una enmienda radicalísima, cambia el espíritu de la Organización Sanitaria Panamericana. Costó bastante trabajo—el propio Dr. Díaz Coller dirigió los debates—llegar a obtener el asentimiento de la Comisión, y ahora del Pleno, para que se enmendara la Constitución en cuanto al nombre de la Organización. Pero de ahí en adelante ni un paso; ni un paso, porque el paso subsiguiente está poco estudiado, está falto y carente de un estudio íntimo de la cuestión en su significado, en su fondo.

No es una mera cuestión de forma. Yo respeto muchísimo al Director de la Oficina; estoy hablando del Director, del Director actual y del Director electo. Los considero exactamente en el mismo plano. Pero tanto con el Dr. Soper como con el Dr. Horwitz, me opondré siempre a que el Director tenga esa categoría dentro de la Organización.

Una cosa es que se diga—y es una reforma constitucional—que la Secretaría de la Organización estará a cargo del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. La Secretaría sí, pero nunca puedo aceptar—en el régimen general integral de lo que se llama Organización Sanitaria Panamericana y hoy se ha acordado llamar

Organización Panamericana de la Salud—la idea de personificar en el Director de la Oficina, la persona jurídica integral de la Organización. Solamente acepto el régimen tradicional.

Cuando llegue la acción mecánica de suscripción de firmas de un contrato, cuando se requiera la personería legal para constituirse en parte ante un tribunal, etc., claro está que no va a comparecer la Conferencia en pleno; entonces viene la delegación de poderes con autorización expresa.

Por ejemplo, hay que firmar un contrato, hay que firmar una escritura de compraventa; nosotros autorizamos al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para que, en nombre de la Organización, lo suscriba; pero nosotros no podemos entregar de manera permanente la persona integral, jurídica, de la Organización a ningún Director, sea quien sea, llámese como se llame.

De manera pues, que ese es mi punto de vista y para no cansar la atención de los señores delegados, recomiendo que se rechacen esas enmiendas en su totalidad. Esa es mi propuesta.

EL PRESIDENTE: El Delegado de Costa Rica tiene la palabra.

EL DR. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): La Delegación de Costa Rica, en la Comisión, tomó la posición primera de rechazar de lleno todo cambio en la Constitución y estuvo de acuerdo en que esas modificaciones las estudiara cuidadosamente un subcomité pero, en un momento de transacción, la Delegación de Costa Rica aceptó el cambio de nombre de la Organización Sanitaria Panamericana en Organización Panamericana de la Salud. De ahí en adelante, la Delegación de Costa Rica consideró, y así lo hizo constar, que toda otra modificación debía estudiarse con mucho cuidado, aun cuando las modificaciones que se introdujeran no fueran en el sentido ni en la sustancia del texto, sino meramente modificaciones de coordinación, de interpretación y de traducción a otros idiomas. Por consiguiente, manteniendo esa posición y haciendo la reserva de que considero que el nombre de Secretario General es de difícil interpretación, difícil de acomodar dentro del organismo, y que valdría la pena, tal vez, intentar cambiar ese nombre de Secretario General, pero manteniendo esas reservas, yo estoy completamente de acuerdo con el Delegado de Cuba, en aceptar la primera parte, el cambio de nombre de la Organización, y de

ahí en adelante que pase la cuestión a un subcomité para que realice un estudio jurídico de la situación.

El PRESIDENTE: El Delegado de Colombia tiene la palabra.

El Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia): Como dije al principio, la Delegación de Colombia se ha opuesto a las enmiendas constitucionales. De manera que yo estoy de acuerdo con el Delegado de Cuba, en la exposición que ha hecho, pero voy más lejos y digo que la Delegación de Colombia se opone ahora a toda enmienda constitucional.

El PRESIDENTE: El Delegado de México tiene la palabra.

El Dr. DÍAZ COLLER (México): Simplemente quiero llamar la atención de los señores delegados sobre algunas cosas de sentido común, que sería importante pensar antes de no aceptar cualquier otra modificación. El próximo tema que discutiremos es la enmienda a otro artículo de la Constitución. Es imposible que se esté faltando a lo que prescribe la Constitución y también es imposible que se acepte lo que prescribe en el Artículo 15.

Me refiero simplemente al hecho de que en la Constitución se dice que cada reunión del Comité Ejecutivo elegirá un Presidente y un Vicepresidente. En la enmienda propuesta en el siguiente proyecto de resolución—sobre el tema 26—y es cosa, repito, de sentido común—se dice que en la primera reunión, después de sustituir a los miembros, se celebrará la elección del Presidente y del Vicepresidente para todo el año, hasta que se sustituyan nuevamente algunos miembros. Yo suplico a los señores delegados que consideren ciertos puntos antes de decir que no se ha de dar ni un sólo paso más en asuntos de cambiar la Constitución. En cuanto a los títulos de los altos funcionarios, estoy completamente de acuerdo con lo que dice el Delegado de Cuba, pero, por otra parte, creo que sí podemos considerar ciertas posibilidades de reforma.

El PRESIDENTE: El Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Deseo expresar mi apoyo a la observación formulada por el Delegado de México y señalar que, además de la disposición sobre la elección del Presidente del Comité Ejecutivo, hay

otra propuesta de enmienda, pequeña pero importante, también en el tema 26, que según tengo entendido no se ha discutido todavía, y me permito pedir a los señores delegados que no la rechacen sin examinarla. Me parece que sería oportuno aplazar las observaciones hasta que se reanude esta discusión en un grupo de trabajo y, a este respecto, quisiera preguntar si se va a hacer así o continuará la discusión en sesión plenaria.

El PRESIDENTE: El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Simplemente para llamar la atención de que yo me he limitado a discutir el tema 25, no el 26. Si he hecho las consideraciones contra las enmiendas constitucionales ha sido como argumento, pero lo que pido concretamente y seguiré demandando del Pleno, es que rechazemos el proyecto de resolución sobre los títulos de los altos funcionarios, sin entrar en la discusión del tema 26. Cuando venga éste, tendremos oportunidad de considerarlo y oír las argumentaciones.

El PRESIDENTE: ¿Hay objeción a que se someta a votación el proyecto de resolución sobre los títulos de los altos funcionarios? El Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Me permito proponer una votación en dos partes. Me parece que casi toda la discusión de esta mañana se ha referido a la inconveniencia, en opinión de algunos delegados, de estipular que el Director sea Director de la Organización Panamericana de la Salud. Comprendo la preocupación de quienes ven en la palabra "Director" un efecto mayor del que yo creo tendría desde el punto de vista jurídico. Nuestra Delegación no tiene interés en insistir en que se introduzca ese cambio, en vista de las observaciones que se han formulado. Además, no creo que la conservación del título de Director de la Oficina causaría demasiados problemas a la propia Oficina. Pero los restantes cambios propuestos en el tema 25 se refieren a un asunto que, según tenemos entendido, se ha prestado a confusiones, es decir, a que se confundan los títulos de Director por un lado, y de Secretario General, por otro. Es decepcionante encontrar tanta oposición a un simple ajuste de una terminología que da lugar a confusiones.

El título de Secretario General se utiliza hoy, como todos sabemos, en el caso de las Naciones Unidas y de la OEA, así como en otras organizaciones, para designar al funcionario principal de la respectiva organización. En la Oficina Sanitaria Panamericana, según su constitución actual, el Secretario General es, al parecer, el tercer funcionario por orden de importancia. En nuestra opinión, la simple modernización de la terminología de la Constitución no representa un problema de mayor importancia. Ni tampoco creemos que esta modernización pueda tener ninguna repercusión en las funciones; es decir, puesto que la Organización necesita una secretaría para las reuniones, que, según tengo entendido, ya existe en la oficina de Servicios de Conferencias, puede contar con esa secretaría, independientemente de que haya un alto funcionario que ostente el título de Secretario General. Por consiguiente, quisiera pedir que la segunda parte de estos cambios que, si no me equivoco, empiezan en el inciso d) del proyecto de resolución sobre el tema 25, se vote separadamente de la primera parte, que es la que se refiere al título del Director.

El PRESIDENTE: El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Quiero concretar categóricamente mi proposición. Explicué que me refiero al texto total del proyecto de resolución sobre los títulos de los altos funcionarios, y recomiendo a este Pleno que rechace todo lo que en él está contenido. Las aclaraciones serán muy importantes. Todo eso podrá pasar como una recomendación a estudiar en su día por el subcomité especial sobre asuntos jurídicos, pero en este Pleno lo que cabe es votar en su totalidad el citado proyecto de resolución, y yo recomiendo votarlo en contra.

El PRESIDENTE: La Presidencia se permite proponer que se suspenda la sesión por media hora.

Se suspende la sesión a las 11 h. 20 m. y se reanuda a las 11 h. 50 m.

El PRESIDENTE: Se reanuda la sesión. Está sometido a la consideración de las delegaciones el proyecto de resolución sobre los títulos de los altos funcionarios. El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Propongo que se someta a votación el proyecto de resolución que se ha leído y yo anuncio al Pleno que votaré en

contra, lo cual implica que no acepto ninguna modificación o adición que se pueda considerar; antes bien propongo que el Pleno no acepte el contenido de ese documento y recomiende que se pase a estudio del subcomité especial a que antes me he referido.

El PRESIDENTE: El Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Propuse y quiero insistir en la misma sugerencia de que el segundo proyecto de resolución presentado por la Comisión II, sobre el tema 25, se someta a votación en dos partes. Como ya indiqué antes de la suspensión de esta sesión, me parece que la mayoría de los delegados aquí presentes que han expresado su preocupación, han aludido a la primera parte, mientras que la segunda no ha dado lugar a tantas objeciones. Yo creo que, de conformidad con el Artículo 45 del Reglamento Interno, tiene precedencia la moción pidiendo que una propuesta se someta a votación por partes.

Con respecto a la primera parte, cuya segunda frase estipula que el Director será el principal funcionario técnico y administrativo de la Organización y representante legal de la misma, se ha hecho la observación y se ha expresado la preocupación de que esto colocaría al Director por encima de los cuerpos directivos de la Organización, tales como la Conferencia o el Consejo Directivo. He tratado de explicar, aunque al parecer sin ser muy convincente, que, por lo menos en nuestra opinión, no podría ocurrir así, a menos que lo establecieran otras disposiciones de la Constitución.

Ahora bien, para que esta relación quede totalmente clara, me permito preguntar si los señores delegados podrían considerar una adición a dicha frase que estimo aclararía el problema. Esta adición podría decir así: "Bajo la autoridad de la Conferencia y del Consejo Directivo, el Director será el principal funcionario técnico y administrativo . . ."

El PRESIDENTE: ¿Podría aclarar el Delegado de los Estados Unidos un punto? Su propuesta es que se vote en dos partes. ¿Podría precisar cuáles son esas dos partes?

El Sr. WILSON (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): He propuesto una votación en dos partes, de la manera siguiente: primera parte, los

incisos a), b) y c)—y que la Secretaría me rectifique si me equivoco—; segunda parte, los incisos d) y e). Además, con respecto a la primera parte, que supongo se votará en primer término, creo que tal vez los señores delegados que muestran alguna preocupación por la segunda frase del inciso a), se sentirán menos preocupados si se añaden las nuevas palabras para expresar que el Director no está por encima de la Conferencia y del Consejo Directivo por el mero hecho de que tenga el título de Director de la Organización.

El PRESIDENTE: El Dr. González tiene la palabra.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): Solamente para ayudar en la discusión. La Secretaría entiende que lo que el señor Delegado de los Estados Unidos desea es que el proyecto de resolución se divida en dos partes: una, que comprendería los incisos a), b) y c) de la parte resolutive y, la segunda, que comprendería los incisos d) y e). El Delegado de los Estados Unidos supone que la primera parte sería votada primero, y en tal entendimiento sugiere entonces que al comenzar la segunda frase del inciso a) se agregue lo siguiente: "Bajo la autoridad de la Conferencia y del Consejo Directivo, el Director será . . ."

El PRESIDENTE: ¿Están claras estas explicaciones? El Delegado de Guatemala tiene la palabra.

El Ing. OLIVERO (Guatemala): Antes de proceder a la votación, y únicamente a título informativo para los señores delegados, me voy a permitir referirme al informe final de la 34a Reunión del Comité Ejecutivo, en el que en el resumen del debate registrado en dicha reunión sobre los títulos de los altos funcionarios se señala que la Constitución de la Organización dispone que la Oficina Sanitaria Panamericana tendrá un Director y un Secretario General. Esto da lugar a confusiones ya que en otros organismos internacionales, como la Organización de los Estados Americanos y las Naciones Unidas, el Secretario General ejerce funciones equivalentes a las del Director de la Oficina, tanto en su carácter de principal funcionario administrativo como de representante legal de la respectiva organización. Para evitar esta confusión, dice el informe, se propuso que el Comité sometiera a la consideración de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, los cambios que pudieran introducirse en

los títulos de los altos funcionarios de la Oficina. Dos eran las fórmulas que, con carácter alternativo, parecían indicadas: la primera de ellas, que el más alto funcionario técnico y administrativo de la Organización Sanitaria Panamericana y representante legal de la misma se denominara Secretario General, y los funcionarios que ahora reciben los títulos de Subdirector y Secretario General, se denominarían Secretario General Adjunto y Subsecretario General. La segunda alternativa era que se suprimiera el título de Secretario General; el título de Director se usaría, en tal caso, para designar al principal funcionario técnico y administrativo de la Organización y representante legal de la misma, y los funcionarios que la Constitución denomina Subdirector y Secretario General, llevarían los títulos de Director Adjunto y Subdirector, respectivamente. Añade el informe que el Comité examinó estos dos últimos títulos, estimándose en general que se prestan a confusiones en cuanto a la delimitación de funciones. Por último, se da cuenta de la resolución adoptada por el Comité sobre este tema, que es, en esencia, la que ahora se está discutiendo por recomendación de la Comisión II.

El PRESIDENTE: El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Estamos asistiendo a la ampliación del debate sobre el fondo de la cuestión, y mientras más lo debatimos, más resalta el carácter constitucional de la enmienda. Y tengo en mente que hay un acuerdo tácito de no abordar ahora las reformas constitucionales, con excepción de las absolutamente imprescindibles, recomendables porque no producen un gran desequilibrio en el resto del articulado, precisamente porque son muy parciales. Ese es el criterio que tácitamente hemos adoptado. Insisto en que el debate ha sido ya muy amplio y en que se repiten en él argumentos del mismo carácter.

Rogamos a la Presidencia que termine la votación que inició e interrumpió, y que esa votación se haga teniendo en cuenta la propuesta de la Delegación de Cuba en el sentido de que se vote sobre la totalidad del proyecto de resolución que está a la vista, para el cual yo pido muy gentilmente de los señores delegados, su voto en contra, su no aceptación, advirtiendo a los que lo defienden, que lo rechazamos por una razón de forma, por las razones ya expuestas, pero que eso no impide que el voto negativo vaya acompañado

de un acuerdo en el que se recomienda al Director que pase toda esta documentación, e inclusive las actas de este debate, a la consideración del subcomité especial de asuntos jurídicos que la Conferencia desea que funcione, con vistas a lograr algún día la reforma constitucional, pero correcta, en su totalidad, ordenada, sin contradicciones jurídicas y sin contradicciones idiomáticas. Por esa razón, sigo insistiendo en el voto en conjunto, y sigo pidiendo el voto en contra para este proyecto de resolución.

El PRESIDENTE: El Dr. Hurtado pide que se someta a votación el proyecto de resolución. El Delegado de los Estados Unidos ha pedido que se vote en dos partes. De acuerdo con el Artículo 45 de nuestro Reglamento, las proposiciones presentadas se someterán a votación por partes a solicitud de cualquier Miembro; así es que vamos a proceder a votar la primera parte que incluye los incisos a), b) y c) del proyecto de resolución que se debate.

Se procede a la votación, con el siguiente resultado: 2 votos a favor, 9 en contra y 2 abstenciones.

Quedan rechazados los incisos a), b) y c) del proyecto de resolución.

El PRESIDENTE: Seguidamente vamos a votar la segunda parte, es decir, los incisos d) y e).

Se procede a la votación, dando el siguiente resultado: 3 votos a favor, 10 en contra y 2 abstenciones.

Quedan rechazados los incisos d) y e) del proyecto de resolución.

El PRESIDENTE: Hay una sugerencia del Delegado de Cuba para que este documento, con las actas y demás antecedentes, se transmita al subcomité especial de asuntos jurídicos. ¿Hay alguna objeción a esta propuesta? El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Me permito sugerir que, en vez de ser al subcomité de asuntos jurídicos, que todavía no se ha creado, se envíe al Comité Ejecutivo y éste sabrá a quién lo va a dirigir; si va al subcomité o él mismo lo resuelve.

El PRESIDENTE: ¿Acepta el Delegado de Cuba la modificación? ¿Hay alguna otra observación a esa propuesta del Dr. Hurtado? ¿Ninguna?

Aprobada.

El PRESIDENTE: El Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Quiero manifestar, para que conste claramente en acta, que el apoyo de la Delegación de los Estados Unidos a la enmienda propuesta al Artículo 4-E de la Constitución, recomendada por la Comisión II, no supone el apoyo a la parte del mismo artículo que se refiere a la elección del Director, puesto que esta otra parte ha sido objeto de una recomendación separada, contenida en el informe de la Comisión Especial designada para estudiar el Artículo 53 del Reglamento Interno de la Conferencia.

El PRESIDENTE: El señor Relator tiene la palabra para continuar la presentación del informe.

El Dr. BISSOT (Panamá, Relator): El proyecto de resolución siguiente dice así:

Tema 26: Enmienda del Artículo 15 de la Constitución

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Teniendo en cuenta las Resoluciones I y III, adoptadas por el Comité Ejecutivo en sus reuniones 29a y 34a respectivamente,

RESUELVE:

Enmendar el Artículo 15 de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, que quedará redactado en los siguientes términos: "El Comité Ejecutivo elegirá entre sus miembros un Presidente y un Vicepresidente, quienes permanecerán en funciones hasta que sean elegidos sus sucesores. Las elecciones se celebrarán cada año en la primera reunión del Comité Ejecutivo que siga a la elección de sus nuevos miembros.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación u objeción a este proyecto de resolución? ¿Ninguna?

Aprobado.¹

El Dr. BISSOT (Panamá, Relator): El proyecto de resolución siguiente dice así:

Tema 26: Modificación del Artículo 12-C de la Constitución y de los correspondientes artículos del Reglamento Financiero

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Teniendo en cuenta que el Artículo 12-C de la Constitución señala entre las funciones del Comité Ejecutivo la de preparar, con la cooperación del

¹Resolución XXVII, pág. 36.

Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, el proyecto de programa y presupuesto;

Teniendo en cuenta la conveniencia de que el Director, además de cooperar con el Comité Ejecutivo, pueda presentar por su parte el proyecto de programa y presupuesto que estime más adecuado en cada caso; y

Considerando que este procedimiento se encuentra ya establecido en el Artículo 55 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en cuanto al Director General de dicha Organización,

RESUELVE:

1. Modificar el Artículo 12-C de la Constitución redactándolo en la siguiente forma:

Artículo 12-C. Considerar y someter a la Conferencia o al Consejo, con las recomendaciones que estime convenientes, el proyecto de programa y presupuesto preparado por el Director.

2. Introducir las correspondientes modificaciones en el Artículo III del Reglamento Financiero de la Oficina Sanitaria Panamericana, que quedará redactado en los siguientes términos:

Artículo III

3.1 El proyecto de programa y presupuesto anual será preparado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

3.2 El proyecto de presupuesto comprenderá los gastos correspondientes al ejercicio económico al cual se refiera y las cantidades serán expresadas en dólares de los Estados Unidos de América.

3.3 El proyecto de presupuesto anual estará dividido en títulos, secciones, capítulos y partidas, e irá acompañado de aquellos anexos informativos y exposiciones explicativas que puedan ser pedidos en nombre de la Conferencia o del Consejo Directivo, y de aquellos anexos y exposiciones adicionales que el Director pueda considerar necesarios y útiles.

3.4 El Director presentará el proyecto de programa y presupuesto anual al Comité Ejecutivo, para que éste lo examine.

3.5 El Comité Ejecutivo examinará el proyecto de programa y presupuesto anual presentado por el Director y formulará las recomendaciones sobre el mismo que estime pertinentes.

3.6 El Director someterá a la consideración de la Conferencia . . . [Perdón, hay un error de Secretaría. El párrafo 3.6 empieza así:] El proyecto de programa y presupuesto se someterá a la consideración de la Conferencia o del Consejo Directivo, junto con las recomendaciones formuladas sobre el mismo por el Comité Ejecutivo. El proyecto de programa y presupuesto será remitido a todos los Estados Miembros por lo menos treinta días antes de la reunión de la Conferencia o del Consejo Directivo.

3.7 El presupuesto para el siguiente ejercicio económico será aprobado por la Conferencia o por el Consejo Directivo.

3.8 El Director podrá presentar proyectos de

presupuesto suplementarios siempre que sea necesario.

3.9 El Director preparará los proyectos de presupuesto suplementarios en forma congruente con el proyecto de presupuesto anual y presentará dichos proyectos al Comité Ejecutivo para que éste los examine y formule las recomendaciones que estime pertinentes. El Director someterá a la Conferencia o al Consejo Directivo, para su consideración, los proyectos de presupuestos suplementarios, junto con las observaciones formuladas por el Comité Ejecutivo.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna observación u objeción a este proyecto de resolución? El Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): He observado que el Relator hizo una pequeña rectificación en el texto español en relación con un punto que encuentro un poco difícil de comprender y que se refiere a la coordinación entre la modificación propuesta al Artículo 12-C de la Constitución y el párrafo 3.6 del Reglamento Financiero. Es realmente una cuestión muy simple: se trata de cómo se presenta el presupuesto a la Conferencia o al Consejo Directivo. El Artículo 12-C de la Constitución estipula que el Comité Ejecutivo considera y somete a la Conferencia o al Consejo el proyecto de presupuesto preparado por el Director. El párrafo 3.6 del Reglamento Financiero, en la redacción que ahora se propone, dice así: "El proyecto de programa y presupuesto se someterá a la consideración de la Conferencia o del Consejo Directivo . . .", sin especificar por quién será presentado.

Creo que para que esta enmienda cumpliera su propósito, habría que modificar ligeramente su texto en el sentido de aclarar que no es el Comité Ejecutivo el que somete a consideración el proyecto de programa y presupuesto, sino que estos documentos se someten a través de los conductos habituales, sin especificar al Director, como se hacía en la versión española del párrafo 3.6, antes de ser rectificada. Me permito leer lo que podría ser un proyecto de texto para cubrir este punto y, al mismo tiempo, pido excusas a los miembros del Pleno por haber planteado la cuestión en esta ocasión. No habíamos notado hasta ahora la discrepancia existente entre el Reglamento Financiero y el Artículo 12-C de la Constitución. El texto que proponemos para este artículo diría así: "Considerar el proyecto de programa y presupuesto preparado por el Director, que será some-

tido a la Conferencia o al Consejo Directivo, junto con las recomendaciones que el Comité Ejecutivo estime convenientes". Repito que se trata simplemente de coordinar los dos textos y establecer un conducto uniforme.

El PRESIDENTE: El Delegado de México tiene la palabra.

El Dr. DÍAZ COLLER (México): Yo no tendría ninguna objeción a lo que propone el Delegado de los Estados Unidos, pero quisiera nada más hacer una breve observación. Cuando los temas llegan a la Conferencia acompañados de un proyecto de resolución, estudiados por el Comité Ejecutivo, estudiados por las Comisiones, vienen ya bastante digeridos. Cuando se presenta alguna objeción a ellos, basta generalmente un voto a favor o en contra. Pero cuando nos llega una recomendación nueva, que muchas veces puede parecer muy buena, como en este mismo momento, generalmente no se discute mucho, y no está pasando por el tamiz del Comité Ejecutivo ni por el de la Comisión, donde a veces se descubren las pequeñas imperfecciones. Yo quisiera suplicar a los señores delegados que tomaran en cuenta este detalle al proponer modificaciones a los proyectos de resolución que se presentan al Pleno. Cuando son cuestiones de estilo, no creo que haya problema. En el caso presente quizás no lo haya, pero en general los proyectos de resolución se presentan para ser aprobados o rechazados. Cuando menos, yo creo entender que así debe ser. Cuando se presentan modificaciones a ellos, y se aprueban porque parecen muy buenos en el momento, puede ocurrir que tengan algunas fallas y se descubran después. Yo quiero simplemente hacer esa observación, sin ningún otro comentario al respecto.

El PRESIDENTE: El Delegado de Guatemala tiene la palabra.

El Ing. OLIVERO (Guatemala): El último párrafo 3.9, se refiere a proyectos de presupuestos suplementarios y en la primera parte del mismo se dice: ". . . para que éste los examine y formule las recomendaciones que estime pertinentes". Luego, en la siguiente frase dice: "El Director someterá a la Conferencia o al Consejo Directivo, para su consideración, los proyectos de presupuesto suplementarios, junto con las observaciones formuladas por el Comité Ejecutivo". Yo simplemente me permitiría sugerir que se agre-

gara "y recomendaciones" para que esté de acuerdo con lo anterior.

El PRESIDENTE: El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): El último comentario del Delegado de Guatemala es una mera modificación de estilo que en nada altera la mecánica de la presentación. En cambio, la modificación que recomienda el Delegado de los Estados Unidos sí pasa un poquito del estilo al fondo. Estoy de acuerdo con el Delegado de México en que, como no se trate de cuestiones de absoluta importancia en el cambio, procede la conducta que él recomienda: que el Pleno apruebe o rechace, y en el último caso no hay más remedio, de acuerdo con la práctica tradicional, que devolver el texto a los cuerpos que lo propusieron. En esas circunstancias, la Delegación de Cuba cree que no debe modificarse el proyecto de resolución que tenemos a la vista, y recomienda al Pleno su aprobación.

El PRESIDENTE: El Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): No quisiera prolongar indebidamente esta sesión, pero me parece que hay una falta absoluta de coordinación entre los diversos procedimientos que establecen las enmiendas a la Constitución y al Reglamento Financiero. Sólo quiero citar un ejemplo al respecto. El Delegado de Guatemala ha propuesto una pequeña enmienda a la última frase del párrafo 3.9 del Reglamento Financiero. Esta frase dispone que el Director tramitará los proyectos de presupuesto suplementarios, precisamente en la misma forma en que la enmienda que yo he sugerido determinaría para el presupuesto ordinario básico. Me parece que estos puntos deberían estar un poco mejor coordinados y siento haber tenido que llegar a esta conclusión en sesión plenaria. En mi opinión, este pequeño cambio no encierra mayor importancia. Todos sabemos lo que ocurre en la práctica. Por ello, espero que, por tratarse simplemente de una cuestión de concordancia, la Conferencia tomará en consideración esa ligera modificación.

El PRESIDENTE: ¿Alguna otra observación a esta propuesta? De no haberla, procederemos a votarla. El Delegado de los Estados Unidos tiene de nuevo la palabra.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Siento tener que hacer uso de la palabra una vez más. Esperaba que la Secretaría formularía algunas observaciones a esta sugerencia. Y quisiera saber si, en efecto, tiene alguna observación u objeción que hacer. Si tiene alguna objeción, retiraré mi propuesta.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Dr. González.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): No creo que el Director de la Oficina tenga objeción alguna a esta proposición del Delegado de los Estados Unidos; al contrario, estimo que así el Artículo 12-C estaría más en concordancia con lo establecido en el Reglamento Financiero.

El PRESIDENTE: El Delegado de Chile tiene la palabra.

El Dr. HORWITZ (Chile): Dado el texto de la Constitución en su Artículo 12, que está destinado a detallar las funciones del Comité Ejecutivo, me parece innecesario agregar nuevamente en el párrafo C, cuya modificación estamos discutiendo, la mención al Comité Ejecutivo, como propone el señor Delegado de los Estados Unidos, porque el Artículo 12 en particular se refiere a las funciones del Comité. De tal suerte que la frase intercalada "con las recomendaciones que estime convenientes", lleva implícita que se refiere a dicho Comité.

Por lo tanto, yo creo que el texto como fue adoptado por la Comisión II, es el que debe aprobarse porque en castellano es perfectamente claro. No sé si en inglés el significado cambia.

El PRESIDENTE: ¿Alguna otra observación? Si no la hay se procederá a la votación.

Se procede a la votación. El Presidente anuncia que, por mayoría de votos, queda rechazada la propuesta de enmienda del Delegado de los Estados Unidos.

El PRESIDENTE: El Delegado de Guatemala ha sugerido que se añada la expresión "y recomendaciones", después de la palabra "observaciones", en la última frase del párrafo 3.9 del Reglamento Financiero. ¿Hay objeción a esta propuesta? El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Para anunciar mi voto en contra de la enmienda.

Se procede a la votación de la propuesta,

dando el siguiente resultado: 2 votos a favor, 8 en contra y 3 abstenciones.

Queda rechazada la propuesta del Delegado de Guatemala.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción a que se apruebe el proyecto de resolución según fue presentado por la Comisión II? ¿Ninguna?

Aprobado.¹

El PRESIDENTE: El señor Relator de la Comisión II va a proseguir la presentación del informe.

El Dr. BISSOT (Panamá, Relator): El proyecto de resolución siguiente dice así:

Tema 33: Edificios e instalaciones para la Sede

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Teniendo en cuenta la necesidad urgente de un edificio permanente para la sede de la Oficina Sanitaria Panamericana y los requerimientos de locales adecuados para las Oficinas de Zona,

RESUELVE:

1. Tomar nota de las decisiones adoptadas por el Director respecto a la instalación de las Oficinas de Zona.

2. Encomendar al Director que continúe las negociaciones con el Gobierno de los Estados Unidos, a fin de solucionar lo más pronto posible la cuestión del solar apropiado para el edificio de la Sede de la Oficina; que prepare sugerencias sobre el financiamiento y los planos de construcción del edificio permanente de la Sede, y que informe sobre todo ello a la 37a Reunión del Comité Ejecutivo, con el fin de poder presentar una propuesta a la consideración de la XI Reunión del Consejo Directivo.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación u objeción a este proyecto de resolución? ¿Ninguna?

Aprobado.²

El Dr. BISSOT (Panamá, Relator): El proyecto de resolución siguiente dice así:

Tema 37: Proyecto de procedimiento para la postulación y elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Considerando que ni en la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana ni en los reglamentos vigentes se fija un procedimiento detallado y claro para la elección del Director ni se indica la forma y duración de su cargo;

Considerando que los Gobiernos Miembros han

¹Resolución XXVIII, pág. 36.

²Resolución XXIX, pág. 37.

encontrado dificultades de interpretación al consultar la Constitución y los reglamentos; y que, como se desprende del informe de la Comisión Especial encargada de estudiar el Artículo 53 del Reglamento Interno de la XV Conferencia, se ha puesto de manifiesto la necesidad de aclarar dichos textos; y

Considerando que debe adoptarse, con suficiente antelación a la celebración de la Conferencia, un método de selección y postulación de candidatas,

RESUELVE:

Encomendar al Comité Ejecutivo la creación de un grupo de trabajo que, con asesoramiento jurídico, efectúe un estudio de los problemas inherentes a la elección del Director y, previa consulta con los Gobiernos Miembros, presente un proyecto a la XIII Reunión del Consejo Directivo para adoptar un procedimiento específico que rijan la elección del Director.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación u objeción a este proyecto de resolución? El Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Mi delegación apoya plenamente los fines a que obedece este proyecto de resolución y no desea hacer la menor sugerencia sobre el texto que ha sido presentado. Pero deseamos hacer constar claramente que nosotros entendemos que, de acuerdo con la Constitución, la Conferencia es soberana y, por consiguiente, un procedimiento adoptado por el Consejo Directivo no debe ser obstáculo—en el sentido literal de la palabra—para cualquier decisión que tome la Conferencia con respecto a la elección de Director.

El PRESIDENTE: ¿Alguna otra observación u objeción?

*Aprobado.*¹

El Dr. BISSOT (Panamá, Relator): El siguiente proyecto de resolución dice así:

Tema 17: Proyecto de nuevas condiciones de empleo

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Considerando que, con el fin de lograr la uniformidad de condiciones de empleo, la Oficina Sanitaria Panamericana desde 1949 ha adoptado en lo esencial las disposiciones de la Organización Mundial de la Salud en materia de salarios, subsidios, beneficios y otras condiciones de empleo;

Considerando que los esfuerzos desplegados para

establecer condiciones uniformes y equitativas de empleo para el personal de los organismos sanitarios internacionales no han dado resultados plenamente satisfactorios, en especial en lo relativo a los ajustes de reducción, que no han sido aplicados por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, siendo esta decisión confirmada por el Comité Ejecutivo, en su 31a Reunión (Resolución XIII), y por el Consejo Directivo, en su X Reunión (Resolución XIX);

Considerando que los sueldos, subsidios, beneficios y otras condiciones de empleo actuales ya no son adecuados para atraer a numerosos trabajadores de salud pública al servicio de los organismos sanitarios internacionales;

Considerando que las condiciones de empleo deberían facilitar la política de rotación del personal profesional;

Considerando que el Director General de la Organización Mundial de la Salud ha invitado a la X Reunión del Comité Regional a expresar sus puntos de vista sobre un régimen conveniente de salarios y subsidios adaptado a las necesidades de las organizaciones sanitarias internacionales; y

Considerando que el Comité Ejecutivo, en la Resolución V de su 34a Reunión, recomendó la aprobación y aplicación mediante negociaciones con el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, de los principios contenidos en el Documento CSP15/12 como guía, en lo general, para el desarrollo de un mejor sistema de administración del personal para los organismos sanitarios internacionales,

RESUELVE:

1. Aprobar la declaración de principios básicos contenida en el Documento CSP15/12. Rev. 1,² con excepción de lo referente a los subsidios por familiares a cargo que fue excluido por el Consejo Directivo en su X Reunión, como guía, en lo general, para el desarrollo de un mejor sistema de administración del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana y recomendar la adopción de estos principios a la Organización Mundial de la Salud.

2. Recomendar que la Organización Mundial de la Salud adopte una política de no aplicación de los ajustes de reducción, igual a la aplicada por la Oficina Sanitaria Panamericana y confirmada por el voto unánime del Consejo Directivo.

3. Recomendar la adopción de prontas medidas para el aumento de los sueldos del personal profesional de la Organización Mundial de la Salud y de la Oficina Sanitaria Panamericana, con el fin de atraer a su servicio a los trabajadores de salud pública más capacitados.

4. Recomendar que la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana establezcan métodos que faciliten la rotación del personal profesional.

5. Autorizar al Comité Ejecutivo para negociar con el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud la aplicación de dichos principios mediante

¹Resolución XXX, pág. 38.

²Véase Parte V, Anexo 10, pág. 546.

la adopción de un Estatuto y Reglamento del Personal revisados, que estén basados en aquéllos.

6. Recomendar que la Organización Mundial de la Salud invoque, si fuere necesario, el Artículo 3.2 del Estatuto del Personal, que permite separarse de la escala de sueldos y subsidios de las Naciones Unidas, si las necesidades de la Organización Mundial de la Salud obligaran a ello.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación a este proyecto de resolución? No habiendo ninguna, se da por adoptado.

Aprobado.¹

El Dr. BISSOT (Panamá, Relator): El siguiente proyecto de resolución dice así:

Reuniones de los cuerpos directivos

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Reconociendo que entre los dirigentes sanitarios de las Américas se ha alcanzado un alto grado de mutuo respeto y comprensión que facilita el desarrollo de las reuniones de los cuerpos directivos de la Organización Sanitaria Panamericana;

Considerando que la Oficina Sanitaria Panamericana se ha hecho acreedora a la confianza total de los miembros de la Organización;

Considerando que actualmente se dispone de eficientes técnicas de conferencias que facilitan el despacho de los asuntos;

Considerando que es de desear la máxima economía en la administración de las reuniones;

Considerando que el Artículo 14-A de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana establece que el Comité Ejecutivo se reunirá por lo menos una vez cada seis meses; y

Convencida de que en lo sucesivo puede lograrse un ahorro de tiempo y gastos perfeccionando el plan de reuniones,

RESUELVE:

Instruir al Director para que al convocar a la Conferencia, al Consejo Directivo y al Comité Ejecutivo, proyecte sus reuniones de manera que se realicen con el menor número de sesiones, en el más breve tiempo y con la mayor economía posibles, dentro de límites compatibles con los requerimientos de sus respectivos programas de temas.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación u objeción al proyecto de resolución? ¿Ninguna?

Aprobado.²

El Dr. BISSOT (Panamá, Relator): Señor Presidente, con estas resoluciones la Comisión II, de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos, ha terminado el examen de los temas que le asignó la Comisión General.

El PRESIDENTE: Procede aprobar ahora el informe en su totalidad tomando en consideración las decisiones de la Conferencia en relación con algunas de las resoluciones. ¿Alguna objeción?

Queda aprobado el segundo informe de la Comisión II.

El PRESIDENTE: El Dr. González tiene la palabra.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): En varias partes de las resoluciones que esta Conferencia ha adoptado, se menciona el nombre de Organización Sanitaria Panamericana. Como la Conferencia ha adoptado una resolución que cambia este nombre por el de Organización Panamericana de la Salud, la Secretaría hará todo lo posible para cambiar el título en esas resoluciones, pero quería tener la aprobación de la Conferencia en este sentido. Posiblemente por dificultades materiales insolubles, no podrá hacerse esto en los documentos mimeografiados, pero tendremos cuidado de que así aparezca en la edición definitiva de las actas y otros documentos de la Conferencia.

El PRESIDENTE: El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Lamento diferir de la interpretación de la Secretaría. La XV Conferencia ha acordado cambiar el nombre de la Organización, pero eso rige para el futuro. Los documentos de la XV Conferencia se tienen que expresar en el lenguaje que aparece en la Constitución vigente hasta ahora. Por lo tanto, no hay necesidad de que cambie la documentación de esta Conferencia.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): Para la Secretaría es mucho mejor el procedimiento sugerido por el Delegado de Cuba.

El PRESIDENTE: Se levanta la sesión.

Se levanta la sesión a las 13 h. 5 m.

¹Resolución XXXI, pág. 38.

²Resolución XXXII, pág. 39.

DECIMOTERCERA SESION PLENARIA

Jueves, 2 de octubre de 1958, a las 15 h. 15 m.

Presidente: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos)

El PRESIDENTE: Se abre la sesión. La Secretaría va a dar cuenta de dos proyectos de resolución aprobados por la Comisión General, que se someten a la consideración de la Conferencia.

Tema 29: Elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y propuesta de nombramiento del Director Regional de la OMS para las Américas (conclusión)

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): El primer proyecto de resolución se refiere a la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, y dice así:

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Teniendo en cuenta el Artículo 4-E de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, en el que se dispone que la Conferencia elegirá al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por dos tercios de los votos de los países presentes con derecho a votar;

Teniendo en cuenta que la XII Conferencia Sanitaria Panamericana adoptó una resolución en la que se fija en cuatro años el mandato del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana; y

Teniendo en cuenta el Artículo 4 del Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Sanitaria Panamericana, y los Artículos 49 y 52 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en los que se establecen las normas para el nombramiento del Director Regional de la Organización Mundial de la Salud,

RESUELVE:

1. Declarar electo Director de la Oficina Sanitaria Panamericana al Dr. Abraham Horwitz, por un período de cuatro años que empezará a contar el primero de febrero de 1959.

2. Poner en conocimiento del 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.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación sobre este proyecto de resolución? ¿Ninguna?

Aprobado.¹

Mejoramiento de los textos de los documentos básicos de la Organización Sanitaria Panamericana

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): El se-

¹Resolución XXXIII, pág. 40.

gundo proyecto de resolución se refiere al mejoramiento de los documentos básicos de la Organización. Este proyecto de resolución se preparó como consecuencia de la recomendación formulada a este respecto por la Comisión designada para estudiar el Artículo 53 del Reglamento Interno, así como por las observaciones y propuestas hechas por varios señores delegados en anteriores sesiones plenarias. El texto aprobado por la Comisión General dice así:

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Teniendo en cuenta la sugerencia contenida en el párrafo 4 del informe de la Comisión designada por la Conferencia para estudiar el Artículo 53 del Reglamento Interno (Documento CSP15/47),² en el sentido de que el Comité Ejecutivo, con asesoramiento jurídico, proceda a un estudio de los textos de la Constitución y del Reglamento Interno de la Conferencia con el fin de lograr una mayor claridad de expresión y una adecuada equivalencia entre el inglés y el español; y

Considerando que los debates celebrados en la Conferencia han puesto de manifiesto la necesidad de que esos textos sean más adecuados a sus propios fines,

RESUELVE:

1. Instruir al Comité Ejecutivo para que emprenda, con asesoramiento jurídico, un estudio completo de la Constitución de la Organización y del Reglamento Interno de la XV Conferencia, a fin de que formule propuestas (a) para mejorar la claridad y la equivalencia entre los textos inglés y español de estos documentos básicos, y (b) para que dichos textos sean más adecuados a sus propios fines.

2. Sugerir al Comité Ejecutivo que considere la conveniencia de nombrar un subcomité encargado de dicho estudio.

3. Instruir al Comité Ejecutivo para que solicite la opinión de los Gobiernos respecto a las propuestas que formule, y que someta luego sus recomendaciones a una futura reunión del Consejo Directivo, para que éste adopte la decisión que estime pertinente.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación u objeción a este proyecto de resolución? No habiendo ninguna, queda aprobado.

Aprobado.³

²Véase Parte V, Anexo 12, pág. 554.

³Resolución XXXIV, pág. 40.

Tema 21: Estado de la erradicación del *Aëdes aegypti* en las Américas (conclusión)

El PRESIDENTE: Vamos a continuar ahora el examen del tema 21, sobre el cual quedaron aún algunos países por informar. El Delegado del Reino de los Países Bajos (Antillas Neerlandesas) tiene la palabra.

Informe del Delegado del Reino de los Países Bajos (Antillas Neerlandesas)

El Dr. LINSCHOTEN (Reino de los Países Bajos—Antillas Neerlandesas) (*traducción del inglés*): Debido al poco tiempo que nos queda, me limitaré a hacer una breve exposición sobre los progresos realizados en lo que se refiere a la campaña de erradicación del *Aëdes aegypti* en las Antillas Neerlandesas, campaña que se inició en 1952.

En Aruba, la erradicación ha quedado completada. En Bonaire, después de una intensa labor que se inició en enero del presente año y para la cual contamos con la ayuda de un técnico proporcionado por la Oficina Sanitaria Panamericana, el índice es también de cero. En Curazao, el índice aún varía entre 0 y 0,5.

En las tres Islas de Barlovento, San Martín, Saba y San Eustaquio, la campaña se está desarrollando en estos momentos. San Martín se divide en dos partes: la del norte pertenece al Departamento francés de Guadalupe y la del sur a las Antillas Neerlandesas. Los dos Gobiernos interesados en esta isla han coordinado sus campañas después de haberse llevado a cabo negociaciones entre nuestro Servicio de Salud Pública y el que dirige el Dr. Ollé. El rociamiento con DDT únicamente no tuvo éxito. La combinación con dieldrín parece necesaria a fin de lograr la erradicación. Esto se debe probablemente a la resistencia del mosquito al DDT.

El PRESIDENTE: El Delegado del Reino de los Países Bajos (Surinam) tiene la palabra.

Informe del Delegado del Reino de los Países Bajos (Surinam)

El Dr. VAN DER KUYP (Reino de los Países Bajos—Surinam) (*traducción del inglés*): En junio de 1948 dio comienzo la campaña contra el *Aëdes aegypti* en Surinam. En 1953 y 1954, el UNICEF

y la Oficina Sanitaria Panamericana ayudaron al Gobierno de Surinam en la erradicación del *A. aegypti*. Actualmente ya tenemos varias zonas libres del mosquito, como por ejemplo el aeropuerto principal, las fábricas de bauxita en Moengo y Paranam y la zona de cultivo del arroz en Wageningen. En el interior, donde la población es muy escasa, el *A. aegypti* no existe o su incidencia es muy baja. Sin embargo, la campaña se ha visto obstaculizada por la presencia de mosquitos resistentes al DDT en la capital. Incluso el uso de una dosis diez veces mayor en los criaderos resulta ineficaz. Apenas si hay diferencia entre el índice de supervivencia del *A. aegypti* expuesto al DDT y el no expuesto.

Las primeras dieciocho visitas de inspección realizadas entre 1954 y 1958, que en la capital abarcaron unas 22.000 viviendas con sus patios, revelaron índices de infestación que oscilaban con la temporada de lluvias y la seca entre 10,6 y 0,9%, siendo el último de 3,1%.

Actualmente se aplica el rociamiento perifocal con gamexano a los criaderos existentes y potenciales que no pueden ser eliminados; además, las actividades de erradicación de la malaria tendrán un efecto beneficioso en la campaña contra el *A. aegypti*.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Haití.

Informe del Delegado de Haití

El Dr. NICOLAS (Haití) (*traducción del francés*): Aunque la última epidemia de fiebre amarilla en Haití terminó hace poco, el problema no deja de ser grande para nuestro país. Como se señala en el informe presentado por la Oficina, en Haití se han inspeccionado 2.377 localidades, de las cuales 603 resultaron positivas. De estas últimas, ya se han obtenido resultados negativos en 408 de las 435 localidades examinadas después del tratamiento. Se ha registrado una disminución en la tasa de infección. Con los pasos que se han dado para erradicar la enfermedad, esperamos que la campaña se intensificará aún más y que muy pronto podremos dar un informe más completo acerca de ella.

El PRESIDENTE: ¿Alguna otra delegación quiere informar sobre la campaña contra el *Aëdes aegypti*? Tiene la palabra el señor Director de la Oficina.

El Dr. SOPER (Director, OSP): La primera campaña de erradicación llevada a cabo por la Oficina Sanitaria Panamericana tiene tanto interés que merece algunos comentarios por parte del Director.

Hemos de señalar que la campaña de erradicación del *A. aegypti* en el Brasil empezó con petróleo y estaba en gran parte terminada antes de la introducción de los insecticidas de acción residual. En el informe de dicho país se habla del método perifocal brasileño, pero debemos señalar que la primera vez que se empleó DDT en los depósitos de agua, en una campaña de erradicación del *A. aegypti*, fué, que nosotros separamos, en el Ecuador en 1946.

A principios de 1950, en el Brasil ya no había ningún área infestada con *A. aegypti*. En investigaciones posteriores, efectuadas con cierta frecuencia, se encontró algún caso aislado hasta marzo de 1955, pero se puede afirmar que prácticamente, desde 1950, las autoridades del país no conocieron nunca ningún área infestada que no fuera rápidamente eliminada. Se puede advertir en el informe del Brasil que el programa de erradicación empezó realmente en dicho país después de la fusión del Servicio Nacional de Fiebre Amarilla con el Servicio organizado por la Fundación Rockefeller y mediante una combinación de las técnicas de los dos servicios. No fueron solamente las técnicas de la Fundación Rockefeller. El Departamento Nacional de Salud contribuyó grandemente a modificar las técnicas que han permitido la erradicación del *A. aegypti*.

El punto principal que quisiera mencionar en esta sesión es el problema de la evaluación de los programas de erradicación. Para comprobar la erradicación de un insecto o de una enfermedad, es necesario que se hagan observaciones durante cierto período sobre toda un área. Estas observaciones se han de hacer con el máximo detenimiento para poder llegar a la conclusión de que los resultados negativos son realmente dignos de crédito. Ya hemos observado que en el Brasil las autoridades estaban convencidas, desde hace ocho años, de que se podía declarar la erradicación, pero antes de declararla comenzaron a descubrir nuevos focos. Solamente cuando pasaron tres años y medio sin que se encontraran focos, y después de estrecha colaboración entre la Oficina Sanitaria Panamericana y el Gobierno del Brasil, el Ministerio estimó que podía considerar erradicada la enfermedad en ese país.

En Bolivia existía la impresión de que el país estaba completamente libre de *A. aegypti* en la época de 1941 a 1942. En 1948 apareció de nuevo *A. aegypti* en una zona relativamente aislada. No se sabe a ciencia cierta si ello representaba una reinfestación del exterior o un aumento de una infestación nunca eliminada en el país. Pero de cualquier manera, después de un período de siete años, se comprobó de nuevo la presencia de este mosquito.

En Chile, donde el programa es en teoría relativamente fácil, nos hemos llevado ya la sorpresa de encontrar en dos ocasiones una infestación persistente a la hora de tratar de certificar la erradicación. Esto sucedió en Tocopilla en 1948, y en Matilla en 1958.

Colombia hace muchos años logró la erradicación de *A. aegypti* en Barranquilla, pero con el tránsito por el río, esta ciudad ha sido nuevamente infestada.

Hemos mencionado el programa de la erradicación del *A. aegypti* sin llamar la atención sobre los beneficios, ya evidentes, que se derivan de esta campaña.

En el Ecuador, por ejemplo, donde la erradicación estaba bien adelantada, pues la aplicación de DDT se inició en 1946, la fiebre amarilla selvática apareció en una zona en la costa del Pacífico. Los casos infecciosos llegaron al centro de la población, donde pocos años antes había gran infestación con *A. aegypti*. Pero Ecuador pasó esta experiencia de 1951 sin registrar casos urbanos. Igualmente ha habido una experiencia muy interesante en Panamá y en América Central, en los diez años en que el virus de la fiebre amarilla ha pasado por las florestas de Panamá hasta Guatemala, sin invasión de ningún pueblo y sin haber motivos para creer que el virus haya viajado de un país a otro, por la vía humana, o de una parte del Continente a la otra.

Una cosa muy importante es la ausencia de infecciones urbanas. Solamente en una ocasión, en los últimos doce años, hemos tenido necesidad de declarar infestado un centro de población a causa de la trasmisión por *A. aegypti*.

La Guayana Británica, que quedó limpia de *A. aegypti*, ha sido reinfestada. Consideramos que se trata de una reinfestación del exterior, aunque quizás tengamos que admitir la posibilidad de que fuera del interior, pero de cualquier forma, después de seis años de ausencia aparente, ha reaparecido el mosquito.

Por lo tanto, no debemos aceptar que se ha conseguido la erradicación por el hecho de que se haya terminado un programa de este tipo, sino después de una rigurosa evaluación.

Se ha mencionado el problema de la resistencia y es muy posible que en diferentes partes del Continente Americano existan subespecies de *A. aegypti* con una constitución genética diferente que ocasione la reaparición del *A. aegypti* resistente en unas partes del Continente y no en otras. Debemos señalar que en el Brasil, Paraguay, Uruguay, Perú, Ecuador, Colombia y en toda América Central y Panamá, no hemos encontrado ningún caso de resistencia al DDT. Pero en Venezuela y en la Argentina parece que ha aparecido cierta resistencia, aunque más en Venezuela. En Cuba, República Dominicana y Haití se tuvo otra experiencia de que ya se ha informado aquí. Hay, pues, evidencia muy importante de una raza resistente. En el caso de Colombia hemos observado la invasión de la región de Cúcuta, en el límite con Venezuela, por la especie resistente al DDT, y en observaciones hechas en la frontera se ha descubierto *A. aegypti* moviéndose de Venezuela en dirección a Cúcuta. El problema de Venezuela ha sido resuelto con la aplicación de dieldrín, por el método perifocal, en lugar de DDT.

Hay que tener siempre en cuenta la posibilidad de que el *A. aegypti* resistente se mueva y se disemine por el Continente, si no intensificamos lo antes posible la campaña de erradicación.

Siento mucho que el Dr. Pinto Severo, que ha trabajado tantos años con el programa de erradicación de *A. aegypti* en el Brasil, y después, durante los últimos doce años, en la Oficina Sanitaria Panamericana, haya tenido que partir antes de que este tema llegara de nuevo a discutirse, pero me ha dejado unas notas, que voy a leer rápidamente.

En primer lugar, sugiere que se felicite a los señores delegados por los informes presentados y se dé cuenta a la Conferencia que la Oficina Sanitaria Panamericana los ha examinado detenidamente, pudiéndose establecer estas conclusiones:

a) Los siguientes países y territorios pueden ser declarados libres del *A. aegypti*, de acuerdo con las normas establecidas por la Oficina Sanitaria Panamericana: Belice, Bolivia, Brasil, Ecuador, Guayana Francesa, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Zona del Canal;

b) La campaña se encuentra en la fase final de verificación en Colombia, Costa Rica, Chile, El Salvador, Guatemala y Honduras;

c) Se están desarrollando campañas de erradicación en Argentina, Cuba, Haití, República Dominicana y Venezuela.

Además, el Dr. Pinto Severo sugiere que se llame la atención sobre los comentarios que aparecen en la parte final del informe de la Oficina¹, relativos a la resistencia al DDT y a la insuficiencia de fondos en el presupuesto para poder terminar la campaña en los próximos cuatro años.

Señor Presidente, la campaña de erradicación del *A. aegypti* está tan adelantada que es muy importante, para la protección de los países y del capital invertido en esta erradicación, que los países que no han completado sus campañas, presten la debida consideración a la recomendación de completar lo antes posible esta primera campaña de erradicación en las Américas.

EL PRESIDENTE: El Delegado del Brasil tiene la palabra .

El Dr. DE MEDEIROS (Brasil) (*traducción del portugués*): Hemos oído todos los informes presentados a esta Conferencia sobre la campaña de erradicación del *A. aegypti*. Acabamos de oír una declaración sumamente brillante hecha por el Dr. Soper, que fue uno de los iniciadores de esta campaña. Hemos visto también que algunos países pueden ya ser declarados libres de *Aedes aegypti*. Afortunadamente, mi país, el Brasil, así como el Paraguay, Perú, la Zona del Canal y otros países y territorios, están incluidos en esa lista.

Por consiguiente, la Delegación del Brasil, teniendo en cuenta los informes presentados y las observaciones formuladas durante la discusión de este tema, propone a la Conferencia que adopte un proyecto de resolución concebido en los siguientes términos:

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Teniendo en cuenta los informes sobre el estado de la erradicación del *Aedes aegypti* correspondientes a Belice, Bolivia, Brasil, Ecuador, Guayana Francesa, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Zona del Canal, presentados en esta Conferencia, según los cuales dichos países y territorios se declaran libres de *Aedes aegypti*, después de haberse cumplido satisfactoriamente las normas en que se basan los criterios establecidos por la Oficina Sanitaria Panamericana a este fin,

¹Véase Parte V, Anexo 2, pág. 487.

RESUELVE:

Aceptar los informes presentados en los que se declara que Belice, Bolivia, Brasil, Ecuador, Guayana Francesa, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Zona del Canal, han quedado libres de *Aedes aegypti* y hacer un llamamiento a los demás países y territorios, todavía infestados, a fin de que intensifiquen sus actividades anti-*aegypti* en los términos de la resolución aprobada en la XI Conferencia Sanitaria Panamericana, de Río de Janeiro.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna observación o comentario sobre este proyecto de resolución? El Delegado de Colombia tiene la palabra.

El Dr. ABAD GÓMEZ (Colombia): En relación con este proyecto de resolución y con los comentarios hechos por el Dr. Soper, quisiera hacer una observación respecto al mapa que aparece al final del informe de la Oficina sobre el estado de la erradicación del *A. aegypti* en las Américas.

Pero quisiera preguntar qué significa el color blanco en ese mapa. Veo que el color negro significa zonas aún no inspeccionadas o todavía infestadas; un color un poco más claro, zonas que quedaron limpias de *A. aegypti* entre enero de 1948 y junio de 1958; y el color punteado, zonas limpias de *A. aegypti* desde antes de 1948. Pero no hay ninguna leyenda que indique qué significa el color blanco.

El PRESIDENTE: El Director de la Oficina tiene la palabra.

El Dr. SOPER (Director, OSP): Debemos aclarar que las que aparecen en blanco son las regiones en que aparentemente jamás ha existido *A. aegypti*; por condiciones geográficas o por circunstancias especiales no se ha encontrado el mosquito en estas zonas cuando se ha llevado a cabo la investigación. Se observará, por ejemplo, que toda la parte de los llanos de Colombia está completamente en blanco y, por otro lado, que el interior del Brasil hasta la frontera tiene la indicación de zona que antes estuvo infestada. Esto se debe al hecho de que ha sido necesario tomar más o menos los municipios o las divisiones administrativas como base para establecer el mapa.

Es muy interesante observar que el *A. aegypti* no ha llegado a invadir muchas zonas propicias a su desarrollo, si bien conviene señalar que en la zona del Valle del Amazonas, casi siempre se ha encontrado bajo las cataratas. Pero en la primera catarata del río, donde había necesidad de trans-

bordar el cargamento de un vaporcito a otro, el *A. aegypti* no había pasado. De manera que nunca se ha encontrado el mosquito en esta zona de los llanos de Colombia.

El PRESIDENTE: El Delegado de Colombia tiene la palabra.

El Dr. ABAD GÓMEZ (Colombia): Según entiendo, la respuesta a mi pregunta es que la zona blanca es aquella en la cual probablemente no ha existido o no se ha encontrado el *A. aegypti* por condiciones geográficas o de otra índole. Entonces, si tengo razón en mis dudas acerca de la erradicación total en el Brasil.

Mirando este mapa desde la inmensa frontera que cubre la parte sur de Venezuela, pasando por toda la frontera de Brasil con Colombia, a lo largo de toda la frontera con el Perú, y siguiendo de nuevo la parte norte de Bolivia hasta llegar al sur de este país, encuentro que la marca equivalente a zonas limpias de *A. aegypti* desde antes de 1948 en el Brasil, coincide exactamente con la frontera geográfica. No hay ninguna otra marca, digamos montañas o ríos, sino que todo coincide exactamente con las demarcaciones políticas en la enorme frontera del Brasil, desde Venezuela hasta Bolivia. Me pregunto cómo es posible que esto suceda, que con un río o con una simple demarcación política se resuelva la existencia o la ausencia del *A. aegypti*. Realmente, no tengo, como digo, una explicación lógica de este hecho, sin que yo sea, ni mucho menos, técnico en esta materia; pero se me hace un poco raro que la sola frontera política pueda ser el límite de la existencia o no existencia de *A. aegypti* en una extensión tan enorme como la que he indicado.

El PRESIDENTE: El Director de la Oficina tiene la palabra.

El Dr. SOPER (Director, OSP) (*traducción del inglés*): El asunto que plantea nuevamente el Delegado de Colombia es el mismo que he tratado de explicar. En el mapa del Brasil, por ejemplo, cuando se ha encontrado *A. aegypti* en un condado o unidad política, toda esa zona aparece sombreada. Ahora bien, en el Valle del Amazonas prácticamente toda la población y todos los mosquitos *A. aegypti* están localizados a lo largo de los ríos y de la línea del tráfico. En relación con el caso particular que se ha mencionado aquí, en la frontera entre el Brasil y Bolivia, obsérvese que en este último país existen zonas en las que se ha eliminado el *A. aegypti*.

En esta zona existía una situación muy interesante que bien merece una explicación. En la frontera hay una zona que se conoce como Río Madeira Mamoré, que tal vez ustedes hayan oído nombrar, y en la cual existe una gran catarata que impide el tráfico desde Bolivia por el Valle del Amazonas. Hace muchos años, los Gobiernos del Brasil y Bolivia firmaron un convenio mediante el cual el Gobierno del Brasil se comprometió a construir una vía ferroviaria alrededor de la catarata, y que viene a ser el famoso ferrocarril Madeira Mamoré.

Estamos seguros de que antes de construirse este ferrocarril nunca había existido el *A. aegypti* en Bolivia y, como puede verse en el mapa, aunque todo el sector oriental de Bolivia presenta condiciones favorables al *A. aegypti*, cuando surgieron casos de fiebre amarilla en Santa Cruz de la Sierra en 1932, el mosquito se hallaba tan limitado en su distribución que resultó relativamente sencilla su erradicación en las zonas limitadas que se ven en el mapa. Tal vez pueda interesarles saber que, al iniciarse la lucha contra el *A. aegypti* en Santa Cruz de la Sierra, los habitantes de la ciudad nos indicaron que el mosquito había llegado recientemente a ella y que no se conocía antes de 1919. Cuando investigamos aún más, las personas mayores de la ciudad nos informaron que el mosquito había venido con la luz eléctrica, es decir, que la electricidad, al iluminar la ciudad, había atraído al mosquito desde los pantanos. Lo que aparentemente sucedió fue que, inmediatamente después de la primera guerra mundial, se importó en Bolivia el equipo necesario para la instalación del sistema de luz eléctrica. Este equipo se importó por el Valle del Amazonas en cajas que atravesaron el Valle hasta llegar a Santa Cruz de la Sierra. Es muy probable, si damos crédito a la versión de esas personas, que el mosquito no se introdujera hasta 1919 o 1920, junto con el equipo utilizado para instalar la luz eléctrica. También quiero repetir que el mapa de la Argentina, por ejemplo, en que se puede observar una enorme zona en negro, no indica que el *A. aegypti* se haya extendido por toda esa área.

Por otra parte, la zona sombreada en negro que aparece en el nordeste del Brasil sí representa áreas en que antes había una infestación de 100%. El mapa varía a causa de la forma en que se reciben los informes. Espero que me haya ex-

plicado claramente, a pesar de que no quise extenderme demasiado.

El PRESIDENTE: El Delegado del Reino de los Países Bajos tiene la palabra.

El Dr. SWELLENGREBEL (Reino de los Países Bajos) (*traducción del inglés*): Me voy a referir a un asunto que no me concierne en absoluto, pero que me interesa, el de la Guayana Británica. Me ha extrañado mucho que entre los países que están libres de *A. aegypti* no figure la Guayana Británica. No lo puedo comprender, pues me consta que el *A. aegypti* ha sido erradicado en la zona costanera, donde viven 450.000 personas, y de los ríos y plantas del interior, así como de las sabanas del sudoeste. Nada se sabe del resto del país, porque se halla completamente deshabitado o habitado en tal forma que nadie sabe qué sucede allí. Estoy casi seguro—tal vez me equivoque—que en algunos de los países mencionados como libres del *A. aegypti* existen también zonas desconocidas. Me parece que se da una impresión de poca exactitud si se deja fuera a la Guayana Británica, en que se ha logrado erradicar el *A. aegypti* y el *Anopheles darlingi* con gran perfección.

El PRESIDENTE: El Director de la Oficina tiene la palabra.

El Dr. SOPER (Director, OSP) (*traducción del inglés*): Deseo señalar al señor Delegado del Reino de los Países Bajos que la lista presentada está basada, en parte, en la terminación de la labor de verificación que realiza la Oficina Sanitaria Panamericana. La lista, por ejemplo, no incluye—como puede observarse—extensas áreas de Centro América en las que nos consta, a los que seguimos de cerca estos trabajos, que se ha eliminado ya el *A. aegypti* desde hace algún tiempo. Estas son áreas en que, basándose en las observaciones efectuadas por el personal de la Oficina durante largo período, hay motivos para creer que ya no existe *A. aegypti*. No tratamos de que ésta sea una lista exclusiva; pero hemos preferido esperar y no pedir la aprobación oficial hasta tener motivos para creer que todas las áreas posiblemente infestadas ya han sido inspeccionadas y se hallan libres del mosquito. En el caso del Brasil tenemos que admitir, por ejemplo, que en algunas zonas del país, distantes de los ríos, nunca se ha llevado a cabo una verificación. Pero en las zonas que ya han sido inspeccionadas bajo

estas condiciones, y a juzgar por la experiencia acumulada en muchos años de lucha contra el *A. aegypti*, resulta prácticamente imposible que exista ese mosquito. Esta es la lista que proponemos y que está de acuerdo con las normas establecidas por la Oficina; con ella podemos certificar ante el mundo que esas áreas están libres del mosquito.

El PRESIDENTE: ¿Alguna otra observación o comentarios? ¿Hay alguna objeción al proyecto de resolución presentado por la Delegación del Brasil? ¿Ninguna? Queda, pues, aprobado.

*Aprobado.*¹

El Dr. ABAD GÓMEZ (Colombia): Deseo que conste en acta la abstención de la Delegación de Colombia en la votación sobre el proyecto de resolución que acaba de aprobarse.

El PRESIDENTE: Así se hará constar.

Lectura de un cable sobre el programa de erradicación de la malaria en Colombia

El PRESIDENTE: La Secretaría va a dar cuenta de un cable procedente de Colombia.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): La Delegación de Colombia desea comunicar a los señores delegados el texto de un cable recibido de su Gobierno, que dice así:

Compláceme comunicar hoy inicióse rociamiento insecticida todas zonas maláricas país. Totalidad personal campo adiestrado debidamente ofrece cumplir ejecutar trabajos planes programados.

Tema 20: Informes de los Estados Miembros sobre sus condiciones y progresos sanitarios alcanzados en el período transcurrido entre la XIV y XV Conferencias Sanitarias Panamericanas (continuación)

El PRESIDENTE: Vamos a continuar ahora el examen del tema 20, a fin de que los señores delegados que aún no lo han hecho, presenten los informes orales sobre la situación sanitaria en sus respectivos países. El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Simplemente para rogar a la Presidencia que quede al criterio de las delegaciones si han de presentar o no esos informes orales, puesto que los países han remiti-

do documentos a la Oficina con los cuales se ha preparado un resumen a ese respecto. De esta manera, solamente consumirían turnos orales aquellos Delegados de países que creyeran necesario y conveniente añadir alguna consideración a sus informes escritos.

El PRESIDENTE: Tengo entendido que así es. Seguiremos el orden de precedencia. El Delegado del Uruguay tiene la palabra.

Informe del Delegado del Uruguay

El Dr. BERTOLINI (Uruguay): Me voy a referir a los adelantos que en materia de salud pública ha realizado el Uruguay en los últimos cuatro años. No es mi propósito extenderme, puesto que ya casi todos los señores delegados tienen un informe complementario del estadístico que remitimos oportunamente a la Oficina Sanitaria Panamericana. En él encontrarán, en lo que es pertinente, todas las modificaciones que en mayor o menor grado ha sufrido la evolución sanitaria de mi país.

Pero deseo destacar que en materia de adelantos, tratándose del más pequeño país de América del Sur, ubicado en un lugar, si se quiere, privilegiado de América, el Uruguay no tiene grandes problemas sanitarios. Por eso, más que nada, nos vamos a dedicar a hablar de un solo punto que creemos necesario destacar porque se trata de un programa de colaboración internacional y nacional para el mejoramiento de las colectividades rurales. Me refiero al programa de salud pública rural que está en marcha en mi país desde hace dos años y medio.

Antes de entrar en este tema, debo decir que entre los otros adelantos importantes figuran la erradicación del *Aedes aegypti*, a que ya hicimos referencia; el problema de la diabetes, sobre el que ya la Delegación del Uruguay presentó una ponencia; un programa de rehabilitación de inválidos que se va a iniciar este año, y el curso de adiestramiento de trabajadores sociales, que viene celebrándose desde hace cuatro años y ha preparado dos promociones.

Refiriéndome concretamente al programa de salud pública rural, he de señalar que, en la década de 1940 a 1950, el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública instaló, en colaboración con nuestro Gobierno, cinco centros de salud en varios departamentos del interior. Esos centros, además de prestar atención odonto-

¹Resolución XXXV, pág. 41.

lógica, se dedicaron al control de la tuberculosis, y de las enfermedades venéreas, al mejoramiento de las estadísticas y al saneamiento ambiental. Durante un período de diez años se prepararon en el extranjero unas quince personas, que se graduaron como inspectores sanitarios y se colocaron en los distintos departamentos.

En 1954, el Ministerio de Salud Pública firmó un convenio con la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF, destinado a desarrollar un programa de salud pública en otros cinco departamentos del interior, que comprendería la atención maternoinfantil, el control de las enfermedades transmisibles, el saneamiento ambiental y la educación sanitaria. Una vez cesara la colaboración internacional, al cabo de los años, este programa se llevaría a cabo con recursos exclusivamente nacionales, asumiendo el Gobierno del Uruguay la responsabilidad de su continuación.

El objetivo principal es hacer llegar los servicios de salud pública al mayor número de habitantes de los departamentos elegidos, para atender las necesidades sanitarias y asistenciales, concentrando la labor en la higiene maternoinfantil, el control de las enfermedades transmisibles, la educación sanitaria, el saneamiento ambiental, y el mejoramiento de las estadísticas demográficas y sanitarias.

Estos objetivos deben obtenerse a través de un plan de adiestramiento de personal profesional, técnico y auxiliar, de la organización de la comunidad y de la coordinación de los recursos y esfuerzos de las instituciones oficiales, semioficiales y privadas.

El plan de acción se está desarrollando en cinco departamentos que abarcan una población de 375.000 habitantes, y se estableció que debían realizarse las siguientes actividades: una encuesta sanitaria de las zonas seleccionadas; organización de las comunidades para obtener su participación activa y permanente en el plan; organización de servicios preventivos y curativos, tomando como base los servicios existentes del Ministerio de Salud Pública y de otros organismos oficiales, semioficiales y privados. Estos servicios, por establecer o reorganizar, deben comprender como mínimo la adecuada higiene y asistencia prenatal y postnatal; la higiene y asistencia infantil; el saneamiento ambiental; el control y profilaxis de las enfermedades transmisibles; y el mejoramiento de los servicios de enfermería, estadísticas,

educación sanitaria y laboratorio. Después se proyecta la creación de otros centros en el resto de la República.

Para el mejoramiento de las condiciones sanitarias y ambientales—y este es uno de los aspectos más importantes—el programa prevé la perforación de 200 pozos destinados a conseguir agua potable en los cinco departamentos; la creación de talleres para la construcción de letrinas o instalaciones sanitarias donde se carece de alcantarillado público; y el desarrollo de planes de saneamiento ambiental que comprenden el control higiénico de alimentos, la recolección y eliminación de basuras, el control de insectos y roedores y el mejoramiento de la vivienda. Además, se establece un programa de adiestramiento para personal profesional, técnico y auxiliar.

La organización y la administración estarán a cargo del Ministerio de Salud Pública.

¿Qué compromisos tiene nuestro Gobierno con los organismos internacionales? La Organización Mundial de la Salud tiene en mi país tres consultores: un médico especialista en administración de salud pública, un ingeniero sanitario y una enfermera de salud pública. Además proveerá el número de becas necesarias para adiestrar personal profesional.

El UNICEF proporciona equipo para las clínicas maternoinfantiles y para el programa de saneamiento, que ya está en marcha en nuestro país, aportación que alcanza un valor de \$130.000. Para el programa maternoinfantil, el UNICEF ha proporcionado algún equipo para instalar cinco centros departamentales, 15 centros auxiliares rurales y equipo para el Departamento de Educación Sanitaria. Este equipo consiste en camionetas, elementos para instalar clínicas maternoinfantiles, balanzas, artículos médicos, material de enseñanza, refrigeradores para vacunas, máquinas de escribir, microscopios, etc. Para el Departamento de Educación Sanitaria ha proporcionado algunos artículos, como multígrafos, máquinas grabadoras de sonido, generadores eléctricos, equipo de proyección cinematográfica, etc.

Y nuestro Gobierno, ¿con qué contribuye? Se ha asignado en el presupuesto la suma de 200.000 pesos anuales destinados exclusivamente a este programa. La organización de los servicios, como dije, incumbe al Ministerio de Salud Pública.

Con respecto al adiestramiento del personal, debemos decir que, en relación directa o indirecta con este programa, la Organización Mundial de

la Salud ha otorgado becas a personal técnico y profesional del país, y en el período de 1955 a 1958 se enviaron al extranjero 7 médicos, 10 enfermeras, 2 ingenieros, 2 médicos veterinarios, 2 estadígrafos y 5 oficiales de higiene ambiental.

Ahora bien, una parte importantísima del programa es la que se desarrolla con elementos nacionales, con órganos oficiales. En primer término, el convenio entre el Ministerio de Salud Pública y el Consejo Central de las Cajas de Asignaciones Familiares, suscrito el 19 de agosto, después de tres años de gestiones. Este convenio establece que el Ministerio de Salud Pública prestará servicios preventivos y asistenciales a beneficiarios de la Caja de Asignaciones Familiares en los centros de higiene maternoinfantil de estos cinco departamentos. Las Cajas de Asignaciones Familiares podrán facilitar o adquirir locales para prestar la atención más adecuada y el Ministerio de Salud Pública dispondrá del personal y de los elementos normativos y técnicos necesarios para facilitar la mejor asistencia a la embarazada y al niño, y en especial en el parto. Para eso, el Consejo Central de las Cajas de Asignaciones Familiares podrá adelantar hasta 500.000 pesos para atender esas necesidades y además podrá disponer de 120.000 pesos para la instalación de los centros.

Además, se han establecido convenios entre este programa y los Concejos departamentales. Uno de ellos es con el Departamento de Rivera, precisamente donde se estableció el primer centro maternoinfantil del programa de salud pública rural. Los Concejos se comprometen a organizar un taller sanitario departamental, a suministrar personal local, a colaborar con el personal del centro siguiendo un solo programa de higiene ambiental en todo el Departamento. Se comprometen además a dictar y hacer cumplir las disposiciones legales sobre higiene ambiental en relación con este plan. Destinarán, además, una suma mensual para materiales o efectos destinados a la construcción de letrinas y artículos sanitarios, para el pago de jornales, para colaborar en la provisión de agua potable en zonas suburbanas y rurales, para conceder becas a oficiales de higiene, etc.

Por último, está también el convenio con la Administración de Obras Sanitarias del Estado y el Instituto Geológico del Uruguay, que son los encargados de construir los pozos a que nos hemos referido anteriormente.

El adiestramiento del personal y la firma de los convenios antes mencionados permitirán continuar la organización de centros de salud en todos los departamentos de mi patria. Estos centros se encargarán, de inmediato, de la atención maternoinfantil que establece el convenio con las Cajas de Asignaciones Familiares y de la acción sobre las familias y sobre los núcleos de comunidades elegidos en las zonas urbanas, suburbanas o rurales. De este modo se podrán poner en ejecución inmediatamente los planes de saneamiento en lo que se refiere a la provisión de agua potable y eliminación de residuos. El plan de saneamiento exigirá, a breve plazo, la creación del Departamento de Ingeniería Sanitaria, a cargo de un ingeniero sanitario, que se designará próximamente, y el reforzamiento del Departamento de Unidades Sanitarias, que organizará y supervisará los centros creados. El éxito en la creación de estos centros dependerá del interés que presten las autoridades sanitarias y médicos locales, así como las comunidades.

Es un programa sumamente interesante que el Uruguay piensa terminar en dos años y medio, para luego hacerlo extensivo al resto de la República.

No quiero terminar mi exposición sin agradecer una vez más a los organismos especializados de las Naciones Unidas (UNICEF y Organización Mundial de la Salud) todo el apoyo que han prestado a este programa.

EL PRESIDENTE: El Delegado del Reino Unido tiene la palabra.

Informe del Delegado del Reino Unido

El Dr. SLINGER (Reino Unido) (*traducción del inglés*): En primer lugar, debo señalar que, desde la última Conferencia, diez de los territorios británicos del Caribe se han constituido en Federación, con el nombre de Federación de las Indias Occidentales Británicas, cuya capital provisional es Puerto España, Trinidad. La población total de estos diez territorios, la Guayana Británica y Belice, ascendía a fines de 1957 a unos 4.000.000 habitantes.

Se ha registrado un mejoramiento constante en las condiciones sanitarias del área, que se refleja en la continua disminución de las tasas brutas anuales de mortalidad y de las tasas de mortalidad infantil en todos los territorios. Las tasas brutas de mortalidad en 1957 oscilaron entre 14

por cada 1.000 habitantes en Santa Lucía, y 9,1 por 1.000 en Jamaica. En todos los territorios, menos dos, la tasa de mortalidad infantil fué menor de 100 por 1.000 nacidos vivos, siendo la menor en Jamaica con 54, Trinidad con 56,6, Antigua con 66,3 y la más elevada en Montserrat y Dominica, ambas con 107,02.

Por otra parte, la fecundidad sigue siendo muy elevada en toda el área, hecho que se refleja en las tasas anuales de natalidad. La tasa más baja se registró en Montserrat, con 25,99 por 1.000 habitantes y la más elevada fue en San Cristóbal-Nieves, con 47,8 por 1.000. Los territorios restantes tuvieron tasas de más de 30 por 1.000.

En *Antigua*, la fiebre entérica es endémica, pero no constituye un problema grave. La tuberculosis tiene una mortalidad de 20 a 50 por 100.000 habitantes. Las enfermedades venéreas son tratadas gratuitamente en los centros de salud, y en 1957 se registraron 23 casos de frambesia, que tampoco es un problema grave.

Hay mucho que hacer en Antigua en materia de saneamiento ambiental. El Dr. A. G. Friend, Ingeniero consultor de la OMS, realizó una encuesta en 1957 con la idea de proveer a cada vivienda de una buena letrina, como parte de un programa quinquenal. El programa, sin embargo, costará al Gobierno de Antigua más de lo que éste puede gastar por el momento.

La dieta es algo deficiente en proteínas y tal vez exista cierta malnutrición subclínica en Antigua. En los últimos cuatro años, el Gobierno ha ayudado a modernizar la industria pesquera, lo cual ha tenido por resultado un aumento gradual en la cantidad de pesca capturada y un consumo de 25 lbs. per cápita en 1957. Si este aumento continúa, como se espera, el problema de la dieta deficiente en proteína dejará de existir.

La leche que proporciona el UNICEF se ha venido distribuyendo desde 1955 y existe la impresión general de que este programa ha contribuido grandemente a mejorar la salud de la población. También hemos tenido dificultades en encontrar lugares convenientes para almacenar los grandes envíos de leche que se reciben cada vez; por esta causa se han echado a perder importantes cantidades.

En 1956 entró en vigor una nueva ordenanza sobre salud pública. En el mismo año se dictó una ordenanza sobre el seguro obrero. En 1955, se inauguró en St. Johns un nuevo centro de

salud y se construyeron dos dispensarios y tres viviendas para enfermeras.

En *Barbada*, el adelanto más importante fue la extensión de los servicios de centros de salud en las parroquias de St. Peter, St. Michael y St. Philip. La educación sanitaria constituye una actividad principal de los centros. Una clínica anti-venérea proporciona tratamiento gratuito y también tenemos clínicas prenatales e infantiles en las que se lleva a cabo un programa de inmunización de los lactantes contra la difteria, el tétanos, la tos ferina y la viruela.

Uno de estos centros cuenta con una eficiente clínica antituberculosa, dotada de servicio de radiografía, en la que se ha establecido la sede de la campaña de vacunación con BCG que se lleva a cabo en toda la isla. También tenemos un laboratorio de salud pública que ha recibido equipo y ayuda técnica de la OMS, y en el cual se hacen trabajos de laboratorio para las clínicas antituberculosa y anti-venérea, así como de bacteriología del agua, helmintología, parasitología y serología.

Se han promulgado una Ley de Salud Pública y una Ley de Asistencia Pública, y se ha nombrado un supervisor de enfermeras de salud pública y de parteras.

Se han concedido becas de la OMS a un médico para graduarse de "Master" en salud pública, a dos enfermeras para cursar estudios sobre pediatría y tuberculosis en Trinidad, a tres enfermeras de salud pública, y a dos técnicos de laboratorio para recibir adiestramiento en Trinidad y Jamaica.

Otras cuatro enfermeras o inspectores sanitarios obtuvieron becas anuales de las autoridades locales para recibir adiestramiento en la Escuela de Salud Pública de Jamaica.

El Ingeniero consultor de la OMS, que sirve de asesor en asuntos relacionados con saneamiento del medio, agua, etc., tiene sus oficinas en Barbada.

En *Dominica*, el personal del servicio materno-infantil ha sido aumentado y reorganizado. Las poblaciones de Grand Bay y Portsmouth, al igual que Roseau, cuentan ahora con enfermeras de salud pública idóneas y de experiencia.

En marzo de 1957 se inició una intensa campaña de lucha contra la frambesia, con la colaboración de la OMS y del UNICEF. La primera fase consistió en una campaña colectiva de inoculación destinada a cubrir toda la isla en 6 meses.

Debido a ciertas dificultades sólo se pudo aplicar tratamiento a 27.762 personas, lo que representa el 51,3% de la población. El programa se halla ahora en ejecución, gracias a la asignación de nuevos fondos.

En *Granada*, en 1954 se emprendió una campaña de vacunación con BCG con la colaboración de la OMS y del UNICEF, en la que se trataron 32.400 personas, vacunándose a 20.291 de ellas. Ahora se concede atención especial a la vacunación de los niños de corta edad y de grupos seleccionados de escolares, a la observación ulterior de los enfermos dados de alta y al examen por rayos X de los contactos. El sanatorio antituberculoso ha sido reformado y ampliado para 60 camas.

En 1954 se inició el plan de distribución de leche del UNICEF, que ahora abarca a 7.000 escolares, 3.000 niños de edad preescolar y 1.200 embarazadas o madres lactantes. Desde que el plan se puso en práctica ha habido un apreciable mejoramiento en peso y también ha mejorado el estado general de salud de los niños. La educación en nutrición va dirigida al hogar y se instruye al público en grupos, clubs y clínicas, mediante conferencias, películas y demostraciones, sobre el modo de mejorar la dieta y hacer el mejor uso de los alimentos de que se dispone.

En 1956 se inició un programa, con la colaboración de la OMS y el UNICEF, para el control de las enfermedades venéreas y la erradicación de la frambesia a base de administración de penicilina a toda la población. El territorio fue cubierto dos veces y se trató aproximadamente al 90% de la población.

Cuando la situación mejoró después de reparados los daños causados por un huracán a los suministros de agua en 1955, se introdujo la clorinación de los principales abastecimientos como medida permanente, y se procede al tratamiento periódico de otros suministros, siempre que, a juzgar por los hallazgos bacteriológicos, se considera necesario.

La Unidad de Ingeniería de Salud Pública ha llevado a cabo trabajos de drenaje en zonas de criaderos de *A. aquasalis* y prepara y distribuye a precio de costo, o gratuitamente en caso necesario, materiales prefabricados para la construcción de letrinas.

En la Escuela de Salud Pública de Jamaica se adiestraron cinco inspectores de salud pública, de

modo que en la actualidad todos los inspectores son especializados. Además, otro siguió un curso en inspección de carnes y otros alimentos.

En *Jamaica*, en 1954 se inauguraron los hospitales Falmouth y Princesa Margaret, que reemplazaron a edificios de madera más pequeños y anticuados. Se estableció una sala de aislamiento en el Hospital Kingston y un centro de rehabilitación en Mona, para los casos de poliomiélitis. Se nombró a un oficial médico principal especializado en higiene industrial. En 1955 se abrió un nuevo centro de salud y una nueva clínica prenatal e infantil. En 1957 se aprobó una subvención del Fondo para el Fomento y Bienestar, por valor de 162.000 libras, para ampliar el programa de centros de salud, y se abrió un nuevo centro.

Al terminar la campaña de vacunación con BCG en 1953, se inició en 1954 un programa de observación ulterior y se dieron cursos para preparar a enfermeras de salud pública en la labor sanitaria escolar.

En 1956 hubo tres oficiales médicos especializados, asignados al programa de control de la tuberculosis, y los casos hospitalizados recibieron el tratamiento de drogas y de otra clase. El resultado sobresaliente fue la rápida disminución en el número de defunciones, el mejoramiento del estado de ánimo de los hospitalizados y el movimiento constante de enfermos que recibían tratamiento rápido y se daban de alta.

Las unidades sanitarias móviles de la campaña contra la frambesia visitaron cuatro parroquias en 1954 y realizaron un progreso satisfactorio en el tratamiento de casos de esa enfermedad. Esta labor continuó en años subsiguientes y se hicieron planes para iniciar una campaña de erradicación de la frambesia y de lucha antivérea en toda la isla.

En 1955 se aprobaron dos programas complementarios de investigaciones de campo sobre nutrición.

La OMS concedió varias becas para seguir estudios de administración de servicios de enfermería de salud pública, malariología y control de insectos.

En 1956 se celebró en el University College de las Indias Occidentales Británicas la primera reunión del Comité Asesor Permanente de Investigaciones Médicas en los Territorios Británicos del Caribe.

La Escuela de Salud Pública de las Indias Occidentales Británicas se trasladó en 1957 a un edificio nuevo y moderno; se asignó un ingeniero sanitario al personal del Ministerio de Sanidad y se creó y cubrió el puesto de epidemiólogo.

En *Montserrat*, los casos de frambesia, que causaban considerable incapacitación, han disminuido de 293 en 1954 a 20 en 1957. Asimismo, y como resultado de una intensa labor de educación sanitaria, ha habido alguna reducción en el número de casos asistidos en las clínicas anti-venéreas del Gobierno.

La leche desnatada y desecada en polvo que suministra el UNICEF desde 1955, ha sido de incalculable valor, no solamente por proveer importantes factores nutritivos suplementarios, sino también como incentivo para conseguir la asistencia regular a las clínicas.

En 1957 se comenzó el programa de tratamiento oftálmico y de suministro gratuito de anteojos a los niños que asisten a las escuelas del Gobierno y a las personas indigentes.

En *San Cristóbal*, mediante el programa de construcción de letrinas se instalan unas 400 al año en casas privadas. Los dueños pagan \$6.00 por la excavación y se les suministran gratuitamente los asientos y planchas de concreto que prepara el Departamento de Salud.

Todos los centros de salud distribuyen a los niños de corta edad y madres lactantes la leche desecada en polvo que facilita gratuitamente el UNICEF. También se distribuye complejo de vitaminas A y B, pastillas de calcio y hierro y aceite de hígado de bacalao. Se ha registrado un mejoramiento general en la salud de los lactantes, y las defunciones por trastornos nutricionales en este grupo de edad han disminuido de 22 en 1954 a 8 en 1957.

La campaña de higiene de los alimentos ha realizado progresos continuos. Las personas que manipulan alimentos deben tener ahora un certificado de examen médico y deben someterse a éste cada 3 meses. Las tiendas de comestibles se inspeccionan regularmente y se exige que dispongan de instalaciones adecuadas de lavabos y letrinas.

En *Santa Lucía* se viene distribuyendo desde 1955 leche desecada y desnatada, suministrada por el UNICEF, a los escolares hasta la edad de 8 años, a embarazadas, madres lactantes y niños

de edad preescolar en instituciones médicas y clínicas.

En noviembre de 1957 se inició una campaña ampliada de lucha contra la treponematosi con la colaboración de la OMS y del UNICEF encaminada hacia la erradicación de la frambesia y el control de las enfermedades venéreas.

En *San Vicente* se comenzó una campaña ampliada contra las treponematosi en 1955, con la cooperación de la OMS y del UNICEF. Durante la etapa de tratamiento colectivo se administró penicilina a un 90% de la población. La labor parece haber tenido notable éxito, toda vez que, en comparación con los 5.420 casos de frambesia infecciosa que se calcularon al comenzar el programa, solamente aparecieron 4 casos en una encuesta realizada durante cuatro semanas en octubre de 1957.

En 1955 se comenzó un programa de prevención de la pertussis, de 5 años de duración. Al mismo tiempo se inmuniza contra la difteria y el tétanos mediante el uso de una vacuna triple.

En 1954, se inició un programa de suministro de leche proporcionada por el UNICEF, en el que participan 5.000 escolares, 1.000 niños de edad preescolar y 1.000 embarazadas y madres lactantes.

Los casos de tuberculosis pulmonar se atienden en el Hospital Antituberculoso (40 camas) de Montrose. Se ha registrado una mejoría considerable en los últimos cuatro años en cuanto se refiere a esta enfermedad.

La fiebre entérica es endémica y todos los años se presentan pequeños brotes. En 1957 se registraron 34 casos.

En *Trinidad y Tabago*, desde que terminó la campaña de vacunación con BCG en 1954, se ha intensificado la búsqueda de casos. Se cuenta ahora con una unidad móvil de rayos X y se administra la vacuna BCG a grupos seleccionados de población, incluso a lactantes y a escolares durante su primero y último años de asistencia a la escuela. Se ha observado una notable reducción en el número de casos notificados y en el de defunciones.

En Puerto España funciona 6 días a la semana un servicio antivenéreo completo, con instalaciones de laboratorio, para el público en general. Asimismo, en 13 clínicas de Trinidad y Tabago se facilita orientación y tratamiento gratuito. También se llevan a cabo investigaciones de con-

tactos. La labor realizada por la División de Enfermedades Venéreas ha dado por resultado una marcada reducción de la incidencia de la framnesia. En noviembre de 1957 se dio comienzo a una campaña de erradicación de esta enfermedad, con la colaboración de la OMS y del UNICEF.

La tasa de mortalidad por fiebre entérica ha disminuido gradualmente desde 1945, y en 1956 fue de 1,6 por 100.000 habitantes, la más baja que hasta ahora se ha registrado. También ha disminuido la incidencia de la enfermedad. Un mejor saneamiento, un sistema más eficaz de eliminación de heces, la investigación temprana de casos sospechosos y la rápida aplicación de medidas preventivas son los factores que han contribuido a que se alcanzara un grado satisfactorio de control.

En 1955, las Hermanas de la Caridad salieron de la leprosería por haber terminado su contrato, y fueron reemplazadas principalmente por personal local de enfermería. Se nombraron entonces un superintendente y una directora auxiliar con experiencia en actividades antileprosas adquirida en el extranjero. En 1956 se asignó un visitador sanitario principal a la División de Lepra para que se ocupara de la observación ulterior de los casos dados de alta, con lo cual ha mejorado el descubrimiento de los contactos. Los esfuerzos realizados para la rehabilitación de los enfermos han tenido bastante éxito.

Se registraron brotes de poliomiélitis en 1954 (189 casos) y en 1957 (274 casos). Afortunadamente, las manifestaciones fueron benignas y se notificaron pocas defunciones. Después del último brote se obtuvo una cantidad limitada de vacuna Salk, que se utilizó para proteger a grupos seleccionados de la población. Durante ese año se administraron 29.355 vacunaciones.

El programa de suministro de leche del UNICEF comenzó en febrero de 1955. En 1957 se atendió a 2.251 niños de edad preescolar, 2.000 embarazadas y madres lactantes y 32.975 escolares.

Se construyeron nueve centros de salud y se establecieron diez clínicas prenatales y de bienestar infantil.

En 1957 se nombraron dos oficiales médicos auxiliares, lo cual permitió intensificar considerablemente la labor de atención médica en las escuelas.

En 1957 se realizó un estudio preliminar de las leyes médicas y sanitarias de Trinidad y Tabago.

Se encargó de ese estudio el Jefe de la División Jurídica del Departamento de Sanidad Nacional y Bienestar del Canadá, quien vino a solicitud del Gobierno, y por mediación de la OMS, para asesorar sobre la revisión, modernización y codificación de dichas leyes.

La gravedad del problema de la vivienda ha obligado al Gobierno a emprender una vigorosa campaña de construcción. Además de los incentivos concedidos a las empresas privadas, se ha realizado un progreso substancial en la eliminación de viviendas insalubres, gracias al esfuerzo de los mismos interesados y a la concesión de préstamos a particulares y de terrenos para construir casas.

En la *Guayana Británica*, con la ayuda del UNICEF, se estableció un plan de alimentación suplementaria a fin de luchar contra la malnutrición entre los escolares. Un 20% de los niños (cerca de 20.000) recibieron una refacción de leche y galletas enriquecidas con levadura en cada día escolar. Los resultados fueron notables en lo que se refiere a suprimir los síntomas manifiestos de desnutrición y a aumentar la energía, vigor y aplicación de los alumnos.

En 1955 se emprendió un programa piloto para determinar la eficiencia del "Banocide" como agente quimioterapéutico para eliminar las microfiliarias de la sangre periférica del ser humano. Un examen preliminar reveló que del 25 al 30% de los habitantes de las zonas seleccionadas se encontraban infectados. En repetidas pruebas sanguíneas, después del tratamiento, se comprobó la desaparición de las microfiliarias de la sangre en casi el 100% de los casos tratados. El programa se ha extendido a varias zonas. Oportunamente se organizará una campaña que abarcará toda la colonia.

En 1954 se dio comienzo a una campaña de vacunación colectiva con BCG. Desde entonces, 227.534 personas se han sometido a la prueba y 118.138 (52%) de éstas, que resultaron ser tuberculonegativas, han sido vacunadas.

En *Bélice* se llevó a cabo en 1955 un programa de vacunación con BCG, con la colaboración del UNICEF. Unas 48.900 personas fueron tratadas y 23.000 recibieron vacuna.

Se facilitó a todos los niños la inmunización contra la viruela, la difteria, el tétanos, la pertussis, la fiebre amarilla, la fiebre tifoidea y la tuberculosis.

El Servicio Móvil de Salud se inició en 1955 y sirve a 54 centros del país, en camión por las carreteras y en lancha por la costa. Unos 2.700 niños recibieron leche gratis en estos centros.

En 1954 se restableció la Junta Central de Sanidad.

El personal de enfermería de salud pública ha sido relevado de las funciones curativas y actúa únicamente en calidad de asesor en materia de salud.

El primer seminario sobre educación sanitaria tuvo lugar en 1956 y ahora se celebra todos los años. Participan en él maestros, enfermeras de salud pública e inspectores sanitarios, con la particularidad de que ahora se concede más atención a la educación sanitaria y se ha conseguido mayor colaboración entre estos funcionarios durante el año.

Se suspende la sesión a las 17 h. y se reanuda a las 17 h. 20 m.

El PRESIDENTE: El Delegado del Reino de los Países Bajos (Surinam) tiene la palabra.

Informe del Delegado del Reino de los Países Bajos (Surinam)

El Dr. VAN DER KUYP (Reino de los Países Bajos—Surinam) (*traducción del inglés*): Surinam, anteriormente conocido por Guayana Holandesa, tenía una población de 270.000 habitantes a fines de 1957. La tasa de mortalidad fue de 11,2 y la de natalidad de 39,5 por 1.000 habitantes. La mortalidad infantil ascendió a 53 por 1.000 nacidos vivos en 1957.

Hay 137 médicos, es decir, uno por cada 2.000 habitantes. Aproximadamente el 55% de ellos están al servicio del Gobierno; el 28% son especialistas.

La Oficina de Salud Pública, establecida en 1944, cuenta en la actualidad con 350 funcionarios. Se está adaptando un nuevo edificio para instalar en él la mayoría de las divisiones de la Oficina.

La División de Salud Pública del Servicio Técnico Cooperativo de Surinam, de la Administración de Cooperación Internacional de los Estados Unidos, inició sus actividades a principios de 1955. Actualmente, el grupo norteamericano de asesores consta de un médico, un ingeniero sanitario, un educador sanitario y una enfermera de salud pública. Está organizando programas sanitarios de demostración en zonas rurales y mediante pro-

gramas en Surinam y en el extranjero contribuye a adiestrar el personal que se necesita.

El UNICEF y la Oficina Sanitaria Panamericana han ayudado a Surinam en el programa de erradicación del *Aedes aegypti* y en la ejecución de una campaña de inmunización colectiva con BCG. Ahora colaboran en la erradicación de la malaria y en el suministro de excedentes de leche desecada de los Estados Unidos.

Nueve becarios de la Organización Mundial de la Salud estuvieron algún tiempo en Surinam estudiando en el Servicio de Lepra.

Una encuesta dietética efectuada en 4.605 personas, clasificadas por razas y grupos de ingresos, reveló los siguientes datos per cápita, y por día, y en porcentajes según las normas establecidas por el Consejo Nacional de Investigaciones de los Estados Unidos: calorías, 2.442, (119%); proteína de origen animal, 12 g.; proteína total, 57 g., (95%); calcio, 0,4 g., (44%); hierro, 17 mg., (150%); vitamina A, 2.820 unidades internacionales, (69%); tiamina, 1,4 mg., (123%); vitamina C, 56 mg., (85%).

Nunca se ha encontrado *Escherichia coli* en el abastecimiento de agua potable de la capital. El número de bacterias ha sido de 1-6 por ml. El año pasado, el agua escaseó a causa de las numerosas viviendas nuevas construidas en los suburbios.

Para resolver esta deficiencia, hace unos meses comenzó a funcionar una nueva planta de filtración en la ciudad. Con la ayuda de la Administración de Cooperación Internacional se ha podido mejorar el suministro de agua en muchas zonas.

La nueva legislación referente a construcciones, que entró en vigor a principios de 1957, garantiza nuevas viviendas adecuadas para el futuro y tiende a eliminar el hacinamiento en la capital.

La mortalidad por tuberculosis fue de 7,2 por 10.000 habitantes en 1940, 1,9 en 1953 y 1,6 en 1957. Con la cooperación del UNICEF y de la Oficina Sanitaria Panamericana, en 1955-56 se llevó a cabo una campaña de inmunización colectiva con BCG. Se realizaron pruebas de Mantoux en unas 108.000 personas, examinándose después 95.042 (88%). Se vacunó con BCG a 55.521 personas. El porcentaje de pruebas positivas de Mantoux fue el siguiente: 8,2 en personas de 1 a 6 años de edad; 30,3 en el grupo de 7 a 14 años; y 69,4 en las mayores de 14 años.

Gracias al tratamiento con DDS, el número de pacientes recluidos en las tres leproserías dis-

minuyó de 509, hace cuatro años, a 268. La leprosería del Gobierno ha sido modernizada. La escuela para niños afectados de lepra tuberculoide y casos sospechosos, inaugurada en 1931, fue cerrada en julio de 1958, ya que solamente había seis niños matriculados.

El número de casos nuevos de malaria en la zona costanera fue de 13.788 en 1931, 769 en 1953 y 288 en 1957. Por otra parte, la malaria es holoendémica en el interior e hiperendémica en algunas zonas de las sabanas. El programa de erradicación de esta enfermedad se inició en Surinam en 1957, con la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana, el UNICEF y la Oficina de Planificación, procediéndose en primer lugar al adiestramiento de personal y a la preparación de nuevos mapas del país mediante fotografías aéreas y el reconocimiento terrestre.

La cobertura total mediante rociamiento comenzó en la zona costera y en las sabanas en mayo de 1958, utilizándose DDT en dos ciclos anuales. En el interior, donde se usa el dieldrín en ciclos anuales, el rociamiento se inició en julio.

En 1949 se emprendió un programa de tratamiento colectivo contra la filariasis. De dicho año a 1951 se examinó un total de 50.861 habitantes en la capital, de los cuales el 17,4% tenían *Microfilaria bancrofti* en la sangre. Terminado el tratamiento colectivo, durante el cual se suministraron mosquiteros a los enfermos y portadores y se aplicó rociamiento residual a las casas, se efectuó un segundo examen de 45.191 personas, de 1954 a 1956, que reveló que el porcentaje de las que tenían *Microfilaria bancrofti* había disminuido a 6,1. La tasa parasitaria en el mosquito *Culex quinquefasciatus* bajó de 25,6% en 1949 a 1,6%.

La esquistosomiasis (*mansoni*) es endémica en las zonas pantanosas de la costa, donde abundan los moluscos. El gusano se encuentra especialmente entre los hindúes que cultivan plantaciones de arroz. La enfermedad no existe en la región de la sabana ni en el interior, ya que en esas zonas no se encuentra el caracol huésped intermediario (*Australorbis glabratus olivaceus*).

En 1957, con la ayuda de la ICA se llevó a cabo una encuesta en unas 4.000 personas que vivían en la zona endémica. Se observó que el 9,9% de ellas tenían huevos de *Schistosoma mansoni* en las heces y el 13,5% tuvieron una reacción cutánea positiva. A medida que se construyen más carreteras en la región de la costa, la esquistoso-

miasis pasará a ser uno de los problemas sanitarios más graves de Surinam.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado del Reino de los Países Bajos (Antillas Neerlandesas).

Informe del Delegado del Reino de los Países Bajos (Antillas Neerlandesas)

El Dr. LINSCHOTEN (Países Bajos—Antillas Neerlandesas) (*traducción del inglés*): Las Antillas Neerlandesas son 6 pequeñas islas con una población de 200.000 habitantes y una extensión total de aproximadamente 1.000 km², por lo cual es fácil llevar a cabo encuestas que abarquen toda la población. El número de médicos es muy elevado: uno por cada 1.500 habitantes. Se proporciona tratamiento médico gratuito a los indigentes y, en general, se puede obtener fácilmente atención médica. Por consiguiente, no hay dificultades para investigar los casos de enfermedades transmisibles y para impedir su propagación.

En los cuatro últimos años, la mortalidad infantil no ha pasado de 21 por 1.000 nacidos vivos y la tasa bruta de mortalidad de 5 por 1.000 habitantes.

Las enfermedades tropicales no constituyen problema. Ninguna de las seis enfermedades cuarentenables ha aparecido durante el período a que nos estamos refiriendo.

No hay malaria indígena. No se han registrado casos de frambesia desde hace años. La lepra tiene baja incidencia. No se registran más de 30 casos, la mitad de los cuales son dados de alta, pero continúan bajo supervisión. Los casos sospechosos son informados y examinados por un comité especial. De confirmarse el diagnóstico, se procede al aislamiento, como medida obligatoria, en la leprosería del Gobierno de Curazao. Hasta hace pocos meses, se daba de alta a enfermos cuando dejaban de ser infecciosos y los exámenes de laboratorio eran negativos durante dos años, pero ahora este período se ha reducido a seis meses.

La poliomiélitis no afecta a nuestro país todos los años. La última epidemia ocurrió en 1956, registrándose 25 casos. Posteriormente, cerca del 98% de los niños de 6 meses a 12 años de edad fueron vacunados gratuitamente con la vacuna Salk.

Las enfermedades diarreicas, en particular la shigelosis causada por el bacilo de Flexner, están

estrechamente relacionadas con el saneamiento del medio; constituyen, pues, uno de los principales problemas de salud pública. Todavía existen viviendas insalubres sin cañerías de agua y sin alcantarillado. Sin embargo, el Gobierno ha iniciado un amplio programa de construcción de viviendas adecuadas a bajo costo. En Curazao se están construyendo actualmente 1.500 de estas viviendas. A este respecto, consideramos que es esencial intensificar la educación sanitaria del público.

Un problema importante es el suministro de agua potable. La lluvia es escasa y la mayor parte del agua que proviene de ella desaparece rápidamente, bien sea en el mar o en el terreno rocoso. El Gobierno procede actualmente a construir más instalaciones para destilar el agua potable.

Las enfermedades venéreas ocurren con más frecuencia de la que sabemos. Existe la dificultad de que la notificación de estas enfermedades no es obligatoria. Las prostitutas se encuentran registradas y son examinadas y tratadas semanalmente por nuestro Servicio de Salud Pública, pero esto no parece ser suficiente para lograr el control de las enfermedades venéreas.

Los problemas de la higiene mental son muy importantes para nuestro país. Debido al establecimiento de refineras de petróleo hace unos 30 años, las condiciones económicas mejoraron rápidamente, lo cual hizo surgir, como ocurre siempre en la sociedad moderna el problema de la adaptación social y mental. Desgraciadamente, la falta de personal debidamente preparado ha impedido la ejecución adecuada de actividades necesarias en este aspecto. Hemos de señalar, por otra parte, que en 1957 se celebró en Aruba el primer Congreso de Higiene Mental del Caribe.

El Gobierno tiene que hacer frente a un rápido crecimiento de la población, lo cual también se debe al mejoramiento en las condiciones sanitarias. La población se ha triplicado en los últimos treinta años.

Durante el período que se examina, se ha concedido especial atención a la higiene maternoinfantil. Las visitas a nuestros dispensarios de consulta de este servicio van aumentando rápidamente. En los últimos cuatro años se han establecido varios centros de salud. En el futuro cercano se atenderá también especialmente a la higiene del turismo.

Señores delegados: muchos de vuestros servicios de salud tienen que resolver problemas enor-

mes comparados con los cuales las dificultades del Servicio de Salud Pública de las Antillas Neerlandesas son de importancia secundaria. Quiero expresar mi admiración por el entusiasmo y la energía con que se atienden esos problemas en vuestros países.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Haití.

Informe del Delegado de Haití

El Dr. NICOLAS (Haití) (*traducción del francés*): Quiero aprovechar esta oportunidad para poner en conocimiento de los señores delegados lo que se ha hecho en Haití durante los últimos años. Hablaré en primer lugar de la frambesia. Como ustedes saben, la frambesia ha sido siempre una enfermedad endémica en Haití, y aun cuando no se cuenta con estadísticas bien precisas, se puede decir que más de un 70% de la población sufría de ella. En 1951 se organizó un programa gracias al cual Haití se encuentra a la vanguardia de la erradicación de la frambesia. La campaña se ha realizado mediante el empleo de penicilina, que se administraba en los centros y se proporcionaba a todas las personas. Se vió luego que esta campaña no daba todos los resultados deseados por cuanto ciertos casos escapaban al control y, por lo tanto, fue necesario hacer una campaña más integral.

En la última reunión que tuvo lugar en Puerto Príncipe, vimos que se habían podido obtener buenos resultados. Debo indicar que la campaña, que prosigue en la actualidad, ha permitido que ahora tengamos un porcentaje sumamente bajo. Por lo tanto, no podemos dejar pasar esta oportunidad sin expresar nuestro agradecimiento a la Organización Mundial de la Salud, a la Oficina Sanitaria Panamericana y a todos los organismos que nos han prestado su colaboración en esta campaña.

Además de la frambesia, tenemos todavía problemas sumamente importantes en Haití, tales como el de la malaria. Como ya se indicó en una sesión anterior, la malaria es endémica en nuestro país, y el primero de septiembre de este año se inauguró con todo el fausto necesario la campaña para su erradicación. Y, de acuerdo con los primeros datos que hemos recibido, ha tenido la acogida más calurosa y esperamos así obtener los mejores resultados posibles. El *Anopheles albi-*

manus, que es el mosquito que tenemos en Haití, no es resistente al dieltrín.

Como ya hemos señalado, la campaña de la frambesia continúa y no se puede hablar todavía de erradicación completa, porque hay ciertos casos aislados. Pero el personal encargado de esta labor se encarga al mismo tiempo de un programa antivariólico; y por lo tanto, las posibilidades de encontrar más casos son mayores. La población de casi todas las aldeas de la costa ha recibido la vacuna antivariólica. La campaña continúa normalmente y esperamos poder presentar ulteriormente un informe.

Del Instituto de Nutrición que va a comenzar a funcionar este mes esperamos los mejores resultados. En Haití la situación económica es relativamente mala y para muchos de nuestros habitantes no es posible ajustarse a condiciones dietéticas adecuadas. En realidad, no tienen los medios básicos para obtener una buena alimentación. Esperamos, por lo tanto, que este nuevo Instituto de Nutrición contribuirá a mejorar la situación.

Además, en Haití hemos iniciado una amplia campaña de medicina rural. El Presidente de la República ha estudiado todos los detalles de esta campaña, y la población aprecia su importancia y presta su cooperación.

Estos problemas sanitarios ocupan en el presupuesto de nuestro país un lugar que, si bien no es el primero, es muy importante. Se ha asignado para esas actividades la suma de \$6.000.000, y esperamos que con estos fondos podremos obtener resultados satisfactorios.

Se dictó una ley en virtud de la cual todos los médicos jóvenes que en general no se interesan por los centros rurales, es decir, los estudiantes de medicina después de graduarse, deben pasar por lo menos dos o tres años en un hospital para especializarse, o bien trabajar dos años en los servicios rurales de salud pública.

Desgraciadamente, la preparación desde el punto de vista de la salud pública, no ha sido adecuada ni lo es todavía, pero de todas maneras se ha tratado de enfocar este problema de la medicina rural, y hemos obtenido ya algunos resultados. En todo caso, deseamos mejorar las condiciones y queremos introducir la salud pública en nuestras campañas. Yo confieso que esta tarea es sumamente difícil para nosotros, porque nos falta personal. Nuestros medios financieros

no nos permiten atacar el problema en forma integral, pero hemos hecho cierta labor de planificación y esperamos, por lo menos, cubrir toda la República, proporcionando los médicos necesarios, e introducir en las zonas rurales las nociones de higiene que hasta ahora faltaban.

¿Cuáles son, pues, los problemas en las zonas rurales? Son más o menos los mismos que persisten en los países tropicales con una situación económica no floreciente. Se trata de los parásitos intestinales, la falta de educación sanitaria y la persistencia de condiciones sanitarias lamentables. Además, las condiciones de la vivienda no son satisfactorias.

Por todas estas razones, nosotros queremos enfocar el problema y resolverlo. Tenemos tanta escasez de personal que lamentamos sinceramente que no se lleve a cabo el proyecto que se había previsto inicialmente en el presupuesto de la Organización para 1959, y que hubiera proporcionado los servicios de un nuevo consultor, un ingeniero sanitario, una enfermera de salud pública y otro funcionario para Haití. Esperamos, en todo caso, que esto pueda llevarse a la realidad en 1960. Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para mejorar las condiciones.

Gracias a la Administración de Cooperación Internacional de los Estados Unidos hemos podido desarrollar un proyecto piloto en el norte del país. El Gobierno de Haití tiene el firme propósito de efectuar el desarrollo integral de dicha región. Si este proyecto se materializa, como yo espero sinceramente, entonces podremos tener allí un buen campo de demostración e investigación. Nosotros procuraremos que sea lo mismo que el programa que se lleva a cabo en El Salvador. Por ejemplo, podríamos preparar allí a nuestro personal y adquirir experiencia.

Respecto a los distintos métodos que deben aplicarse en las zonas rurales, si se lleva a cabo ese programa, creemos que dado el tiempo que hemos dedicado a esta tarea y las esperanzas que tenemos en su éxito, podremos conseguir los resultados deseados en toda la zona del norte del país. Como nos falta personal, con la ayuda de la Oficina Sanitaria Panamericana estamos estudiando la posibilidad de reorganizar la Escuela de Medicina de Haití. Sabemos, por el presupuesto aprobado en principio para 1960, que tendremos dos consultores para esta reorganización. Esto es bien poco, pero de todas maneras estamos sumamente complacidos, porque creemos que es un

buen comienzo. Esperamos continuar beneficiándonos de la valiosa aportación de la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana, que nos ayudan a preparar nuestro personal y resolver todos nuestros problemas de salud pública.

El PRESIDENTE: El Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

Informe del Delegado de los Estados Unidos

El Dr. BURNLEY (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Permítaseme expresar la apreciación personal de nuestra Delegación, así como la de nuestro Gobierno, por el excelente informe *Resumen de los Informes sobre las condiciones sanitarias en las Américas*, preparado por el Director y su muy competente personal. Quiero felicitar especialmente al Dr. Soper, de quien sé que ha dedicado gran atención y esfuerzo a la preparación de este informe. Es completo y estimulante para todos nosotros. Y escuchando los informes de los demás países de nuestra Organización, me parece que tenemos motivos para sentirnos orgullosos de los grandes progresos realizados en los últimos cuatro años. Estoy seguro de que ninguno de nosotros está plenamente satisfecho con el progreso alcanzado, y así debe ser. Nunca debemos darnos por satisfechos, pero me parece que examinando la situación de manera más objetiva, podemos enorgullecernos de los esfuerzos, las actividades y los resultados del empeño de todos nosotros al servicio de los pueblos de nuestros países.

Este informe, además, permite que cada uno de nosotros contemple a su país en la perspectiva de todo el Hemisferio y vea no tan sólo lo que se ha hecho en el pasado, sino también lo que podríamos hacer y hacia dónde deberíamos ir en el futuro. En mi país, como en la mayoría de los países de las Américas, si no en todos, han ocurrido cambios demográficos muy importantes que han ejercido notable influencia tanto en la planificación como en el desarrollo de nuestros programas sanitarios. A partir de la segunda guerra mundial hemos tenido una tasa de natalidad muy elevada. En los años que siguieron a la primera guerra mundial, la tasa de natalidad disminuyó. No ha sucedido así en los Estados Unidos después de la segunda guerra mundial y, en consecuencia, tenemos más de cuatro millones de nacimientos cada año.

Al mismo tiempo, y en gran parte como resultado de los programas de salud pública y atención médica de nuestro país, observamos que la duración de la vida se alarga y, por lo tanto, tenemos un gran aumento en el número de personas que llegan a edad avanzada; las perspectivas para el futuro son que haya un mayor grupo de población en las edades de 0 a 15 años y otro grupo de edad, más numeroso, de personas mayores de 65 años. Por ejemplo, ahora tenemos unos 15 millones de habitantes mayores de 65 años de edad, y los estadísticos estiman que para 1970 tendremos aproximadamente 20 millones de habitantes mayores de esa edad. La expectativa de vida al nacer, como resultado del éxito en el control de las enfermedades transmisibles, la mejor atención prenatal y de los lactantes, y la mejor atención médica en general, se ha elevado a 70 años aproximadamente.

Debe señalarse, sin embargo, que la expectativa de vida más allá de los 50 años ha aumentado muy poco en las cinco últimas décadas. Por ejemplo la expectativa de vida de un hombre de 50 años de edad es, en la actualidad, sólo unos tres años mayor de lo que era en 1900. En otras palabras, hemos logrado controlar las enfermedades de la infancia, pero no hemos realizado muchos progresos en nuestros esfuerzos por prevenir o curar las enfermedades de la vejez y, por consiguiente, no hemos prolongado en mayor proporción la expectativa de vida en los grupos de edad avanzada.

En otras características de la población de mi país ha habido cambios que estoy seguro son comunes a la mayoría, si no a todos, los demás países de nuestra Organización. La población de mi país se ha convertido en urbana y suburbana, a diferencia de antes, cuando era primordialmente rural. Hace tan sólo unos 15 a 20 años, aproximadamente el 55% de nuestra población vivía en comunidades urbanas y el 45% en comunidades rurales. Ahora, más del 60% de la población vive en zonas urbanas o suburbanas y menos del 40% en comunidades rurales. Nuestra economía se ha transformado de rural en industrial. Y como ustedes se habrán percatado, todos estos cambios ocasionan problemas de salud que tendremos que resolver en los años venideros; y esto nos hace ver que no podemos sentirnos plenamente satisfechos con los progresos realizados.

Es indudable que las enfermedades de la in-

fancia no han sido erradicadas en nuestro país, y es problemático que puedan erradicarse algún día. Pero puede decirse que en gran parte están sometidas a control, aunque es desconcertante encontrarnos de vez en cuando en una de nuestras colectividades con una epidemia de difteria o de tos ferina, epidemias que se deben especialmente a la indiferencia de los padres que no se preocupan de conseguir los conocidos y acreditados medios de inmunización. Creo que esta es una de las cosas contra las cuales debemos prevenirnos, sobre todo ahora que tendemos a prestar mayor atención a algunos de los nuevos problemas sanitarios. Reconozco que con los limitados medios económicos y de personal de que disponemos cada uno de nosotros, es difícil establecer la prioridad adecuada entre algunos de estos problemas. Sobre nuestro Gobierno Nacional, al igual que sobre los servicios estatales y locales de salubridad, se ejerce presión para que nuestro personal y nuestros recursos se empleen en los problemas más recientes, tales como los de las enfermedades crónicas, la vejez y la prevención de accidentes; pero al mismo tiempo nos vemos obligados a mantener ciertos servicios para lo que llamaremos actividades más corrientes. Entre éstas figura, por supuesto, el saneamiento del medio, así como el control de enfermedades transmisibles.

Nos sentimos muy complacidos con los resultados de la vacuna Salk como medida preventiva contra la poliomielititis parálitica. Hasta ahora hemos tenido una incidencia un poco más alta de la forma parálitica de esta enfermedad que el año pasado. Esta incidencia, sin embargo, ocurre principalmente en dos o tres áreas, una de las cuales es el condado de Wayne, Michigan, en que está situada la ciudad de Detroit. Según el último informe que he recibido, se habían registrado más de 400 casos de poliomielititis en dicha zona. Sin embargo, hasta cierto punto nos satisfizo enterarnos por las autoridades sanitarias, de que a pesar del alto número de casos paráliticos—aproximadamente el 35% de los casos han sido paráliticos y se han registrado 10 defunciones—no había ningún paciente, entre los casos paráliticos ni entre los fatales, a quien se hubiera administrado el curso completo de la vacuna Salk. En cambio, creo que no dice mucho en favor de los que trabajamos en salud pública el hecho de que haya podido ocurrir una epidemia de esta naturaleza en esa área, y en otras, cuando teníamos

medios para prevenir la mayoría de los casos. Seguimos creyendo, sobre la base de la experiencia obtenida durante varios años con la vacuna Salk, que si se administran las tres inyecciones en un período de siete meses, se pueden prevenir del 75 al 85% de los casos paráliticos. De modo que tenemos a nuestra disposición los medios para prevenir toda una vida de grave incapacitación física y, sin embargo, nos encontramos con que no hemos podido lograr la aceptación y el empleo universal de una práctica tan conveniente.

No puedo culpar enteramente de esta situación al personal de salud pública, ya que cabía esperar que los padres y otras personas responsables se hubieran interesado y hubieran tomado las medidas necesarias; pero esto nos hace pensar en la posible conveniencia de examinar algunas de nuestras actividades de educación sanitaria y de organización de la comunidad, y tal vez recurrir a expertos en otras disciplinas para que nos ayuden a evaluar si estamos utilizando debidamente a nuestro personal y las técnicas educativas. Tal vez tendríamos mucho que aprender de esos expertos y lograríamos así persuadir al público que utilizara algunas de estas medidas de protección.

El año pasado, como ustedes saben, tuvimos una epidemia de influenza asiática. Deseo manifestar que gracias a los medios de la Organización Mundial de la Salud, a través de sus oficinas regionales, en los Estados Unidos y en muchos otros países pudimos predecir la epidemia antes de que apareciera en ellos, y prepararnos para combatirla con las vacunas y otros procedimientos que resultaron útiles. He de señalar que la prensa, la radio y la televisión de los Estados Unidos reconocieron plenamente esta importante aportación de la Organización Mundial de la Salud, y que se puso de relieve que esto constituía otro ejemplo de la conveniencia—incluso de la absoluta necesidad—de la colaboración internacional en materia de salud.

En los Estados Unidos, con la colaboración de la Asociación Médica, la Asociación Americana de Hospitales y otros grupos, entre ellos la industria farmacéutica y el Centro Médico del Ejército, pudimos lograr la nueva cepa de influenza, producir la vacuna y tenerla lista para la venta antes de que apareciera en el país el primer caso de influenza asiática. Esto no habría sido posible sin las valiosas informaciones recibi-

das de la OMS y la excelente colaboración de todos los organismos y grupos que he citado. Quiero hacer constar, pues, lo que debemos a la Organización Mundial de la Salud por esta gran ayuda.

Todavía tenemos bastantes casos de encefalitis en varias áreas de nuestro país. En muchas tenemos todavía casos de rabia, a pesar de que sabemos que con los procedimientos de control y vacunación, la rabia se puede evitar. No hay muchas defunciones por esta causa, pero numerosas personas han sufrido el dolor y las molestias consiguientes del tratamiento Pasteur, con un costo que asciende anualmente a millones de dólares. Tal vez esto constituye una muestra más de la deficiencia de nuestros métodos de educación sanitaria y de la apatía del público. Creo que debemos asumir la responsabilidad de procurar que esos dos problemas se resuelvan y de aplicar con mayor éxito los conocimientos de que disponemos.

La tuberculosis dista mucho de ser en los Estados Unidos el problema que fue en el pasado. En los últimos 15 años hemos realizado una labor muy intensa de búsqueda de casos, sometiendo a éstos a tratamiento y observación posterior por los servicios de enfermería de salud pública. Como resultado de esta labor, ha disminuido enormemente la incidencia de tuberculosis, excepto en ciertos grupos de población.

La División de Tuberculosis del Servicio de Salud Pública ha realizado ciertos estudios relativos a la profilaxis de la enfermedad en contactos primarios de casos, empleando isoniacida. No puedo afirmar que en estos estudios se haya llegado a conclusiones positivas en el momento actual; pero hay indicios de que la isoniacida es un medio eficaz para disminuir la tuberculosis de contacto, especialmente cuando se trata de casos infecciosos o de otro tipo, así como del viejo tipo fibroso en que el individuo infectado puede vivir con la dolencia, pero puede infectar a gran número de personas. Sin embargo, creo que tampoco en este aspecto podemos disminuir nuestros esfuerzos.

Las enfermedades venéreas habían descendido a un nivel muy bajo en casi todo el país como resultado de las medidas impuestas por la guerra y por la necesidad de mejorar los servicios. Pero habiéndose asignado a otras actividades al personal que se dedicaba a combatir estas enfermedades, disminuyó la labor de búsqueda y tratamiento de casos y en los últimos dos años

hemos observado que tanto la sífilis como la blenorragia constituyen nuevamente un problema en ciertas áreas de los Estados Unidos. No se trata de aumentos importantes, sino de brotes locales, pero nos recuerdan que las enfermedades infecciosas no han sido erradicadas. No se hallan controladas por completo y, a pesar de los nuevos problemas de que debemos ocuparnos, hemos de continuar manteniendo nuestras actividades en muchos de estos otros aspectos.

No conozco mejor ejemplo de nuestro exceso de confianza que el hecho de que, mientras presumimos de haber dominado el medio y establecido la supremacía del hombre sobre ese medio y sobre los microorganismos de todas clases, hayan aparecido infecciones estafilocócicas en los hospitales. Esto constituye ya un problema tan grave en los Estados Unidos que, a solicitud de varias instituciones sanitarias nacionales, el Servicio de Salud Pública convocó un grupo de unos ciento veinticinco expertos de todas las partes del país en nuestro Centro de Enfermedades Transmisibles, hace unos diez días, para determinar los aspectos de este nuevo problema sanitario. ¿Cuáles son las prácticas aceptadas en los hospitales y que pueden disminuir las posibilidades de contraer infecciones estafilocócicas? ¿Cuáles son los aspectos que se desconocen? ¿En cuáles se deberían concentrar las investigaciones con el fin de encontrar soluciones para algunos de los problemas con los cuales nos enfrentamos? Estos fueron algunos de los puntos tratados.

Esa reunión dio un resultado sumamente satisfactorio. Adoptamos algunos acuerdos concretos respecto a lo que debe hacerse en los hospitales para impedir las infecciones estafilocócicas y también llegamos a establecer ideas definidas acerca de lo que nos falta conocer y de la necesidad de realizar investigaciones en esos aspectos. Creo que alrededor del 15 de octubre dispondremos de ejemplares de los documentos de esa reunión, y tendré sumo placer en facilitarlos, por conducto de la Oficina Sanitaria Panamericana, a cuantos deseen conocerlos.

Los problemas de la vejez y de las enfermedades crónicas figuran, por supuesto, entre los más importantes, y una vez más hemos de reconocer, al estudiar estos nuevos problemas sanitarios, que por lo menos en mi país, los que trabajamos en salud pública no tenemos que hacer una aportación total como la que hicimos en otras actividades que tradicionalmente se consi-

deran más propias de la salud pública. En este terreno, somos sólo parte de un grupo de profesionales, funcionarios o voluntarios, que individualmente podemos hacer una aportación concreta. Por ejemplo, en algunas de las necesidades sanitarias para la vejez, nuestra única aportación puede consistir en estimular a la comunidad a evaluar sus propias necesidades y a hacer algo para satisfacerlas. Desde luego, estamos llevando a cabo muchas investigaciones sobre esta materia, tanto en nuestros Institutos Nacionales de Higiene como por medio de subvenciones concedidas a universidades y fundaciones de investigación. Como prueba de que reconocemos que muchas profesiones y disciplinas pueden hacer aportaciones en esta materia, citaré que recientemente hemos concedido una importante subvención a la Universidad Duke y otra a la Escuela de Medicina Albert Einstein. La subvención a la Universidad Duke, por ejemplo, se otorga para que se utilice por todos los departamentos de la Universidad que puedan aportar algo a este estudio; no sólo la Escuela de Medicina, sino también la Escuela de Trabajo Social, el Departamento de Psicología y los servicios de la comunidad establecidos alrededor de la propia Universidad, entre ellos el Departamento de Salud Pública. Lo mismo puede aplicarse a la subvención concedida a la Escuela de Medicina Albert Einstein de la ciudad de Nueva York. Desde luego, reconocemos que no se trata de un problema exclusivamente médico sino también económico, social, recreativo, y que tiene todavía otras muchas facetas.

Asimismo en este caso nos encontramos, como nos ha sucedido con las enfermedades transmisibles, con la dificultad de aplicar los conocimientos de que disponemos a la prevención de las enfermedades crónicas; y cuando están presentes, a impedir que progresen. En este aspecto, creo que quienes nos ocupamos de la salud pública, debemos dirigir y orientar, además de proporcionar servicios.

Con el aumento del número de ancianos en nuestra población, nos encontramos asimismo con el problema concurrente de las incapacidades a largo plazo. La atención hospitalaria o domiciliaria a las personas afectadas por estas incapacidades se está convirtiendo en grave carga financiera, tanto para las familias como para las colectividades. Por ejemplo, en muchos hospitales en que hemos estudiado este problema, aproximada-

mente un tercio de los pacientes sufren incapacidades a largo plazo. En nuestro país, la atención hospitalaria cuesta, en general, de \$20 a \$25 diarios. Los gastos de construcción de un hospital general se calculan actualmente a razón de unos \$17.000 por cama del mismo.

Con el considerable y continuo aumento del número de personas ancianas y de las consiguientes incapacidades a largo plazo, su adecuada atención va a representar un gasto superior al que cubre el programa de seguro voluntario, a menos que encontremos métodos más económicos e igualmente eficaces, o hasta más eficaces para resolver este problema. Va a continuar aumentando, en gran proporción, el número de personas que padecen enfermedades crónicas e incapacidades a largo plazo y nunca podremos detener ese enorme crecimiento. Por lo tanto, en la actualidad, uno de los más importantes proyectos en el Servicio de Salud Pública consiste en investigar este problema, compilar estudios y efectuar demostraciones de otros medios de atender a los pacientes de incapacidades a largo plazo, ya sea en instalaciones adyacentes a los hospitales, ya en clínicas de reposo de diversas clases o, de preferencia, en sus propias casas, pero con la seguridad de que dispongan de servicios de enfermería y de restauración y rehabilitación. Debemos tener la seguridad de que la persona que sufre un ataque y queda paralítica, cuando regrese a su casa no se convierta en un paciente encamado para todo el resto de su vida. Esto constituye otra prueba de la necesidad de combinar los distintos servicios para asegurar la atención médica.

Con el enorme crecimiento de la industria y de la población, la contaminación del agua se ha convertido en un problema muy grave en nuestro país. Disponemos de la misma cantidad de agua, pero aumentan las necesidades de la población y las de la industria. Además, muchos de nuestros problemas de contaminación del agua no son los provocados por los desperdicios biológicos, sino los que tienen su origen en los desperdicios industriales y químicos que, a base de los conocimientos de que disponemos, no sabemos cómo tratar adecuadamente y con eficacia; por consiguiente, hay que realizar investigaciones sobre este problema. El problema de la contaminación del aire ha adquirido caracteres de gravedad en muchas de nuestras ciudades más importantes a consecuencia del considerable crecimiento industrial.

La higiene radiológica, que se ha mencionado en esta Conferencia, constituye un problema a cuya solución pueden y deben contribuir los organismos de salud pública. Es preciso que adoptemos una actitud activa sin aguardar a que se nos presente el problema antes de que hayamos adiestrado a las personas que han de asumir funciones en este campo de actividad. No tenemos que aguardar a que se efectúen pruebas de carácter militar; ya hay bastantes problemas de higiene radiológica con el empleo de la energía atómica con fines pacíficos, con el empleo de los rayos X y los radioisótopos, para tenernos ocupados durante años. Hemos de ir con cuidado, sin embargo, en no abordar estos problemas antes de disponer de personal competente. También en este campo observamos la entrada en acción de especialistas en nuevas disciplinas para ayudar al paciente: el de genética, el físico, el biofísico y otros que van incorporándose rápidamente a las actividades de salud pública. Nuestro país muestra ahora interés por la cantidad de materiales radioactivos en sus abastecimientos de agua y en sus suministros de leche. Afortunadamente, en el Servicio de Salud Pública hemos formado un pequeño grupo de personal especializado en higiene radiológica. Hemos establecido estaciones de recolección de muestras en todo el país y elaborado algunas técnicas para obtener tales muestras. Gracias a esto pudimos tranquilizar al público, afirmándole que la cantidad de las radiaciones ionizantes no había alcanzado lo que se considera el límite permisible. Tengo la seguridad, sin embargo, de que si no hubiéramos podido dar esa respuesta, habría habido considerable inquietud en el público y una falta de confianza en el programa de higiene radiológica de nuestro país.

Uno de los problemas más graves de nuestro país, como sin duda lo es también en muchos otros, es el de personal. Quiero insistir en algo que todos ustedes saben: que en nuestras actividades el elemento más esencial es el personal. Si no disponemos de personal debidamente capacitado y con experiencia, con iniciativa, con dedicación, no sirven de nada los conocimientos que podamos tener, porque no se aplicarán adecuadamente.

El Congreso de mi país ha mostrado mucho interés por todos los programas de investigación en salud pública y se ha percatado también de la

necesidad de adiestrar personal. Hace tres años, el Congreso asignó fondos para becas destinadas a personal de salud pública y a enfermeras diplomadas. Durante los dos primeros años de este programa, se han adiestrado, gracias a esas becas, 1.000 trabajadores de salud pública, así como 1.800 enfermeras. Se adjudican becas a las enfermeras para su adiestramiento en administración y enseñanza de la profesión, a fin de poder satisfacer nuestra demanda de más enfermeras. Para lograrlo, se necesitan más personas que reciban este adiestramiento especial.

Quiero señalar que hay en esta Conferencia distinguidos colegas que están llevando a cabo estas mismas tareas en sus respectivos países, a través de sus departamentos de salud pública.

Por otra parte, en nuestro Centro de Enfermedades Transmisibles y en el de Ingeniería Sanitaria hemos organizado también cursillos especiales en higiene radiológica, en los problemas que plantea la contaminación de la leche, los alimentos y el agua y en otras actividades, reconociendo que el personal de nuestros departamentos de salud pública y todos nosotros necesitamos, de vez en cuando, adiestramiento durante el servicio y también fuera de él.

En conclusión, señor Presidente, quisiera destacar que esta reunión reconoce que la transformación es inevitable. También reconocemos, como individuos reflexivos, que toda transformación no significa siempre progreso. Para progresar, se necesita que, por lo menos los que trabajamos en el campo de la salud pública, facilitemos la orientación necesaria para que esa transformación alcance el nivel deseable. Tendremos que examinar de nuevo algunos de los métodos de organización y administración, por lo menos en mi país. Hasta ahora hemos empleado los mismos métodos que en el pasado, y habrá que examinarlos con cuidado para estar seguros de que gastamos el dinero de los contribuyentes con la máxima eficacia de que somos capaces. Tendremos que recurrir a personas competentes de campos ajenos a la salud pública, y hemos de estar dispuestos a aceptar e incluso estimular la utilización de personal de otras categorías profesionales, reconociendo que el médico, la enfermera y el ingeniero sanitario no constituyen forzosamente el personal clave para hacer frente a los problemas sanitarios del futuro.

Permítaseme volver por un momento a los

problemas de la higiene radiológica. Tengo entendido que la Organización ha preparado un curso sobre este tema en Puerto Rico para la semana próxima, en colaboración con el Dr. Arbona y los otros países. Creo que esto constituye un ejemplo de cómo en este Hemisferio se puede contribuir al adiestramiento y al intercambio de conocimientos en esta materia.

Permítaseme decir también, ahora que he mencionado al Dr. Arbona, que todos nos enorgullecemos de los grandes progresos que se han conseguido en Puerto Rico y en las Islas Vírgenes, y hemos de reconocer que el mérito de ello corresponde a la excelente dirección e iniciativa del Dr. Arbona y el Dr. O'Neill en sus áreas respectivas.

Como trabajadores sanitarios, podemos enorgullecernos de los excelentes adelantos realizados en el pasado en los Países Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana. También podemos contar con que el futuro exigirá mucho de nosotros, a juzgar por lo que se ha dicho aquí por los delegados de los distintos países y por algunas de las discusiones que han tenido lugar en esta Conferencia.

La labor de prevención de las enfermedades e incapacidades, así como el fomento de la salud, requiere una acción tanto nacional como internacional. Como ustedes saben, mi Gobierno se ha interesado por esta labor desde hace muchos años, como lo demuestra su participación en esta Organización desde el primer momento. El Presidente Eisenhower ha puesto de relieve en diversas ocasiones, y últimamente en su discurso ante las Naciones Unidas, la importancia de que

las naciones trabajen en colaboración para aliviar los estragos de las enfermedades en el mundo entero. Este es un denominador común a cuyo servicio los distintos pueblos, independientemente de sus antecedentes culturales, pueden trabajar juntos en favor de algo que es importante, aunque difieran en sus distintas ideologías políticas.

Quiero afirmar asimismo que será necesario que nosotros, los que integramos el personal de los servicios de salud pública, demostremos poseer buena dosis de iniciativa y de capacidad para aceptar algunas ideas nuevas y no ser demasiado rígidos en nuestros procedimientos o métodos y, una vez más, hemos de reconocer la gran importancia del personal para nuestras actividades y la necesidad de dar la máxima prioridad a su adiestramiento.

Finalmente, quiero decir con toda honradez y sinceridad, que tenemos mucho que aprender. Ya hemos ido aprendiendo en el pasado. En otras palabras, en el pasado teníamos mucho que enseñarnos y mucho que aprender mutuamente. Creo que para hacer frente a algunos de los problemas sanitarios en los próximos cuatro años una vez más tendremos mucho que enseñarnos y mucho que aprender unos de otros. Por esto me siento satisfecho en la confianza de que seguirán manteniéndose las excelentes relaciones entre todos nuestros países y de que seguiremos beneficiándonos de nuestras relaciones tanto personales como profesionales.

El PRESIDENTE: Con esta intervención damos por terminada la sesión de esta tarde.

Se levanta la sesión a las 18 h. 45 m.

DECIMOCUARTA SESION PLENARIA

Jueves, 2 de octubre de 1958, a las 21 h. 15 m.

Presidente: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos)

El PRESIDENTE: Se abre la sesión. Vamos a continuar el examen del tema 20. Tiene la palabra el Delegado de Chile.

Tema 20: Informes de los Estados Miembros sobre sus condiciones y progresos sanitarios alcanzados en el periodo transcurrido entre la XIV

y XV Conferencias Sanitarias Panamericanas (continuación)

Informe del Delegado de Chile

El Dr. HORWITZ (Chile): Quiero asociarme a las expresiones de felicitación del señor Delegado de los Estados Unidos a la Oficina, a su Director,

y a la Dra. Puffer por el excelente informe que resume los que han presentado los países sobre las condiciones sanitarias en las Américas.

He lamentado que por razones de tiempo no se pudiera haber discutido este documento cuando fue muy bien presentado por el señor Director. Lamentamos también que, por las mismas circunstancias, no se haya podido aprobar una resolución que estimulara en nuestros países el seguir mejorando la calidad de la información que traduce en cifras los progresos sustanciales que se han hecho. Cifras ordenadas de acuerdo con las sugerencias que la Oficina nos hiciera. Vería personalmente con agrado que pudiera ser aprobada una resolución de este orden, por las consecuencias prácticas que podría tener para el futuro.

En la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, la Delegación de Chile tuvo el honor de presentar un informe sobre los fundamentos y la estructura del Servicio Nacional de Salud, que tenía en aquel tiempo un año de existencia. Hoy hemos reunido en un folleto, que hemos puesto a disposición de ustedes, los resultados de su primer quinquenio de labor, que sintetiza lo que ha logrado hacerse en este lapso. Me voy a permitir leer la introducción, que es muy breve, y comentarla, porque en ella se sintetizan los hechos más sustanciales de lo que ha ocurrido en este lapso con esta empresa que tiene en nuestro país originalidad, que no tiene símiles en el Continente y que está fundada en hechos perfectamente racionales de salud pública, esencialmente en un propósito de integrar las medidas de prevención con las de curación por medio de un organismo único que llamamos nosotros "Centro de Salud". Esta introducción dice como sigue:

El 8 de agosto de 1952 entró en vigencia la Ley 10.383 que creó el Servicio Nacional de Salud. Durante sus primeros cinco años de vida, la nueva Institución ha desarrollado una labor extraordinaria de organización, integración, normalización y perfeccionamiento de sus actividades.

El proceso de ajuste del Servicio a la doctrina y a los propósitos y objetivos establecidos en la Ley y en su Reglamento, se ha realizado en medio de difíciles circunstancias. Entre las más importantes, cabría señalar la irregular recepción de los fondos consultados en su financiamiento [esto debido al proceso de inflación que ha sufrido el país] y la heterogeneidad de las estructuras y técnicas administrativas de las instituciones que se fusionaron. Con respecto a esta última situación, es conveniente recordar que este Servicio, a diferencia de otros, no

pudo darse tiempo para estudiar y fijar, sin apremio, sus bases jurídicoadministrativas. Debí hacerlo, sin descuidar un instante el cumplimiento de sus funciones esenciales: prestar atención médica al enfermo y proseguir sus acciones preventivas.

Se aprecia la magnitud de la tarea, si se considera que el proceso de fundar una organización, fijar una política de acción, definir funciones y regular actividades, se realizaba en más de seiscientos establecimientos a lo largo del país y entre más de treinta mil funcionarios de diversas condiciones jurídicas y profesionales y con distintos derechos preservados por la propia Ley 10.383.

Por otra parte, es oportuno señalar que el Servicio no representa el resultado de una integración formal o de una coordinación institucional; es, en el hecho, una fusión de varias instituciones que dan origen a una entidad absolutamente nueva y original en sus concepciones y sistemas de acción, que no tiene precedente ni experiencia anterior tanto en Chile como en el extranjero.

Quisiera destacar a este respecto que hemos tenido la suerte de conocer de cerca la organización de las actividades del Servicio Nacional de Salud de la Gran Bretaña e imponernos de otros servicios nacionales de salud en diversos países y, evidentemente, son marcadamente diferentes del de nuestro país.

En estos cinco años—sigue diciendo el informe—el Servicio se ha incorporado definitivamente a la vida nacional; ha logrado una unidad, cada vez más firme y cohesionada; ha cumplido sus obligaciones legales específicas para la población accesible del país, [lo que subrayo, porque evidentemente lejos estamos de cumplir nuestras obligaciones para el medio rural, que representa todavía en Chile el 40 por ciento de la población] y está consolidando y racionalizando progresivamente su organización y sus métodos de trabajo.

La profesión médica ha sido capaz, en consecuencia, de concebir un servicio que satisface los más exigentes requisitos de la Administración en salud y las necesidades de la evolución médica, económica y social en nuestro medio; ha demostrado, también, su competencia para administrarlo y conducirlo, pese a las condiciones adversas y casi insuperables del comienzo.

Aunque es muy breve el período transcurrido desde la creación del Servicio a la fecha, existen suficientes datos y antecedentes que revelan un definido progreso en la consecución de sus objetivos generales y específicos.

A grandes rasgos, esos antecedentes se encuentran, desde el punto de vista técnico, en el mantenimiento de la tendencia a la disminución de los índices de morbilidad y de mortalidad por enfermedades transmisibles; en el continuado descenso en las tasas de mortalidad y en el mejoramiento de la calidad y aumento del volumen de la atención médica curativa y preventiva.

En el trabajo se muestran las estadísticas del país recopiladas desde 1917 hasta 1956, que es el último año que comprende el informe. Si se comparan los dos últimos quinquenios, se puede ver cómo ha continuado la tendencia al descenso de las tasas de mortalidad y morbilidad, tomando en consideración dos hechos sustanciales: una gravísima disminución del poder adquisitivo de nuestra moneda y el crecimiento vegetativo de la población como población que demanda servicios.

Digno de ser destacado—dice después la introducción—es un hecho que refleja la mejor calidad de la atención y el aprovechamiento racional de los recursos médicos. Desde 1952 a 1957, el índice de ocupación de las camas hospitalarias ha ido en aumento y ha disminuido, al mismo tiempo, el promedio de estada hospitalaria.

En el aspecto administrativo, se han colocado las bases para el funcionamiento racional de la estructura y para el desarrollo ordenado y normal de las acciones técnicas. Entre éstas, hay que mencionar el establecimiento de las estructuras normativas y ejecutivas con un claro concepto centralizador en las normas y de descentralización ejecutiva; la unificación y codificación de los procedimientos de administración, considerados como medios para la realización de los fines perseguidos por la atención médica integrada; la determinación de las líneas rectoras de las actividades del Servicio; el reconocimiento de que el programa es la herramienta básica de su acción.

Nos hemos permitido distribuir al mismo tiempo un folleto, aparte del informe, en que mostramos las normas para formular programas de los centros de salud y los presupuestos por función.

Quisiera destacar que buena parte de las ideas responden a las excelentes reuniones técnicas a que asistimos en Guatemala y en Washington, en que nuestro Presidente fué el experto encargado por la Organización para presentar los temas.

Hoy día el Servicio cuenta con programas para cada centro de salud, y el presupuesto del año 1959, que está discutiendo el Congreso Nacional, está hecho a base de presupuesto por funciones. Nuestra tendencia es, pues, a medida que la experiencia lo revele, o que la experiencia mejore la forma de aplicar esta técnica administrativa, a llegar a un conocimiento lo más cabal posible de lo que realmente necesitamos en términos de atenciones preventivas y curativas, de tal suerte que el Gobierno, el Parlamento y la opinión pública tengan conocimiento cabal de los propósitos concretos de las inversiones, y cualquier reducción en lo que el Servicio solicite, redundará en

una disminución proporcional de servicios por prestar en cada lugar del país.

Sigue, en el orden administrativo, el encasillamiento de cerca de 30.000 funcionarios y el estudio de sistemas de racionalización administrativa y de lapso expedito entre las diversas estructuras. Con este propósito, el Servicio ha contado con la colaboración de la Facultad de Economía de la Universidad de Chile, cinco economistas de la cual han estado durante los últimos dos años y medio asesorándonos en la racionalización de todas las estructuras administrativas, tanto a nivel nacional como local.

El quinquenio 1952-1957—añade el informe—muestra, en síntesis, avances muy apreciables en la reducción de los riesgos de enfermar y de morir que afectan a la población del país, y en la consolidación de la organización, mejoramiento de las estructuras y definición de las funciones del Servicio. Las perspectivas son aun más favorables siempre que se solucione su financiamiento, asegurado por la Ley que lo creó.

Nosotros tenemos que lamentar, y creo que esta situación es común a todos los países en que los regímenes de seguridad social tienen intensa participación en el financiamiento de las funciones de la salud, que no se dé a éstas la prioridad que merecen. Es de lamentar que para los economistas en general, el hombre cuenta en su capacidad de consumo y no en su capacidad de entrega de energía creadora. Es un proceso psicológico que los médicos tenemos que contribuir a solucionar. Insisto en que no es frecuente que los economistas consideren que la salud pública es la que libera la energía humana para la producción de bienes de capital, de consumo y de servicios y para la emisión de ideas de creación. Con este criterio, repito, los regímenes de seguridad social, por lo menos en Chile, no han estado reconociendo a las funciones de salud la prioridad que tienen, y han estado prefiriendo beneficios económicos que son habitualmente mínimos en relación con los daños que tratan de reparar. De ahí nuestra insistencia en esperar que en el futuro se logre estabilizar el financiamiento del Servicio destinando en primer lugar los fondos de la seguridad social, que son cuantiosos, a las funciones de salud y posteriormente a otros beneficios de carácter económico, y que en las disponibilidades económicas se dé la prioridad que merece al trascendente significado social de la acción del Servicio de Salud, y que el proceso de integración continúe sobrepasando el límite de lo formal para transformarse, en la con-

ciencia de cada funcionario, en actitudes y modos de pensar y de actuar acordes con la doctrina.

Quisiera señalar, como lo hice anteriormente, que el Servicio, si bien representa una continuidad en la evolución del pensamiento médico del país en los últimos treinta o cuarenta años, emergió en circunstancias en que la mayor parte de los profesionales universitarios, particularmente de las disciplinas de la biología, no fueron preparados por la Universidad para trabajar en un régimen de integración, de tal suerte que el gran grupo profesional que hoy día trabaja en el Servicio ha tenido que ir adaptando progresivamente su pensamiento, su modo de proceder y sus costumbres técnicas a la tesis central que inspira toda la gestión del Servicio. Nosotros hemos insistido, en Chile, en que es responsabilidad de la Universidad modificar la técnica y la doctrina esenciales de educación, de formación de los profesionales, para que éstos adquieran conciencia de que la prevención no puede dissociarse de la curación, porque el ser humano es una unidad única e indivisible, y es, al mismo tiempo, un ser histórico. Mientras esto no se logre, tendremos grandes dificultades para convertir en realidad, en forma creciente, la doctrina del Servicio.

El mayor rendimiento del Servicio depende, también,—concluye diciendo el informe—del arraigo que encuentre el hecho de que esta Institución ayuda técnicamente a la solución de los problemas de salud, pero que su acción debe complementarse con la prosecución de los esfuerzos del Estado y de la comunidad tendientes a elevar los niveles de vida y de cultura de la población, y con la colaboración, sin reservas, de ésta.

Una visión retrospectiva de los hechos y situaciones que dieron origen al Servicio Nacional de Salud, permite afrontar favorablemente cualquier comparación con el pasado y justipreciar el hecho de que la medicina pública chilena ha evolucionado siempre, con un ritmo de superación, ofreciendo las características más convenientes a cada tiempo y momento de nuestra realidad nacional.

Los detalles de lo realizado en este quinquenio están claramente expresados en este documento. Buena parte de los antecedentes, si bien no todos, fueron entregados en su oportunidad a la dirección de la Oficina para incluirlos en el informe general.

Nosotros nos atrevemos a afirmar hoy día, para terminar, que en nuestros países, ya sea en un plano local, ya en un plano nacional, cuando las condiciones del medio lo justifican y cuando tanto las profesiones como la opinión pública en general

están preparadas, es posible realizar integradamente las funciones de prevención y curación. Tenemos la convicción de que esto es lo racional de la medicina y de la salud pública, y la convicción, a la vez, de que es lo que produce los mayores rendimientos con los menores recursos y los menores esfuerzos.

EL PRESIDENTE: El Delegado de Guatemala tiene la palabra.

Informe del Delegado de Guatemala

El Ing. OLIVERO (Guatemala): Deseo aprovechar esta oportunidad, más que para completar los informes de mi país, para hacer algunos comentarios breves de carácter general acerca del *Resumen de los Informes Cuadriennales sobre las condiciones sanitarias en las Américas*, y al referirme al mismo, dar algunos detalles adicionales acerca de Guatemala.

En primer lugar, deseo asociarme al Dr. Burney y al Dr. Horwitz en sus expresiones de felicitación a la Oficina Sanitaria Panamericana por el valioso informe que nos ha presentado, así como también a la Dra. Puffer por su entusiasmo y dedicación, que la hace merecedora de una mención especial.

Este informe representa indudablemente un gran adelanto respecto al que conocimos en la XIV Conferencia, en Santiago de Chile. Es indiscutible también que se ha obtenido una mayor colaboración de los Países Miembros al presentar sus datos. Consideramos que este informe debe servirnos no sólo para felicitarnos de la labor realizada y del documento en sí, sino también para que, al estudiarlo, nos oriente sobre cuáles deben ser las prioridades de los futuros programas de la Oficina Sanitaria Panamericana, de acuerdo con la magnitud de los problemas y sus repercusiones.

Ya hemos tomado en esta Conferencia varias resoluciones a este respecto, en vista de los comentarios unánimes que se han formulado.

En el referido informe, en el cuadro 7 que se titula "Las cinco principales causas de muerte y tasas por 100.000 habitantes en las Américas, 1956" aparecen datos de 18 países latinoamericanos, y ¿qué encontramos?: que 15 de estos 18 países tienen un denominador común y es el de que el grupo de enfermedades que aparecen clasificadas como "Gastritis, enteritis, etc.", figura entre sus cinco principales causas de defunción. Y

aún hay más; en 7 de esos 15 países figura dicho grupo de enfermedades como la primera causa. Esto nos lleva a la lógica conclusión de que la Oficina debe prestar especial consideración a aquellos programas que tengan por finalidad intensificar y orientar la acción contra esta causa de morbilidad y mortalidad.

A propósito de lo anterior, debo indicar que Guatemala está muy interesada en los programas de saneamiento básico, especialmente—y por razones obvias—en el problema del abastecimiento de agua potable a las comunidades, y en este sentido nuestro Gobierno espera la más amplia orientación y colaboración de los organismos internacionales para la realización de tales programas. Aquí, y como comentario respecto a los datos de mi país, debo indicar que tal vez parezca paradójico que nuestra Delegación manifieste este interés y que, al mismo tiempo, Guatemala no haya presentado los datos correspondientes en los cuadros 54 y 55 del informe, que se refieren específicamente a abastecimiento de agua y eliminación de aguas negras. A este respecto he de señalar que en Guatemala conocemos la magnitud del problema, pero no estamos en posibilidad de presentar en cifras exactas la dimensión del mismo, a pesar de que contamos con varios estudios parciales y de que se prosiguen otros con mucho interés. Además, tenemos la impresión de que el formulario que nos envió la Oficina en relación al problema del agua podría dar lugar a diversas interpretaciones.

Para finalizar, esperamos que en el futuro se dé la importancia que merecen a estos programas a que me estoy refiriendo. Permítaseme citar lo que a este propósito se señala en el prefacio del informe: "Por medio de un programa coordinado, debieran concentrarse los esfuerzos en la eliminación de las principales amenazas a la salud, especialmente las relacionadas con las condiciones ambientales".

El PRESIDENTE: El Delegado de Panamá tiene la palabra.

Informe del Delegado de Panamá

El Dr. BISSOT (Panamá): De acuerdo con el tiempo que nos ha sido asignado, me limitaré a exponer algunos aspectos del programa general de salud pública de mi país. Los datos estadísticos y otras informaciones pertinentes están incluidas en el *Resumen de los Informes Cuadriennales sobre*

las condiciones sanitarias en las Américas, preparado por la Oficina Sanitaria Panamericana.

El Gobierno de Panamá, que llevaba a cabo estudios económicos conjuntamente con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, consiguió que el Dr. I. S. Falk, consultor de fama internacional en asuntos de salud pública, hiciera un estudio en nuestro país de este importante campo de actividades. Es para mí motivo de gran placer entregar aquí, oficialmente, al señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, un ejemplar en español y otro en inglés del informe del Dr. Falk, presentado a las autoridades panameñas.

Una de las recomendaciones del Dr. Falk, que ya hemos puesto en práctica, consiste en la descentralización del Departamento de Salud Pública, en una forma parecida a la de la Organización Sanitaria Panamericana. Hemos dividido el país en tres regiones denominadas occidental, central y oriental. La primera incluye las provincias de Chiriquí y Bocas del Toro; la segunda, las de Veraguas, Coclé, Herrera y Los Santos; y la tercera las de Panamá, Colón, Darién y la comarca de San Blas.

Existe, además, una oficina nacional, formada por la Dirección General de Salud Pública y dos despachos subalternos, uno para programas preventivos y otro para programas de hospitales. Todas estas oficinas están bajo la dirección general y supervisión del Director del Departamento y, a través de éste, del Ministro.

Corresponde a la oficina nacional la formulación de pautas generales la planificación y administración, y la dirección y encauzamiento profesional y técnico.

La dirección de todos los servicios locales que funcionan o se proporcionan en ciudades, poblados y áreas rurales, se encomienda a los directores regionales y a sus subalternos, asistidos por funcionarios técnicos de la oficina nacional.

Al mismo tiempo, el Gobierno ha dado un paso trascendental al iniciar la contratación a largo plazo de personal técnico profesional, para que trabaje a tiempo completo y se dedique exclusivamente a actividades del Departamento de Salud Pública.

A continuación vamos a exponer brevemente la labor realizada en la lucha contra algunas de las enfermedades transmisibles. Panamá continúa adelante con su plan de erradicación de la malaria. En el mes de agosto se terminó el primer año

de cobertura integral, como ya informamos al tratarse este tema en la séptima sesión plenaria. La fiebre amarilla urbana ya no es problema, pues hemos logrado erradicar el mosquito transmisor, el *Aedes aegypti*. Esta Conferencia acaba de declarar oficialmente a Panamá como país libre de *A. aegypti*.

En lo que se refiere a la fiebre amarilla selvática, hemos continuado vacunando en forma intensiva en el área rural, especialmente a las poblaciones cercanas a la selva.

La sífilis ha seguido disminuyendo en el país, hasta el punto de que ya no se registran casos de sífilis congénita.

La viruela ha sido erradicada de Panamá. Sin embargo, hace apenas dos meses, nos llegaron de otro país de América cuatro casos de alastrim, con la aparición subsiguiente de cuatro casos adicionales en panameños del área donde aquéllos desembarcaron. Por fortuna, la región donde esto ocurrió había sido extensamente vacunada contra la viruela y la situación fue controlada rápidamente.

La tuberculosis continúa siendo un problema. Prosigue la campaña de vacunación con BCG y la búsqueda de nuevos casos a través del servicio de radiografías de colectividades. Como era de esperar, con el tratamiento que se emplea hoy día ha disminuido la mortalidad causada por esta enfermedad. Actualmente se trabaja en la construcción de pabellones sencillos para la hospitalización de casos crónicos o terminales.

En 1956 se presentó un brote epidémico de poliomiélitis. Tuvimos 144 casos, con una tasa de 16,3 por 100.000 habitantes. Desde entonces ha habido pocos cambios. En agosto de 1956 comenzamos en Panamá a usar la vacuna Salk, que se ha seguido utilizando con buen éxito. Sin embargo, esperamos los resultados de la vacunación en masa que se lleva a cabo en distintos países, con vacuna a base de virus vivo atenuado, pues su costo, aparente efectividad y fácil administración hacen vislumbrar la erradicación de la poliomiélitis en un futuro próximo.

La frambesia, el tifo, la lepra, la fiebre tifoidea y la difteria tienen una incidencia baja en Panamá y ninguna de ellas representa un problema para el país.

La peste y la rabia canina y humana no existen en Panamá. Con el fin de conservar al país libre de rabia, se ha iniciado un programa de vacunación en masa de perros y gatos, y se ha impuesto

un estricto sistema de cuarentena a base de cuatro meses de aislamiento a estos animales, cuando vienen del extranjero.

Veamos ahora rápidamente algunos de los servicios del Departamento de Salud Pública. Uno de los problemas de saneamiento ambiental ha sido la falta de agua potable en muchas poblaciones de la República. Aun la ciudad capital se vió frente a esta situación, ya que el rápido crecimiento de la población y la aparición de gran número de urbanizaciones y barriadas en el área suburbana, hizo que resultaran insuficientes las instalaciones sanitarias existentes. Afortunadamente ya se están haciendo mejoras en el servicio de distribución de agua, a fin de que se pueda proporcionar suficiente agua potable a la ciudad. También se están revisando los estudios hechos años atrás para la extensión del alcantarillado, con el fin de iniciar estas obras tan pronto como se haya terminado dicha revisión.

En el área rural se ha intensificado el programa de perforación y construcción de pozos tubulares, con la cooperación de los centros de salud. Este programa se lleva a cabo preparando primero a las comunidades, creando comités de salud locales y exigiendo la construcción de letrinas en todas las casas de la población.

En cuanto a la parte estadística, se ha venido reorganizando el servicio a base de una captación fidedigna de los datos estadísticos y su recopilación y estudio a nivel central.

Se ha hecho hincapié en el fortalecimiento del servicio de educación sanitaria, mediante la preparación intensiva de educadores sanitarios profesionales. Esperamos que en esta forma, a un costo relativamente bajo, se obtengan grandes beneficios en el plan general de salud pública.

Respecto a higiene maternoinfantil, hemos continuado tratando de reducir la mortalidad infantil. Ha proseguido la reorganización de los centros de salud, con miras siempre a dar una mejor y mayor atención a la madre y al niño. Mencionaré únicamente que los anexos maternos, que ya funcionan en algunos centros de salud, han sido muy bien recibidos por las comunidades y están dando los frutos que esperábamos.

Para terminar, sólo deseo informar a esta Conferencia que, a pesar de las dificultades económicas y de las limitaciones de tipo presupuestario que se ve obligado a fijar, mi Gobierno está sumamente interesado en ese binomio esencial para el progreso de la nación: salud y educación. A

este respecto, he de señalar que ha asignado alrededor del 50 por ciento del presupuesto vigente al mejoramiento de la salud y de la educación de los habitantes de Panamá.

Antes de concluir, permítaseme felicitar al señor Director, a la Dra. Puffer y al resto del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana por el magnífico informe que nos han presentado. Es de gran valor y nos da una idea clara y precisa de lo que está ocurriendo en el Hemisferio, en lo relacionado con la salud. Quiero mencionar especialmente el capítulo sobre personal médico y sanitario, que ahora contiene mayor información que en ocasiones anteriores, y los capítulos sobre servicios de salud y sobre medios hospitalarios, que son nuevos y de gran interés.

El PRESIDENTE: El Delegado de Francia tiene la palabra.

Informe del Delegado de Francia

El Dr. OLLÉ (Francia): (*Traducción del francés*): Toda la información de tipo general y de tipo estadístico aparece en el informe presentado por la Oficina y, por lo tanto, hablaré solamente de algunos hechos que puedan ser de interés especial, citando varios ejemplos.

Empecemos, pues con las estadísticas demográficas y sanitarias. Nos enfrentamos con un problema sumamente importante de tipo demográfico, problema que se presenta en la mayor parte de los países de América Latina. El aumento vegetativo de la población, especialmente en la Martinica y Guadalupe, es enorme. Se debe a dos motivos: primero, a una disminución de defunciones; y, segundo, a un aumento de nacimientos. Solamente quiero citar un dato sumamente interesante que se refiere a la Martinica: en el último año de este período cuatrienal ha habido 9.814 nacimientos y 2.395 muertes. Por lo tanto hay un excedente de población, para ese año solamente, de 7.419 habitantes en una isla que no tiene más de 265.000. En cuanto a tasas por 1.000 la de nacimientos asciende a 38,7 y la de defunciones a 9,4. Esto es, un aumento anual de 29,3 por 1.000 cantidad muy elevada, parecida a la que mencionó nuestro colega de México país en el que la natalidad es también enorme. Esto constituye un problema considerable, ya que cuando existen territorios muy vastos, siempre se puede tratar de industrializar el país y atender las necesidades de esta población creciente. Sin em-

bargo, en la Martinica y en Guadalupe, la superficie es muy limitada y las islas son pequeñas. La Martinica no tiene más que 432 millas cuadradas y 265.000 habitantes, pues estamos densamente poblados; por lo tanto nos enfrentamos con un problema verdaderamente dramático.

Me quiero referir a esto porque el aumento de población en un país que no puede aprovechar más sus riquezas naturales, provoca un problema enorme que nos afecta desde el punto de vista nutritivo, desde el punto de vista sanitario, desde el punto de vista de atención médica y, por lo tanto, del bienestar físico e incluso moral de la población.

Me quiero referir, en esta cuestión de estadísticas, al esfuerzo muy importante que hemos hecho en cuanto a la exactitud de las estadísticas sobre causas de defunción, para lo cual se presentan dificultades que ustedes saben, mejor que yo, cuáles son.

Por lo que se refiere a la protección de madres y niños, las cifras que les he dado muestran que hemos trabajado mucho. El aumento de natalidad y la disminución de la mortalidad, reflejan auténticamente un cambio muy importante en la mortalidad infantil. Muchos son los factores, que no voy a describir, que han contribuido a esta mejora. Citaré como ejemplo, nuestros consultorios. Hay 57 dispensarios en la Martinica. Unos son muy completos, otros son muy limitados, pero aproximadamente rinden servicios parecidos. Lo que es muy interesante también es que durante este período de cuatro años hemos abierto centros especializados; entre ellos el centro de Fort-de-France, que se inauguró hace varios meses. Además, hemos logrado construir en la Martinica seis dispensarios de maternidad, cada uno con capacidad para 20 pacientes. En Fort-de-France tenemos un hogar para madres y niños con servicios de pediatría para unas 200 pacientes. También quiero mencionar el mejoramiento de los servicios médicos y quirúrgicos de pediatría en el hospital principal de Pointe-a-Pitre.

En cuanto se refiere a las enfermedades transmisibles, los problemas están disminuyendo de gravedad. No me referiré a la malaria o la fiebre amarilla, porque de esto ya he hablado. Los problemas más importantes son los de la lepra, la tuberculosis y la fiebre tifoidea.

Respecto a la lepra, quizás les llame la atención, al estudiar las estadísticas del informe presentado, que el número de casos es considerable

en nuestros Departamentos. Esto no se debe a que la lepra sea sumamente importante, sino a que nuestros servicios de estadísticas son muy cuidadosos y buenos. Quiero llamar la atención sobre la labor del Instituto Pasteur de la Martinica y el Instituto Pasteur de Guadalupe, que han montado servicios de laboratorio y de diagnóstico sumamente completos. Además, los hemos ampliado con servicios de hospitalización. Estos servicios de hospitalización son muy buenos en Fort-de-France, donde hace cuatro años se inauguraron pabellones especiales con capacidad para 120 pacientes, y en Guadalupe, donde se inauguró una aldea para leproso hace tres meses. También quiero señalar el hecho de que estos hospitales para leproso, estos servicios leprológicos, no son como eran antiguamente, es decir servicios cerrados. Son servicios, o bien abiertos, y que forman parte del hospital general, o bien pueblos especiales que están prácticamente abiertos, aunque en regiones rurales. Tratamos, por medio de una acción psicológica y educativa, de eliminar la impresión errónea que había en la población de considerar al enfermo de lepra como un animal salvaje, y tratar de mejorar, desde el punto de vista social, la situación del individuo y adaptarlo a la población. Se sabe ahora que la lepra es menos contagiosa que la tuberculosis, y los tuberculosos se pasean tranquilamente por la ciudad y el campo. Por lo tanto, hay que eliminar este prejuicio social anacrónico.

También es interesante mencionar la descentralización en este terreno, por la creación, hace muy poco tiempo, de consultorios rurales. En la Martinica, en vez de tener un consultorio, hemos creado una docena de centros de consulta, por lo que los enfermos pueden acudir a ellos con más facilidad, ya que las distancias son mucho menores.

Desde el punto de vista de la tuberculosis, los métodos que se siguen son parecidos a los de cualquier otro país. Quiero señalar el aumento del número de camas en los hospitales y la creación de un servicio quirúrgico. Tenemos cirugía torácica en la Martinica y un cirujano especialista que va a Guadalupe, que está muy cerca, y se encarga de cuidar a estos enfermos. Se están terminando los planes para la construcción de un sanatorio en Guadalupe. Esperamos que en el próximo informe les podamos decir que este hospital ha sido construido y que está en funcionamiento. Hemos aumentado el número de centros

y consultorios de diagnósticos, y esto nos ha ayudado mucho.

La fiebre tifoidea plantea un problema más delicado. La situación es bastante crítica en Guadalupe, pero menos en la Martinica. La vacunación es obligatoria, y todos ustedes saben que para lograr una inmunidad de toda la población hay que vacunar mucho. En realidad, en nuestros países el problema de la fiebre tifoidea es un problema de vacunación y de agua potable.

Aparecen pequeños brotes de vez en cuando, pero no lo suficientemente grandes para clasificarlos de epidemia. Usamos los medios profilácticos corrientes, pero aun así, esto representa a veces un peligro. Los programas sanitarios insisten en los planes de lucha contra la fiebre tifoidea y esperamos que dentro de varios años hayamos mejorado aún más.

En la Martinica estamos construyendo sistemas de agua potable, al extremo de que el tráfico de automóviles en la ciudad tropieza con dificultades espantosas a causa de la cantidad de obras que se están llevando a cabo. Estamos estableciendo una red completa de embalses y esperamos que un número cada vez mayor de población se beneficiará de esta agua potable. En la Martinica los servicios ya son muy completos en la parte sur, y en la parte norte esperamos llevar a cabo nuevos proyectos el año próximo. A propósito de esto, desearía mencionar que en el cuadro 54 del informe presentado por la Oficina no se hace referencia a los servicios de abastecimiento de agua de la Martinica, y quiero insistir en que tenemos mucha población que se aprovecha o se beneficia del agua potable en la parte norte de dicha isla.

Ahora quisiera hablar del personal médico y médicosocial. Nuestros departamentos tienen bastantes médicos en la Martinica y Guadalupe. La situación es semejante a la situación en Francia o en países europeos; aumenta el número de médicos casi constantemente y hay muchos que vienen de Francia a la Martinica y a Guadalupe a practicar la medicina. Por lo que se refiere a las enfermeras, tenemos los mismos problemas que la mayor parte de los otros países del mundo. Es muy curioso ver cómo estos problemas aparecen por igual en los países más desarrollados y en los menos desarrollados; no se sabe si son las necesidades que de repente se han presentado en ambos tipos de países, o si es que hay menos enfermeras por falta de medios pedagógicos. Tenemos tres escuelas de enfermeras y cada año salen

preparadas buen número de ellas, pero aún no disponemos del personal suficiente en este aspecto y hemos de emplear las que llamamos enfermeras auxiliares. En relación a lo que llaman en inglés "public health nursing" o enfermeras de salud pública, tenemos una escuela, pero en Francia. Por tanto, se complica mucho nuestra labor, pero así y todo hemos podido traer de Francia estas auxiliares sociales.

Además del aumento de personal, creo que debo mencionar un hecho muy importante, más importante que el aumento del número de personal. Es lo que llamamos la coordinación de servicios sociales. Hemos llegado, en uno de los Departamentos, Martinica, a agrupar todos los servicios de tipo social y a establecer una coordinación entre ellos, de modo que en cada sector o en cada grupo de actividad una sola asistente social se encargue de atender a las familias o a la colectividad. En la ciudad de Fort-de-France, con 66.000 habitantes, hemos logrado establecer servicios que tienen doble importancia y doble efectividad, sin aumentar el personal, aunque si el personal aumenta, la calidad del trabajo es mucho mejor.

Me gustaría referirme ahora a los problemas de salud mental. Nos preocupamos mucho por ellos. Ustedes saben muy bien que en numerosos países estos problemas son actualmente de gran importancia y en el área del Caribe creo que son tan importantes como en países más desarrollados. Hemos aumentado el número de psiquiatras. Hay tres en la Martinica, en vez de dos hace cuatro años; hay dos en Guadalupe, en vez de uno. Es interesante mencionar que ha aumentado mucho la capacidad de los hospitales psiquiátricos. En la Martinica hemos construido durante los últimos dos años, en el hospital psiquiátrico, cuatro nuevos pabellones con capacidad para 280 camas; y se prepara otro aumento de capacidad de este hospital y del hospital de Guadalupe. En cuanto a la Guayana Francesa, están ya construidos pabellones nuevos y solamente se debe a circunstancias locales el que aún no se hayan inaugurado.

En cuanto se refiere a consultorios, hemos tratado de descentralizar los servicios. Nuestra política hospitalaria está reflejada en los informes, diagramas, etc, que aparecen en los documentos de trabajo; ustedes verán en ellos que ha habido mejoras en los servicios existentes.

Antes de terminar quiero señalar que hemos

hecho un esfuerzo francamente enorme en cuanto se refiere a atención médica. En nuestros Departamentos de América, como ocurre en la mayor parte de las Repúblicas del Continente, hay un gran número de habitantes que deben clasificarse como transeúntes. Son personas que no trabajan, no porque son vagos, sino por falta de trabajo. En la Martinica, un gran porcentaje de la población no trabaja más que durante varios meses al año, porque no hay suficiente trabajo para todos. Esta población debe cuidarse desde el punto de vista sanitario. En nuestros Departamentos tenemos aproximadamente un 80% de la población que recibe atención médica, ya sea a domicilio, ya en los hospitales, así como productos farmacéuticos gratuitos. Esto representa varios miles de millones de francos al año. Es un esfuerzo enorme en el que participa el cuerpo médico y farmacéutico. Hemos establecido un sistema de control, para evitar abusos que fácilmente podrían ocurrir, y la mayor parte de la población está siendo cuidada gratuitamente, y quizás a esto se deba gran parte de las mejoras que se han llevado a cabo.

Quiero terminar recordando que estas islas, que constituían las colonias más viejas de Francia, desde hace doce años son departamentos o provincias franceses, con la misma categoría que los departamentos o provincias metropolitanos. En cualquier tipo de nomenclatura, administrativa, política, social o económica, no hay diferencia entre la Martinica, Guayana, Guadalupe, la Isla de la Reunión en el Océano Indico, o cualquier otro departamento de la Francia metropolitana.

Hace aproximadamente nueve años que trabajamos en estas campañas. Sin querer mostrar demasiado orgullo, creo que podemos estar satisfechos de nuestra labor. Nuestra administración es igual que en Francia, está basada en fundamentos sumamente sólidos, que ustedes ya conocen. El presupuesto, por ejemplo, ha duplicado en estos últimos cuatro años en Martinica. Solamente en cuanto a actividades corrientes, sin tener en cuenta la construcción de hospitales y pabellones, se ha gastado muchísimo dinero. La mejor conclusión que puedo ofrecer es que en estos Departamentos franceses los resultados que hemos obtenido son sumamente tangibles y visibles, y que Francia continuará su labor.

El PRESIDENTE: El Delegado de Honduras tiene la palabra.

Informe del Delegado de Honduras

El Dr. JAVIER (Honduras): Aunque parezca ya extemporáneo, la Delegación que presido desea cumplir el honroso encargo que el Gobierno constitucional de la República de Honduras le encomendó: presentar en su nombre y en el del pueblo hondureño un saludo cordial a los representantes de América que se reúnen en esta XV Conferencia Sanitaria Panamericana para discutir los grandes problemas de la salud del Continente y de sus países insulares.

Igualmente, el Gobierno de Honduras hace presente, ante esta Conferencia, su tributo de admiración y reconocimiento a Puerto Rico por los señalados logros que ha obtenido en todos los aspectos de la administración pública, y en especial en el campo de la salud, y por la generosa acogida que brinda a las naciones americanas, como sede de este magno evento. Cumplida esta misión, paso a hacer un relato sucinto de los progresos y condiciones de la salud pública en la República de Honduras.

Uno de los hechos más sobresalientes que ha ocurrido en el período a que se refiere este informe, es la creación de la nueva Secretaría de Estado en los Despachos de Sanidad y Beneficencia (actualmente Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social) por Decretos Ejecutivos Nos. 8 y 9, emitidos el 24 de diciembre de 1954. Las actividades sanitarias estaban anteriormente adscritas a la Secretaría de Estado en los Despachos de Gobernación y Justicia.

La creación de esta Secretaría ha posibilitado desde dicha fecha substanciales avances en las diversas actividades concernientes a la salud pública. A esto hemos de agregar que la citada Secretaría cuenta con la decidida y valiosa cooperación de organismos internacionales e interamericanos, tales como la Organización Mundial de la Salud y su Oficina Regional para las Américas, la Oficina Sanitaria Panamericana; el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; la Administración de Cooperación Internacional de los Estados Unidos y el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, con los cuales el Ministerio ha celebrado convenios fructíferos, que han dado gran impulso al desarrollo de las actividades sanitarias. El presupuesto de gastos en los ramos de Salud Pública y Asistencia Social, se ha incrementado. De 4.290.759,80 lempiras asignadas en el año fiscal de 1953 a 1954, aumentó a

8.416.575,76 lempiras para el año fiscal de 1958. Este aumento ha permitido el cumplimiento de los compromisos que ha contraído el Gobierno de Honduras, para llevar a la práctica el desarrollo de distintas actividades de alcance nacional y el establecimiento de nuevos centros sanitarios en zonas que antes estaban sin protección. Sin embargo, es preciso declarar que estamos muy lejos de alcanzar el óptimo compatible con las exigencias reales de nuestros problemas de salud. En nuestro país, casi el 70% de la población vive en áreas rurales y, por tal motivo, ha sido preocupación del Gobierno incrementar las actividades de salud y saneamiento en dichas áreas. Se ha procedido a realizar una encuesta general en el país y se ha organizado un programa de salud pública rural, con la cooperación de la OMS, la OSP y el UNICEF.

A través de los convenios con estos organismos se creó el proyecto denominado "Servicios rurales de salud pública", con las siguientes finalidades: a) la reorganización técnicoadministrativa de los servicios de salud pública en Honduras, con énfasis en la higiene maternoinfantil, la higiene escolar, el saneamiento ambiental y el control de las enfermedades transmisibles; b) el adiestramiento de personal profesional y auxiliar, tanto por medio de cursos organizados dentro del país como mediante la concesión de becas en universidades extranjeras; y c) la elaboración de planes generales y específicos de salud pública, de acuerdo con las necesidades existentes.

Como resultado de esta acción cooperativa entre el Gobierno y los organismos internacionales, se procedió a la construcción de un centro de salud modelo y de adiestramiento en una de las zonas suburbanas de la capital, que ha dado ya sus primeros frutos con el adiestramiento de 13 enfermeras auxiliares y 13 inspectores sanitarios en su primer año de labores en 1957. Está por iniciarse el segundo curso de adiestramiento en el mes de octubre de 1958. A través de este servicio, se ha empezado a levantar un catastro sanitario, comenzando por ciertas zonas seleccionadas de la capital. Este trabajo se extenderá luego a otras áreas del país.

Técnicos nacionales e internacionales están efectuando el estudio de un plan nacional para cubrir todo el país, mediante la organización de siete distritos sanitarios que se irán desarrollando progresivamente; se ha completado ya el estudio de dos de estos distritos y ha comenzado la construc-

ción de los centros de salud para que entren en funcionamiento en 1959.

El centro de salud modelo llamado de "Las Crucitas" fue inaugurado el 21 de abril de 1958, y actualmente cumple con gran éxito las funciones para las cuales fue creado, puesto que, además de servir como centro-escuela, presta asistencia maternoinfantil, efectúa trabajos epidemiológicos, elabora proyectos de saneamiento en su jurisdicción y ha iniciado trabajos de estadísticas vitales que orientan tanto sus propias actividades como las de otros centros de menor importancia con que cuenta el país.

Además de la ejecución de este programa, la Dirección General de Salud Pública cuenta con brigadas sanitarias que se movilizan para atender a la población rural distante de los centros de salud existentes, realizando labores curativas y preventivas. El país cuenta con 13 de estas brigadas, bajo la supervisión de un jefe general que norma sus actividades.

Por Decreto Ejecutivo No. 164 fue creado, en octubre de 1957, el Patronato Nacional de la Infancia, a cuyo financiamiento se han destinado las utilidades obtenidas por la Lotería Nacional de Beneficencia. Con este nuevo instrumento, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social está mejorando los actuales patrones de asistencia maternoinfantil. Uno de los mandatos del referido decreto es la construcción de un Hospital Maternoinfantil.

No me referiré a la campaña de erradicación de la malaria ni a la erradicación del *Aedes aegypti*, puesto que ya hemos expuesto la situación con amplitud.

La lucha antituberculosa en Honduras ha adquirido mayor incremento desde que nuestro Gobierno solicitó la ayuda técnica de organismos internacionales. La OMS ha facilitado los servicios de un médico especializado en la vacunación con BCG, y el UNICEF el material necesario para esta campaña. La vacunación con BCG fue iniciada el 10 de junio de 1957 y hasta el 30 de agosto último se habían practicado 685.150 pruebas de tuberculina, de las cuales 373.905 resultaron negativas. Se vacunaron 373.829 personas, o sea, que se ha protegido a más del 98% de la población reconocida hasta ahora que presentó reacción negativa a la tuberculina. A estos datos debemos agregar el de la vacunación de 1.207 recién nacidos en los hospitales.

Además de esta campaña preventiva se inau-

guró cerca de la capital un sanatorio antituberculoso destinado al tratamiento de mujeres. Este centro, como el que ya existía anteriormente, ha venido a prestar grandes beneficios a las mujeres enfermas. Se están habilitando también dispensarios en varias partes de la República a fin de efectuar la investigación y el control ambulatorio de los casos incipientes o de aquellos que no requieran hospitalización.

Recientemente se ha puesto en servicio una unidad móvil para la investigación en masa. Los trabajos de esta unidad se han iniciado en Tegucigalpa y se extenderán progresivamente a las zonas rurales. Se ha propuesto la adquisición de dos unidades móviles más para cubrir las zonas norte y occidental del país, pero todavía está pendiente la aprobación de la asignación presupuestaria para tal fin.

La lucha antituberculosa en Honduras cuenta con la valiosa asistencia de una organización privada llamada "Liga Nacional contra la Tuberculosis", la cual se está interesando en la construcción de salas para tuberculosos en los sectores más necesitados.

En cuanto a la viruela, tenemos la satisfacción de informar que en los cuatro años a que se refiere este informe no se ha registrado ningún caso en nuestro país. En algunas ocasiones, las autoridades civiles de ciertos municipios y aldeas en donde no hay médicos, han notificado casos de esta enfermedad; pero las autoridades sanitarias al acudir a combatirla siempre han comprobado que se trataba de falsas alarmas, pues en realidad eran brotes epidémicos de varicela.

Se han desarrollado programas de vacunación contra la viruela, fiebre amarilla, fiebre tifoidea, tos ferina difteria, tétanos y poliomielitis. Esta última vacunación se está afectuando en áreas seleccionadas, tomando en cuenta los focos epidémicos que se han presentado en años anteriores y el peligro en que se encuentran algunas zonas del país próximas a Nicaragua, nación que se vió afligida recientemente por un brote epidémico de poliomielitis. Hasta el mes de septiembre de 1958 habían sido vacunados 22.000 niños con vacuna Salk, estando en desarrollo un programa que prevé la inmunización de 40.000 niños en el grupo de edades de 1 a 10 años.

Por lo que se refiere al saneamiento ambiental, preocupa vivamente a las autoridades de salud pública de nuestro país el aprovisionamiento de agua potable para todos sus pueblos y la elimi-

nación de los desperdicios. En un programa gradual y sostenido, que se realiza con la ayuda técnica del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública y el aporte económico de la ICA, el Gobierno de nuestro país ha instalado, en el cuatrienio a que se refiere este informe, 41 abastecimientos de agua potable y un alcantarillado sanitario. Pero se han terminado, además, 30 estudios completos de abastecimientos de agua, habiéndose iniciado ya la construcción de algunos de ellos. En Tegucigalpa se ha establecido una fábrica de letrinas que serán instaladas en las zonas rurales del país.

Con respecto a los servicios hospitalarios, en los últimos tres años se han puesto en servicio dos hospitales generales más, uno en la ciudad de Choluteca y otro en la ciudad de Santa Bárbara. La capacidad de cada uno de estos hospitales es de 100 camas. El Sanatorio Antituberculoso, llamado "Santa Rosita", mencionado anteriormente, cuenta también en la lista de los progresos logrados en materia de hospitales; en la actualidad está en construcción un hospital maternoinfantil en la ciudad de Tegucigalpa.

Por Decreto Ejecutivo se creó en 1957 la junta Planificadora de Salud Pública, con el objeto de coordinar las actividades en este campo y asesorar al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en sus varias dependencias.

Para terminar, la Delegación de Honduras desea expresar su agradecimiento a la Organización Sanitaria Panamericana y a sus cuerpos directivos así como a su personal, por el apoyo que nuestra nación ha recibido en el desarrollo de sus programas de salud de esta benemérita institución.

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

Informe del Delegado de El Salvador

El Dr. PINEDA (El Salvador): En el informe que la Delegación de El Salvador tuvo el honor de distribuir a ustedes se exponen los factores y actividades que repercuten en la salud de nuestro país, como son la economía, agricultura, industria, comercio, transporte, educación, vivienda, abastecimiento de agua, etc. Los informes que se dan ahora complementan las datos que sobre mi país constan en el resumen cuatrienal elaborado por la Oficina Sanitaria Panamericana, y además

contienen los correspondientes al año 1957, que no figuran en dicho informe.

A propósito del informe de la Oficina Sanitaria Panamericana, que expone el panorama de la salud en las Américas, la Delegación de El Salvador lo califica de documento útil. Es, indudablemente, un documento importante para consulta y referencia posterior y por tal motivo felicitamos sinceramente al Director y a todo el personal de la Oficina.

Expondremos brevemente algunos hechos ocurridos en el período de 1954 a 1957, que creemos importantes para la salud de los salvadoreños.

En la Universidad Nacional, la Facultad de Ingeniería ha creado la cátedra de Ingeniería Sanitaria; en la de Odontología, la cátedra de Odontología en Salud Pública. La Facultad de Medicina ha reorganizado su programa de estudios y cuenta con 14 profesores a tiempo completo que enseñan las siguientes materias: anatomía, fisiología, microbiología, bioquímica, farmacología, y medicina preventiva y salud pública. Este último Departamento imparte enseñanza desde la iniciación hasta el final de la carrera de medicina.

El presupuesto de la Facultad de Medicina, que en 1954 fue de \$120.000, en 1957 se elevó a \$584.000, gracias a las contribuciones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las Fundaciones Rockefeller y Kellogg, la ICA y la sociedad "Pro Educación Médica," integrada por médicos y particulares interesados en la educación médica del país. La Facultad de Medicina, en cooperación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ha organizado, a través de la Dirección General de Sanidad, un Centro Sanitario Docente, anexo a la Facultad de Medicina, que prestará servicios de medicina preventiva y curativa, saneamiento y educación higiénica en un sector de la capital. Este centro se propone, como programa básico, el adiestramiento de los estudiantes que cursan el último año de medicina.

Desde 1954, la Dirección General de Sanidad ha puesto en práctica: a) la regionalización, que tiene por objeto la descentralización de la acción ejecutiva y la delegación de funciones y responsabilidades en los Directores Regionales de Salud Pública; b) la integración de los servicios preventivos y curativos, de saneamiento y educación higiénica, que tiene como objetivo prestar atención a la unidad de familia, bajo una unidad de edificio y la unidad de mando y de disciplina.

Los servicios locales de la Dirección General de Sanidad se agrupan administrativamente en siete regiones. Tienen como director, en cada uno de ellos, a un médico especializado en salud pública, que trabaja a tiempo completo. Los programas que se desarrollan son planeados por las divisiones técnicas y discutidos con todos los Directores Regionales quienes, a su vez, los discuten con los directores de los servicios locales antes de ser ejecutados.

En el Area de Demostración Sanitaria sólo existía anteriormente una delegación sanitaria atendida por un médico y un inspector que trabajaban 2 horas diarias. Desde fines del año 1957 está servida por 7 unidades de salud y 9 puestos rurales. Es indiscutible que en este programa se ha cumplido uno de sus objetivos, que es el adiestramiento de personal, ya que se han preparado 27 enfermeras, 85 inspectores sanitarios, 34 auxiliares de enfermería, 15 estudiantes de medicina que cumplen su servicio social y 6 odontólogos. Además, se han adiestrado enfermeras e inspectores de los países de Centro América y Panamá. Durante el año de 1957, el Area de Demostración Sanitaria recibió un visitante extranjero cada tres días. Cumpliendo los acuerdos internacionales con la OMS y la OSP, en el mes de agosto del presente año se inició la evaluación de este programa.

En cuanto a saneamiento rural, la Dirección General de Sanidad creó una División y un presupuesto especial para dotar de agua potable a la población rural del país. Este es un programa cooperativo entre las poblaciones rurales y la Dirección General de Sanidad. La población rural contribuye con un 10% de los costos, sea en materiales o en jornadas de trabajo. Desde 1954 hasta 1957 se instalaron 180 servicios de agua potable con lavaderos y abrevaderos para animales. Este programa tiene proyecciones futuras porque los núcleos organizados de familias están deseosos de colaborar en todo aquello que sea beneficioso para la salud.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social desea hacer constar su satisfacción y agradecimiento por la ayuda que en la lucha contra el enemigo común, le han prestado la Oficina Sanitaria Panamericana, la Organización Mundial de la Salud, el UNICEF, la ICA, el INCAP, la Fundación Rockefeller y la Fundación Kellogg. Y sabiendo que las bacterias, virus y parásitos no tienen idioma, ni religión, ni bandera,

ni raza y, por consiguiente, no respetan a nadie, el Ministerio de Salud Pública desea hacer presente su firme determinación de colaborar con todos los países para tratar de disminuir las enfermedades que tanto afectan al bienestar de los habitantes de América.

El PRESIDENTE: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

Informe del Delegado de la Argentina

El Dr. OUSSET (Argentina): Esta Delegación, al hacer uso de la palabra, persigue el propósito, no de referirse de nuevo a las condiciones sanitarias alcanzadas en los últimos cuatro años, puestas de manifiesto, por otra parte, en lo que al país respecta, en el brillante informe del señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, sino de reiterar los lineamientos generales de sus programas sanitarios, adelantados ya en la 11a Asamblea Mundial de la Salud, reunida recientemente en Minneápolis.

La nueva administración sanitaria de la Argentina, ha decidido enfrentar el problema de la salud con el más claro de los conceptos en cuanto a lo que sus actividades de protección, promoción o reparación demandan, y lo ha hecho señalando nítidamente que el presupuesto que sostiene sus actividades constituye económicamente una inversión y no un gasto.

Los señores Delegados han estudiado el Resumen de los Informes cuadriales presentado por la Oficina Sanitaria Panamericana y a él hemos incorporado un corrigendum al solo efecto de homologar las planillas de datos para un mismo año. En ese documento, nuestro país ha establecido diversas cifras que expresan un estado sanitario que hemos decidido enfrentar en diversas líneas.

Entre los principales problemas figura el del paludismo. Ya se ha distribuido a los señores delegados un informe sobre el programa de erradicación de esa enfermedad en nuestro país, y al cual nos referimos extensamente al examinarse este tema en una sesión anterior. Dicho programa, así como el de erradicación del *Aedes aegypti*, ocuparán preferente atención en los planes integrales, a fin de brindar el más alto nivel de salud y bienestar a grandes sectores de nuestra población, asegurando, en consecuencia, su sana participación en el proceso argentino de realización económicosocial.

En otro orden de cosas, el Gobierno de la Argentina impulsará el funcionamiento del Centro Panamericano de Zoonosis e intentará profundizar, a través de él, las fraternales relaciones con los países americanos, en una sola y decidida vocación de investigar y mejorar los problemas relacionados con dichas enfermedades. Pláceme anunciar ahora que, en los primeros meses del próximo año, celebraremos en dicho Centro una reunión de los países participantes en el programa y de las autoridades de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Hemos formulado ya en la Argentina las líneas directrices de la estructura de nuestros servicios preventivos y curativos, y confiamos en que seguiremos contando con la eficaz cooperación de un consultor de la Oficina Sanitaria Panamericana para el mejoramiento y adecuado régimen de los mismos.

En cooperación con las universidades, se llevará a cabo un importante esfuerzo en la formación de personal. Se halla ya en pleno desarrollo un curso de Ingeniería Sanitaria, vinculado a la Facultad de Ingeniería de Buenos Aires, y se está estudiando la manera de relacionar también activamente nuestro Departamento de Saneamiento Ambiental a otras escuelas universitarias y técnicas.

El señor Ministro de Asistencia Social y Salud Pública se ha comprometido a poner en marcha la Escuela de Salud Pública de Buenos Aires, proyecto en el que se hallan trabajando un Comité Nacional y un consultor de la Oficina Sanitaria Panamericana, y ha asumido personalmente esta tarea. Se hallan también en desarrollo activo los programas de enseñanza de enfermería y se están preparando planes para la especialización universitaria en pediatría social, actividad que estará vinculada a las actividades de campo de la Dirección de Higiene Maternoinfantil, para lo cual se planificarán actividades en cooperación con otros organismos internacionales, como el Instituto Interamericano del Niño y el UNICEF.

Se halla ya en las primeras etapas de su ejecución un ambicioso programa sobre salud mental. Esto, junto con el mejoramiento de nuestros Departamentos de Bioestadística, integran objetivos de indiscutible trascendencia que decididamente han de realizarse.

Por otra parte, los servicios nacionales se ocuparán de orientar la lucha contra enfermedades tales como la de Chagas, la brucelosis y la lepra.

Se ha decidido solicitar la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana para algunos de estos programas. Igual interés tiene el programa de la rehabilitación en general y en relación con la poliomielitis, que se intensificará el año próximo.

Respecto a las enfermedades transmisibles, he de señalar que, en investigaciones de una epidemia reciente, nuestros técnicos han aislado una virosis designada previamente como "mal de los rastros", que dentro de muy poco tiempo será comunicada oficialmente a las organizaciones académicas y sanitarias.

Las campañas contra la tuberculosis, hidatidosis, rabia serán actividades que contarán con el mayor apoyo, teniendo el firme propósito de mantener el más eficaz sistema para el control de la rabia.

Las actuales autoridades, al asumir la responsabilidad de la administración sanitaria en la Argentina, pudieron precisar mejor las causas que han determinado la falta de participación del personal sanitario en los planes del Ministerio. Sobre este aspecto, la administración nacional inducirá a realizar y cumplirá una efectiva labor docente para que su personal profesional y auxiliar participe activamente en los programas, para lo cual habrán de modificarse las actuales estructuras a fin de liberarlas de su pesada burocracia.

Nuestro plan no ha dejado de prever lo que hemos denominado "repatriación de técnicos", asegurándoles una participación efectiva en el país, que durante muchos años resolvió ignorarlos y facilitó irracionalmente su evasión.

Se mantendrán en forma permanente programas de evaluación que serán, en definitiva, los que nos marcarán el mayor o menor éxito de la gestión anunciada.

Los breves enunciados anteriores no constituyen un esquema aislado, sino que forman parte de una integración de actividades que han de trascender de lo económico hasta lo cultural. La nueva administración estatal en la Argentina se halla respaldada por una concepción social, centrada en el hombre, al que reconocemos la plena posesión de sus libertades, y a quien confiamos brindarle los más adecuados instrumentos socioeconómicos y culturales para que con ellos estructure libremente su peculiar sistema de vida y seguridad. Favoreceremos todo lo que le permita alcanzar un mejor estado de salud y bienestar.

A lograr este objetivo espera contribuir la fu-

tura planificación de los Servicios de Salud, en estrecha coordinación con los servicios de bienestar social, tratando de alcanzar, desde y para nuestra idiosincracia cultural, los diversos beneficios que los regímenes de seguridad social están ofreciendo en otros países.

Por último, deseamos señalar que se está dando especial importancia a la consideración de los niveles de desarrollo que puede alcanzar nuestro país, sobre todo en un momento en que, por la transformación de sus fundamentos económicos, los progresos que ellos determinen no dejen de ir acompañados por una estructura y unos programas sanitarios que mantengan adecuadamente el estado de salud de nuestras poblaciones.

En tal sentido, deseamos expresar la profunda atención con que hemos escuchado las palabras del Dr. Burney, quien ha tenido la virtud de llamar poderosamente la atención sobre cuáles son ya y serán en un futuro próximo los problemas de sanidad, consecuencia de los múltiples que traerá la civilización presente y la era acelerada en que estamos viviendo.

Estamos seguros que no ha de transcurrir mucho tiempo antes de que los organismos sanitarios internacionales empiecen a discutir y programar planes, en previsión de eventualidades que sin duda han de presentarse.

El PRESIDENTE: El Delegado del Perú tiene la palabra.

Proposiciones de la Delegación del Perú

El Dr. MUÑOZ (Perú): En atención al estado de fatiga de los señores delegados, yo no voy a ampliar los datos correspondientes a mi país que figuran en el informe cuadrienal. No obstante, hay una serie de hechos importantes que, por la brevedad del informe, no han sido considerados; entre ellos, el cambio de estructura del Ministerio, el funcionamiento de nuevos hospitales, el de nuevos centros médicos, la creación de dos escuelas de medicina que están funcionando y diversas campañas de lucha contra enfermedades transmisibles. Yo me voy a permitir mandar un resumen de todos estos puntos para que sea incluido en las actas de esta reunión, porque considero que puede servir de algún conocimiento a los señores delegados que en el futuro revisen sus archivos. Quisiera, sin embargo, que se reflejara un hecho de síntesis, que me voy a permitir someter a la consideración de los señores delegados.

Consideramos que la Conferencia Sanitaria Panamericana debe presentar una síntesis de lo dicho, síntesis que refleje el progreso alcanzado en la sanidad de los pueblos, pero que juntamente a ese progreso señale también las aspiraciones, las ansias y las inquietudes comunes a todos los que hemos participado en esta importante reunión, para que los pueblos y los Gobiernos sepan de esos afanes que no son sólo nuestros, sino que son comunes a todos los pueblos hermanos de América.

Por consiguiente, la Delegación del Perú se permite presentar a la consideración de este Pleno tres documentos en relación con el tema tratado. El primero dice así:

Carta de Salud de Puerto Rico

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo escuchado los informes presentados por los Países Miembros de la Organización sobre los progresos alcanzados en salud, en el período de 1954 a 1957; y

Habiendo tomado nota de las discusiones que han reflejado igualmente el estado sanitario en América,

Establece el presente documento a modo de conclusión general, que denomina "Carta de Salud de Puerto Rico", en el que en primer término

SEÑALA:

Que la salud ha experimentado evidente progreso en los países de América en relación con la lucha contra las enfermedades infecciosas evitables, y en diversos aspectos de la prevención y asistencia;

Que existen aún numerosos problemas de salud que repercuten sobre la vida de los habitantes de América, determinando la pérdida de apreciable potencial humano;

Que hay serias deficiencias en muchos países relativas al saneamiento ambiental, que son causas evidentes de perturbación en la vida y salud de los habitantes;

Que se constatan apreciables déficits en los organismos y en los medios destinados a la promoción, protección y recuperación de la salud, y que éstos no comprenden la totalidad de los habitantes de numerosos países;

Que los recursos económicos destinados por los países a la salud pública son insuficientes, no están en relación con el volumen de población, ni en muchos casos guardan armonía con la totalidad de las disponibilidades de la nación;

Que aun en los programas de desarrollo económico no se tiene en consideración preferente a la protección de la salud;

Que es insuficiente el número de profesionales especializados, de técnicos y de personal auxiliar,

para las necesidades y demandas crecientes de los organismos de salud.

En vista de estas constataciones y en el afán sincero de contribuir a solucionarlas,

DECLARA QUE:

1. La salud es una obligación primaria de los Gobiernos y pueblos, y que debe alcanzarse para todos los habitantes del Continente Americano, como medio eficaz de conseguir el bienestar social del individuo y la familia;

2. La salud es la base esencial de la democracia, y es un derecho inalienable y primigenio que debe comprender a todos los habitantes de un país, sin exclusivismos;

3. La salud es expresión de esfuerzos cooperativos del individuo, la familia y el Estado;

4. La salud es acción preferente en todo programa que tienda al desarrollo económico de los pueblos;

5. La salud es resultante del equilibrio entre el ambiente salubre y el individuo;

6. La salud es índice del estado económico, cultural y social del individuo y la comunidad;

Y como medios generales para alcanzar el mejor estado de salud para los habitantes del Continente;

RECOMIENDA:

1. La elevación de los recursos destinados a promover, proteger y recuperar la salud de los habitantes de los países de América, con preferencia a otras actividades, pues significa el resguardo de la capacidad biológica de los pueblos;

2. El mejoramiento de las condiciones generales de trabajo del individuo, comprendiendo ambiente adecuado, remuneración suficiente y de acuerdo con la labor, y vivienda higiénica;

3. La formulación de planes nacionales de salud, que señalen orden riguroso de prioridades para atender a los problemas de salud de los países, comprendiendo de modo esencial el saneamiento ambiental;

4. La cooperación amplia y ayuda mutua entre los diversos países para resolver en forma progresiva los problemas de salud;

5. La capacitación y entrenamiento apropiado del personal profesional, técnico y auxiliar, acorde con las necesidades de los planes de salud;

6. El intercambio permanente de experiencias, informaciones y resultados entre los diversos países de América;

7. La consideración de los programas de salud, en forma preferente, en todo plan de fomento económico de los pueblos.

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana deja constancia además de que cada vez se reafirman más los vínculos de solidaridad de los países de América

y del mundo ante los problemas de salud, pero que en el Continente, a través de la Organización Panamericana de la Salud y de su órgano ejecutivo, la Oficina Sanitaria Panamericana, se han de realizar mayores esfuerzos cooperativos, basados en el afán de Gobiernos y pueblos de luchar por una vida más sana, próspera y feliz de todos los habitantes de América.

Por otra parte, la Delegación del Perú somete a la consideración de la Conferencia el siguiente proyecto de resolución:

Plan continental de agua y desagües

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Considerando que uno de los problemas comunes a los diversos países de América es la deficiencia en los sistemas de aprovisionamiento de agua y de desagües;

Considerando que ello redundará en evidente daño a la salud, y se refleja en elevados índices de morbilidad y mortalidad de numerosas enfermedades; y

Teniendo en cuenta que la Organización debe propender a resolver problemas que son generales para diversos países,

RESUELVE:

1. Considerar a los sistemas de aprovisionamiento de agua y de desagües como esenciales para el progreso de la sanidad en América.

2. Encomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana la formulación de un plan continental de agua y desagües que comprenda: a) la realización de una encuesta en los diversos países de América; b) la sistematización de los procedimientos de abastecimientos de agua y desagües; c) la formulación de un programa piloto; y d) la elaboración del plan continental de agua y desagües.

3. Autorizar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para que interese a los Gobiernos y a las entidades de cooperación internacional, para el desarrollo progresivo del plan continental de agua y desagües.

Finalmente, la Delegación del Perú somete a la consideración de la Conferencia el siguiente proyecto de resolución:

Plan continental de lucha contra la tuberculosis

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Considerando que la tuberculosis presenta elevados índices de mortalidad y morbilidad en numerosos países de América;

Considerando que el progreso de la terapéutica permite el control conveniente de los casos, su oportuno tratamiento, así como evita la diseminación en los contactos;

Considerando que el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud ha presentado reco-

mendaciones definidas para formular experiencias amplias, que permitan apreciar los resultados en forma conveniente; y

Teniendo en cuenta que es deber de la Organización tratar sobre problemas de salud comunes a diversos países y que puedan obtenerse halagadores resultados,

RESUELVE:

1. Considerar a la tuberculosis como uno de los primeros problemas de salud a resolver en numerosos países del Continente.

2. Encomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana la formulación de un plan continental de lucha contra la tuberculosis que comprenda:

- a) experiencia amplia en una zona o país determinado para obtener planes definidos que permitan emplearlos en todos los países;
- b) la obtención de la cooperación que sea indispensable para la realización de la experiencia piloto;
- c) la estructuración en vista de los resultados de un plan continental de lucha contra la tuberculosis.

3. Autorizar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para que, sin perjuicio de los programas de erradicación en actual ejecución, despierte el interés de los gobiernos y de las entidades de cooperación internacional para la ejecución progresiva del plan continental de lucha contra la tuberculosis.

Estas son modestas contribuciones que la Delegación del Perú somete a la consideración del Pleno en la seguridad de que han de merecer su atención, pues únicamente tratan de promover intereses comunes que afectan a todos los países y que son los resultados de la experiencia de todos los sanitarios.

El PRESIDENTE: El Delegado de Perú nos ha presentado una serie de proyectos de resolución de trascendencia. Me gustaría conocer el parecer del Pleno en relación con los mismos. El Delegado de Venezuela tiene la palabra.

El Dr. ARREAZA GUZMÁN (Venezuela): Yo considero que los proyectos de resolución presentados por el distinguido Delegado del Perú tienen trascendencia e importancia. Pero, precisamente por ello, necesitan, antes de que puedan ser aprobadas y dadas a la luz pública por esta Conferencia, un estudio muy preciso y detallado de cada una de sus partes. Debe tenerse en cuenta que una resolución aprobada por esta Conferencia Sanitaria Panamericana va a tener trascendencia no sólo continental, sino mundial, y, por lo tanto, me parece absolutamente necesario que sea estudiada con un poco de más calma, y por eso me

permitiría recomendar que estos proyectos de resolución pasaran al estudio del Comité Ejecutivo en su próxima sesión, para ser presentados al Consejo Directivo en su reunión del año que viene.

El PRESIDENTE: ¿Alguna otra observación o sugerencia? El Delegado de Colombia tiene la palabra.

El Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia): Para apoyar la propuesta de la Delegación de Venezuela.

El PRESIDENTE: Hay una propuesta del Delegado de Venezuela, para que los proyectos de resolución que el Dr. Muñoz ha presentado sean referidos al Comité Ejecutivo, a fin de que éste los estudie y formule sus recomendaciones al Consejo Directivo. ¿Hay alguna objeción a esta propuesta? ¿Ninguna?

Aprobada.

El PRESIDENTE: La Delegación de Colombia va a presentar un informe en relación con el programa contra la poliomielitis en su país.

Aplicación de la vacuna de virus vivo atenuado de poliomielitis en Colombia

El Dr. ABAD GÓMEZ (Colombia): Durante los primeros meses de 1958 se presentó un brote de poliomielitis en la población de Andes (Antioquia), Colombia, habiéndose comprobado veintidós casos paralíticos y una muerte por dicha enfermedad. Por tal motivo, el Ministerio de Salud Pública solicitó la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana, la cual suministró a la Secretaría de Salud Pública del Departamento de Antioquia un consultor en poliomielitis, la nueva vacuna usada ya en pequeña escala en el Estado de Minnesota, Estados Unidos de América, y los vehículos necesarios para efectuar una campaña de vacunación con virus vivo atenuado de poliomielitis de los tipos I, II y III.

La vacunación estuvo a cargo de un médico epidemiólogo director del programa, un médico ayudante, una enfermera de salud pública y siete auxiliares de enfermería, que visitaron casa por casa a las familias de la zona urbana y de los núcleos rurales más densamente poblados, y suministraron las vacunas en forma de cápsulas o diluidas en agua azucarada, por vía oral.

La población de Andes es de 7.000 habitantes

urbanos y 43.000 rurales y sus condiciones higiénicas son bajas. La vacunación se inició en mayo de 1958. Se vacunaron primero, con virus vivo atenuado tipo I, 7.352 niños entre dos meses y siete años de edad; cuatro semanas después se suministró virus vivo atenuado de tipo II a 7.248 de los ya vacunados con el tipo I; tres semanas después se vacunaron con el tipo III 6.994 niños de los ya vacunados con los tipos I y II. Antes de iniciar la vacunación con el primer tipo se sangraron 751 niños menores de diez años, y tres semanas después de la última vacunación se sangraron 595 niños de los que habían sido previamente sangrados.

Después de iniciada la vacunación con el virus vivo atenuado del tipo I, en las zonas urbana y rural de la población de Andes se presentaron cinco casos más de poliomiélitis paralítica en núcleos rurales que no habían sido vacunados. No se presentó ningún otro caso, entre personas vacunadas ni en los familiares de estas personas, posterior a la primera vacunación con el virus tipo I. Durante todo el tiempo de la vacunación y dos meses después de la última vacunación con virus atenuado tipo III no se presentó ningún caso de poliomiélitis en la población vacunada ni en los contactos, ni en ningún otro miembro de la población. Esto puede asegurarse, pues se ha observado cuidadosamente esta población por medio de los médicos directores del programa, de los otros médicos residentes en la zona y de las enfermeras y auxiliares de enfermería.

Se supervisó cuidadosamente la incidencia de enfermedades en los grupos vacunados, encontrándose que no había ninguna indicación de la menor reacción a la vacuna y ningún caso siquiera sospechoso de enfermedad nerviosa posterior a esta experiencia. Esta permite asegurar la efectividad de la vacuna oral de tipo virus vivo atenuado para detener un brote epidémico y, además, en absoluta seguridad. Los análisis de los sueros tomados antes y después de la vacunación están siendo efectuados por los laboratorios de la "American Cyanamid Company" para averiguar los niveles y clases de anticuerpos en una muestra representativa, antes y después de la vacunación.

En vista de los buenos resultados de la demostración en el municipio de Andes, el día 22 de septiembre de 1958 se inició en la ciudad de Medellín, capital del Departamento de Antioquia, Colombia, una vacunación masiva por un per-

sonal compuesto de tres médicos directores, tres enfermeras y treinta auxiliares de enfermería, que están vacunando, casa por casa, con la vacuna de virus vivo atenuado tipo II, en la forma líquida, a todos los niños de la ciudad menores de diez años, que se calculan entre 150.000 y 200.000. Se darán después los tipos I y III.

La experiencia del municipio de Andes en Antioquia es la primera que se realiza en las Américas en tan gran número de personas utilizando los tres tipos de virus vivo atenuado, con una adecuada supervisión médica y de enfermería, y permite asegurar que la vacuna contra la poliomiélitis, fabricada con cepas vivas atenuadas del virus de dicha enfermedad, es efectiva para el control de un brote epidémico y es, además, segura.

EL PRESIDENTE: El Dr. González tiene la palabra.

EL DR. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): Aun cuando realmente es muy avanzada la hora, quisiera expresar el deseo del Director y del personal de la Oficina, de oír todas las observaciones o críticas que tengan los señores delegados en relación con el tipo de datos que han aparecido en el informe presentado, y que resume las informaciones que fueron suministradas por los Gobiernos Miembros.

Como ustedes saben, cualquier resumen no tiene un valor mayor que los datos escuetos que suministran los Gobiernos Miembros, y estos datos, naturalmente, son influidos, en gran parte, por el tipo de cuestionario que se envía a los Gobiernos Miembros. Por esta razón, cualquier crítica o sugestión constructiva sería de gran ayuda para la Secretaría.

Esta recomendación, por supuesto, posiblemente no podrá ser atendida en estos momentos dado lo avanzado de la hora, pero se suplica muy respetuosamente a todos los señores delegados que nos envíen por escrito, a la mayor brevedad posible tales observaciones, especialmente por el hecho de que es necesario, desde ahora mismo, ir planeando el trabajo de preparación del próximo informe cuadrienal que ha de presentarse a la XVI Conferencia y que servirá también a los Países Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana, para cumplir con la resolución de la 11a Asamblea Mundial de la Salud, que ha pedido a los Gobiernos Miembros de la OMS información para su segundo informe acerca de la

situación de la salud en el mundo; de modo que la información que den los Gobiernos servirá para el próximo informe cuadrienal y será útil también para el informe que ha de presentar la Organización Mundial de la Salud.

Para terminar, señor Presidente, hay sobre la mesa dos proyectos de resolución: uno que ha sido circulado con alguna anticipación y que se denomina "Proyecto de resolución sobre el personal de los servicios nacionales de sanidad", presentado por las Delegaciones de Brasil, México, Venezuela, Estados Unidos, Chile y Panamá; y otro que acaba de presentar la Delegación de Venezuela, y que se refiere a la preparación de los informes para la XVI Conferencia Sanitaria

Panamericana. No sé si usted desea, señor Presidente, que yo proceda inmediatamente a dar lectura a estos proyectos de resolución o desea tomar cualquier otra medida que crea más conveniente.

El PRESIDENTE: La Presidencia se permite proponer que levantemos ahora la sesión y celebremos mañana, de nueve a diez de la mañana, la última sesión plenaria para examinar estos dos proyectos de resolución, el informe del Relator de las Discusiones Técnicas y los demás asuntos que quedan pendientes. De este modo, los señores delegados podrán cumplir después sus compromisos con las autoridades locales.

Se levanta la sesión a las 23 h.

DECIMOQUINTA SESION PLENARIA

Viernes, 3 de octubre de 1958, a las 9 horas

Presidente: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos)

Tema 20: Informes de los Estados Miembros sobre sus condiciones y progresos sanitarios alcanzados en el período transcurrido entre la XIV y XV Conferencias Sanitarias Panamericanas (continuación)

El PRESIDENTE: Se abre la sesión. La Secretaría va a dar cuenta de dos proyectos de resolución presentados en relación con el tema 20.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): El primer proyecto de resolución fue presentado hace unos días por las Delegaciones de Brasil, México, Venezuela, Estados Unidos, Chile y Panamá, y dice así:

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Considerando que la XII Conferencia Sanitaria Panamericana en 1947, la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana en 1950 y la VIII Reunión del Consejo Directivo en 1955 recomendaron a los Países Miembros que no lo hubieran hecho, la adopción del tiempo integral para su personal técnico, otorgándole garantía de estabilidad, ascensos por méritos y compensación adecuada;

Considerando que del *Resumen de los Informes Cuadriennales sobre las condiciones sanitarias en las Américas* se desprende que todavía existen muchos países que no han seguido aquellas recomendaciones, y que en tales países una elevada proporción de

médicos que trabajan en los servicios sanitarios están empleados a tiempo parcial;

Teniendo en cuenta el hecho de que los recursos financieros de los Gobiernos, de la Organización Sanitaria Panamericana y de la Organización Mundial de la Salud no se utilizan provechosamente cuando se dedican a becas y adiestramiento de personal de salud pública a tiempo parcial; y

Considerando que, debido a la interdependencia de los países en materias que afectan a la salud de sus habitantes, todos los países de las Américas están interesados en que en cada uno de ellos existan servicios sanitarios con un personal adecuado,

RESUELVE:

Apremiar a los Estados Miembros a que establezcan, si todavía no lo han hecho, un régimen de tiempo completo y dedicación exclusiva para el personal profesional de salud pública, asegurando (a) estabilidad en la carrera, (b) selección y ascenso del personal convenientemente adiestrado sobre la base de los méritos personales, y (c) una remuneración adecuada.

El PRESIDENTE: ¿Alguna objeción u observación a este proyecto de resolución? El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. OUSSET (Argentina): Yo lamento no tener aquí, en mi mesa, el proyecto de resolución, pero pediría que se me aclarara si están incluidos

también otros profesionales. Nosotros tenemos el problema de los ingenieros, por ejemplo.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): El proyecto de resolución que acabo de leer hace referencia al personal profesional de salud pública, que, a mi entender, comprende no solamente a los médicos, sino a todos los que teniendo un título contribuyen a actividades de salud pública, que después de todo es un trabajo de equipo, un trabajo multiprofesional.

El PRESIDENTE: El Delegado de la Argentina tiene la palabra.

El Dr. OUSSET (Argentina): Muchas gracias, Dr. González. Me parecen muy bien sus explicaciones.

El PRESIDENTE: ¿Alguna otra observación u objeción a este proyecto de resolución? El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Me pareció escuchar que en el proyecto de resolución se dice "apremiar a los Estados Miembros". Yo suplicaría que se cambiara ese término, porque "apremiar" no me parece una expresión adecuada de este organismo hacia los Gobiernos. Los gobiernos pueden ser recomendados, solicitados, pero no pueden ser apremiados por la Organización.

El PRESIDENTE: ¿Qué palabra sugeriría el Delegado de Cuba?

El Dr. HURTADO (Cuba): "Recomendar", "referir", pero no apremiar.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): Quedaría entonces en la siguiente forma: "Resuelve recomendar a los Estados Miembros, etc."

El PRESIDENTE: ¿Alguna otra observación u objeción? Queda aprobado el proyecto de resolución con la enmienda propuesta por el Delegado de Cuba.

Aprobado.¹

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): El segundo proyecto de resolución presentado a la Conferencia emana de la Delegación de Venezuela, y dice así:

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana, Considerando que el *Resumen de los Informes Cuadriennales sobre las condiciones sanitarias de los Países Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana*, preparado para la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, señala un progreso evidente en

la provisión de datos para la planificación de los programas nacionales e internacionales de salud pública;

Considerando que para la preparación del informe de la misma naturaleza que habrá de presentarse a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, será de mucho valor la disponibilidad de información de todos los países, lo más completa posible, que cubra el mayor número de datos sobre las estadísticas vitales y sanitarias; y

Considerando que la Ila Asamblea Mundial de la Salud, en su Resolución WHA11.38 ha invitado a los Gobiernos Miembros a presentar informes del período 1957-1960 para preparar el II Informe sobre la situación sanitaria mundial,

RESUELVE:

1. Recomendar a los Países Miembros que tomen las medidas necesarias para que los informes sobre sus condiciones sanitarias, que prepararán para la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, incluyan información completa en los distintos campos de las estadísticas vitales y sanitarias.

2. Recomendar igualmente a los Países Miembros que mejoren la información presentada a fin de facilitar la determinación de los problemas y el conocimiento de los recursos existentes, condiciones esenciales para la más provechosa planificación de los programas sanitarios nacionales e internacionales.

3. Solicitar la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana para la prestación de servicios técnicos destinados a ayudar a los países en la obtención de la información estadística que habrán de preparar para el informe cuatrienal que se presentará a la XVI Conferencia y para el II informe de la OMS sobre la situación mundial.

El PRESIDENTE: ¿Alguna observación u objeción a este proyecto de resolución? El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Únicamente para una cuestión de estilo. En el primer párrafo, hay tres veces la palabra "sanitaria". De modo que se podría modificar para que resultara un poco mejor la redacción.

El PRESIDENTE: El Dr. González tiene la palabra.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): Tal vez se podría subsanar el inconveniente señalado por el Delegado del Perú si se suprimen las dos palabras "Sanitaria Panamericana", después de la palabra "Organización", y en vez de decir "la XV Conferencia Sanitaria Panamericana", se diga "para esta Conferencia".

El Dr. MUÑOZ (Perú): Mi observación se refiere también a la parte resolutive.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): Se podría decir "sobre sus condiciones de salud."

¹Resolución XXXVI, pág. 41.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Y suprimir "y sanitarias", después de "estadísticas vitales". Lo vital es parte de lo sanitario.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): En términos generales, nosotros usamos, en salud pública, la frase "estadística vital", para determinar el registro de determinados eventos y "estadísticas sanitarias" para registrar otro tipo de datos. Estadísticas vitales se asemeja más a lo que usualmente se llama "estadísticas demográficas". Las estadísticas sanitarias son más bien estadísticas de servicios, de recursos, etc.

El PRESIDENTE: ¿Sería aceptable cambiar "condiciones sanitarias" por "condiciones de salud", y dejar "estadísticas vitales y sanitarias"? El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Sería mejor poner "estadísticas en general"; comprende todas las variedades de estadísticas.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): Otra solución para evitar esta repetición de palabras, sería decir "... incluyan información completa en los distintos campos de la estadística" o "incluyan información estadística completa, en los distintos aspectos de la salud".

El PRESIDENTE: El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Yo creo que eso puede completarlo la Secretaría; no es un problema de importancia que se haya de discutir aquí y demore la sesión plenaria, pues se trata solamente de una cuestión de estilo.

El PRESIDENTE: ¿Alguna otra observación a este proyecto de resolución? Queda aprobado con las modificaciones de estilo encomendadas a la Secretaría.

*Aprobado.*¹

Tema 19: Discusiones Técnicas sobre la Prevención de los Accidentes de la Infancia

Informe del Relator

El PRESIDENTE: De acuerdo con el orden del día, el Relator de las Discusiones Técnicas va a presentar ahora el informe correspondiente.

*El Dr. Abad Gómez (Colombia) da lectura al informe.*²

El PRESIDENTE: Muchas gracias, Dr. Abad Gómez, por la presentación de este informe. ¿Hay algún comentario sobre el mismo? No habiéndolo, queda aprobado.

*Aprobado.*³

El PRESIDENTE: El Delegado del Uruguay tiene la palabra.

Homenaje al Dr. Fred L. Soper

El Dr. BERTOLINI (Uruguay): Deseo recordar a la Mesa que en la undécima sesión plenaria, celebrada hace dos días, la Delegación del Uruguay, apoyada por la del Perú, propuso, y así consta en acta, que a raíz de la moción para que se declare al Dr. Soper ciudadano de América, se pasara nota a la Organización de los Estados Americanos en ese sentido. Como me dijeron que eso no estaba aún concretado en una moción escrita, voy a dar lectura a un proyecto de resolución que someto a la consideración de los señores delegados. Dice así:

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Teniendo en cuenta los altos merecimientos del Doctor Fred L. Soper, durante doce años de actuación como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana;

Teniendo en cuenta los esfuerzos que el Dr. Soper, técnico eminente, ha realizado para impulsar el progreso de la sanidad continental;

Reconociendo como excepcional el caso de que un científico haya llevado a cabo, con insuperable maestría, una labor práctica en beneficio de los pueblos de todo un continente e incluso del mundo entero; y

Considerando que tales hechos y circunstancias merecen el reconocimiento más elevado de los Gobiernos y de los pueblos,

RESUELVE:

1. Declarar por aclamación al Dr. Fred L. Soper, Ciudadano de América, como símbolo de los progresos sanitarios continentales alcanzados hasta el presente.

2. Que se comunique la presente resolución, y el texto de las actas de las sesiones plenarias en que fue propuesta y aprobada, a la Organización de los Estados Americanos con el ruego de que estudie la posibilidad de dar forma solemne y concreta a la aspiración unánime de esta Conferencia.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): Cuando el Delegado del Uruguay hizo la propuesta, la Delegación de Cuba la secundó con todo calor, y seguimos en

¹Resolución XXXVII, pág. 42.

²Véase Parte V, Anexo 4, pág. 521.

³Resolución XXXVIII, pág. 42.

esa misma posición. Nos referimos ahora simplemente a una cuestión de forma, a la advertencia aclaratoria que hizo el Dr. Muñoz, Delegado del Perú. Nosotros podemos considerar por nuestra parte al Dr. Soper como eminentísimo ciudadano de América, y todos y cada uno en particular, en nuestros países, podemos considerarlo como conciudadano, de una manera absoluta. Pero este foro no tiene facultades para dar viabilidad legal a la propuesta, por ser un problema que compete a los países en su condición de unidades políticas, y existiendo, como existe, un organismo que nos une políticamente, es la Organización de los Estados Americanos la que ha de pronunciarse. El problema de forma puede resolverse mediante una resolución de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana declarando por aclamación que el Dr. Soper, "símbolo de los progresos sanitarios continentales alcanzados hasta el presente" es merecedor del título de Ciudadano de América, y comunicarla a la Organización de los Estados Americanos para que ésta proceda según sus reglas internas. El problema está sencillamente en dejar expuesto nuestro sentimiento favorable a ese reconocimiento, pero nosotros no constituimos la persona jurídica capaz de hacer esa declaración.

El PRESIDENTE: ¿Acepta el Dr. Bertolini la enmienda del Delegado de Cuba?

El Dr. BERTOLINI (Uruguay): Sí, señor Presidente.

El PRESIDENTE: El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Yo creo que esta moción fue votada por aclamación. Lo único que faltaba era tramitarla en forma reglamentaria y creo que no hay necesidad de repetir la votación a que ya se procedió en una sesión anterior.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción a que el proyecto de resolución del Delegado del Uruguay se modifique de conformidad con la enmienda presentada por el Dr. Hurtado? No habiéndola, así queda acordado.

*Aprobado.*¹

Tema 28: Selección del tema para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XI Reunión del Consejo Directivo

El PRESIDENTE: Se somete a debate el tema 28.

La Secretaría hará la presentación del documento correspondiente.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): La Oficina preparó, para ayudar a los señores delegados a tomar la decisión que estimen pertinente, el Documento CSP15/21.² En él figuran algunas consideraciones que el Director presenta, así como las recomendaciones que hace para la selección del tema que se examinará en las Discusiones Técnicas del próximo Consejo Directivo.

El documento menciona que en el *Resumen de los Informes Cuadriennales sobre las condiciones sanitarias en las Américas* se ponen de relieve temas de especial interés en este Hemisferio. En dicho informe se indican los campos en que deben ampliarse las actividades y en que se deben facilitar servicios a una proporción mucho más elevada de la población. Los siguientes temas se citan a título de ejemplo:

En el campo de la higiene materno-infantil, la mortalidad excesiva en la infancia y en la primera niñez como consecuencia de la alta prevalencia de enfermedades gastrointestinales, respiratorias y transmisibles. A este respecto, podría ser provechoso un debate sobre la aplicación, por los servicios de salud pública de las Américas, de métodos conocidos para la prevención de esta mortalidad excesiva.

Aparte de las actividades de erradicación de ciertas enfermedades transmisibles, se dispone, para prevenir fácilmente otras enfermedades de este tipo, de medios que merecen mayor atención y estudio.

La ampliación de los servicios de saneamiento del medio, y especialmente de abastecimiento de agua, permitiría ahorrar muchas vidas. El Comité Asesor en Saneamiento del Medio recomendó la elaboración de un programa de gran alcance para el abastecimiento de agua a todas las colectividades urbanas. Los aspectos técnicos, financieros y administrativos de este problema podrían también constituir un tema para las Discusiones Técnicas.

Y ya hacia el final de ese mismo documento, el Director indica que, sobre la base de las anteriores consideraciones, la Conferencia podría tener a bien considerar el tema "Aspectos técnicos, financieros y administrativos de los servicios de abastecimiento de agua" para las Discusiones Técnicas de 1959; pero también agrega algunos

¹Resolución XXXIX, pág. 43.

²Documento mimeografiado.

otros que podría considerar de la Conferencia, como los siguientes: 1) Métodos para la ampliación del programa de higiene maternoinfantil; 2) Métodos para intensificar la prevención de enfermedades transmisibles; 3) Ampliación de las funciones y alcance de los servicios locales de salud pública, y 4) Educación y adiestramiento del personal necesario para los planes nacionales de salud pública.

También se ha agregado a este documento una lista de los temas discutidos en los cuerpos directivos de la Organización Sanitaria Panamericana desde 1953, y una lista de los temas tratados por la Asamblea Mundial de la Salud desde 1951.

El PRESIDENTE: El Delegado de Costa Rica tiene la palabra.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica): Señor Presidente, tenemos a la vista las estadísticas del Informe Cuadrienal, destacándose como problema común la elevada mortalidad infantil y como causa principal de muerte las enfermedades gastrointestinales.

Parece que ese es un factor determinante en la selección del tema para las Discusiones Técnicas y, como para variar esas cifras es indispensable concentrarse en el saneamiento ambiental, y como dentro del saneamiento ambiental, el punto clave es el agua potable, la Delegación de Costa Rica apoyaría que el tema de las próximas Discusiones Técnicas fuera "Agua Potable", considerándose los aspectos administrativos, técnicos, económicos, etc., de este grave problema en las Américas.

El PRESIDENTE: El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Estoy de acuerdo en que en el estudio de los informes cuadrienesales se destaca el predominio de los trastornos gastrointestinales en el niño como una de las causas determinantes de su elevada morbilidad y mortalidad, como ha señalado el Delegado de Costa Rica. Pero en cuanto al tema para las próximas Discusiones Técnicas, yo recomendaría que se le diera otro título. El Dr. Vargas Méndez dice "Agua potable"; yo diría "El agua como factor esencial en el mantenimiento de la salud pública".

Este tema, así enunciado, tiene mayor amplitud desde el punto de vista técnico. Agua potable es una fracción del tema "Agua". El agua como factor de vida universal; el agua que entra, el agua que sale; los servicios de agua corriente, como le

llaman en algunos países, los acueductos en una palabra, como le llaman otros. La condición de potabilidad del agua a que se refiere el Dr. Vargas Méndez, es un factor de indiscutible valor sanitario; pero tanto valor tiene el estudio, mantenimiento y control del agua potable, como después el drenaje de esta agua que se ha utilizado para miles de usos y a la cual hay que dar salida y tratamiento. Porque el agua que entra puede ser un factor de inseguridad, siendo vehículo de agentes determinantes de enfermedades. Pero mucho más vehículo y fuente etiopatogénica de los trastornos gastrointestinales son las aguas que salen no tratadas. Es decir, el déficit de los drenajes, la falta de alcantarillados. Ahí hay un factor enormemente determinante de circunstancias complejas etiopatogénicas.

Es muy difícil que, en condiciones generales, en el agua de beber llegue el factor etiológico. Mientras que las aguas de drenaje normalmente están llenas de todos los factores, o de miles de factores etiopatogénicos de enfermedad.

Además, si la intención, que es muy laudable, es proteger al niño en todo lo referente al agua, hay que estudiar el agua en el niño, hay que considerar al niño como un factor en íntimo contacto con las condiciones del agua; es decir, el agua como disolvente natural, como vehículo en el que se mantienen todas las sustancias nutrientes del propio individuo.

En una palabra serían muchos los argumentos para mantener la importancia de la tesis de escoger "El agua", en su aspecto más amplio, como tema para las Discusiones Técnicas del próximo Consejo Directivo. En consecuencia, reafirmo que el título más adecuado sería "El agua como factor esencial en el mantenimiento de la salud pública".

El PRESIDENTE: El Delegado de Nicaragua tiene la palabra.

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua): La Delegación de Nicaragua desea ampliar un poco más las ideas expresadas por las dos Delegaciones anteriores, y proponer el siguiente tema: "Los estudios sobre la nutrición en los pueblos, como base fundamental para cuidar la salud".

Quiero hacer mención especial de estudios bastante completos que se han llevado a cabo últimamente en el INCAP, en Guatemala. En ellos se ve que con una nutrición defectuosa por falta de proteínas, existe consecuentemente un síntoma

parecido al del kwashiorkor, que acarrea una mortalidad del 50% en niños menores de cinco años.

De modo que la base fundamental está en la nutrición de los pueblos. El agua es un elemento, pero no hay que olvidar que la alimentación bien dirigida, con agua bastante regulada, es la base para luchar contra las enfermedades. Es una base tan necesaria que la Fundación Rockefeller hace años dejó los servicios de salubridad pública, preventivos, educativos y otros, para concentrarse, más que todo, en los problemas de la agricultura y la nutrición y en los de enseñanza de ciencias médicas. Por lo tanto, existiendo este Instituto, en donde se han hecho trabajos muy buenos sobre nutrición, me parece que sería conveniente presentar al Consejo Directivo un programa y un estudio que merezcan la pena y que sean conocidos por toda América. Estoy seguro que cuando los Gobiernos lo conozcan, el INCAP ya no será el INCAP, sino sencillamente una institución de toda América Latina. Es tan fuerte y grande el problema de la nutrición de nuestros pueblos que la mortalidad, las diarreas y las infecciones que causa, dejan prácticamente al niño sin defensa. Hemos estudiado en Guatemala ese niño fofo, gordo, que parece que está en buen estado de salud pero que prácticamente está esperando la muerte. Y, como les he dicho, en Guatemala, el cincuenta por ciento de esos niños se pierden antes de los cinco años de edad como consecuencia de la mala y defectuosa nutrición.

Creo que en la mayor parte de nuestros países esa mortalidad tampoco debe ser menor. De modo, pues, que incluyendo también la parte relativa al agua, quisiéramos que se tomara en consideración esta proposición de mi país, porque consideramos que es fundamental.

El PRESIDENTE: El Delegado de los Estados Unidos tiene la palabra.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos) (*traducción del inglés*): Deseo añadir la opinión de nuestra Delegación para apoyar las manifestaciones del Dr. Vargas Méndez y del Dr. Hurtado, relativas a la selección del tema de los suministros de agua para las Discusiones Técnicas del año próximo. En mi opinión, este tema es, sin lugar a dudas, el problema número uno de los médicos higienistas de todo el Hemisferio Occidental. No sólo se ha mencionado muchas veces estos últimos días cuando los funcionarios de los Ministerios de Sa-

nidad presentaban los informes de los adelantos realizados en los últimos cuatro años, sino que también existen muchas otras pruebas de un interés muy grande y continuo por el problema de las enfermedades diarreicas y del suministro de agua como solución a este problema. Permítaseme que, como cuestión de interés general, haga un recuento de algunas de ellas. Estoy seguro de que ya ustedes conocen muy bien estos hechos.

El año pasado, el Comité Interamericano de Representantes de los Presidentes examinó el problema y aprobó una resolución en que se reconocía que las enfermedades diarreicas constituían un problema muy importante en las Américas, y recomendaba la ejecución de un intenso programa de suministros de agua como solución a este problema. La Asamblea Mundial de la Salud, reunida en Mineápolis en mayo último, dedicó una considerable cantidad de tiempo a discutir nuevamente el mismo asunto y aprobó una enérgica resolución en la que se encarecía al Director General que estudiara el problema de los abastecimientos de agua. Dentro de pocas semanas se reunirá en Ginebra un grupo de expertos que estudiará cuidadosamente este problema y esperamos que de estas reuniones salga un programa serio y constructivo. Estamos seguros de que así será.

He notado que estos últimos días, mientras discutíamos los informes de los países, casi todos los delegados han mencionado el abastecimiento de agua como importante problema de salud pública y han indicado que su país proyectaba dedicar en los próximos años atención especial al problema, especialmente en lo que se refiere a los programas de abastecimiento de agua en las poblaciones pequeñas y zonas rurales.

También he observado que el Delegado del Perú ha presentado una resolución, que hemos referido al Comité Ejecutivo, en la cual se encarece un estudio minucioso e intenso del problema de los abastecimientos de agua.

Para esta Delegación, todo esto es prueba contundente del gran interés que hay a este respecto y del reconocimiento general del importante problema que existe, en primer lugar, por la extensa prevalencia de las enfermedades diarreicas y, en segundo lugar, porque para resolverlo tenemos que emprender un programa que abarque tanto al suministro de agua para beber como para la higiene personal de todas las gentes. Por consiguiente, apoyamos calurosamente la propuesta

de estudiar este tema en las Discusiones Técnicas del año próximo.

El PRESIDENTE: El Delegado de México tiene la palabra.

El Dr. DÍAZ COLLER (México): Sin dejar de reconocer la importancia de lo dicho por el Delegado de Nicaragua, yo deseo llamar la atención sobre el hecho de que en 1953 el tema de las Discusiones Técnicas en el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana fue "Programa de nutrición en los servicios de salud pública". Efectivamente, yo creo que los problemas de nutrición son básicos. Pero los países de América Latina, como se desprende del *Resumen de los Informes Cuadriennales sobre las condiciones sanitarias en las Américas*, tienen el problema del agua. Yo quiero decir solamente algunas palabras en apoyo de las opiniones de los señores Delegados de Costa Rica, de Cuba y de los Estados Unidos.

En el documento que nos ha leído el Dr. González, vemos que la Secretaría de nuestra Organización, de nuestra Oficina, ha estudiado ese resumen y emite como opinión, después de haberlo estudiado, que el tema "Aspectos técnicos, financieros y administrativos de los servicios de abastecimiento de agua" es el que podría tener mayor interés en estos momentos. Yo no insistiría en el título, sino quizás en que se vieran los dos aspectos importantes: el aspecto urbano y el rural.

He examinado también el Anexo I del Documento CSP15/21 en que figuran todos los temas de las Discusiones Técnicas, tanto de la Organización Sanitaria Panamericana como de la Organización Mundial de la Salud, y en ninguna de ellas se ha tocado el tema "Agua".

En el Artículo 7 del Reglamento para las Discusiones Técnicas,¹ se indica que la Conferencia o el Consejo Directivo escogerán el tema o podrán delegar esta facultad en el Comité Ejecutivo.

Yo creo, señor Presidente—y lo sugeriría así a los señores delegados—que escogiendo el tema general "El agua", quizás se delegara en el Comité Ejecutivo la facultad de establecer el título completo, si se estudiarían los aspectos técnicos, financieros y administrativos o si se escogería el tema sugerido por el señor Delegado de Cuba, es decir, "El agua como factor esencial en el mante-

nimiento de la salud pública". El tema "Agua potable", sugerido por el Dr. Vargas Méndez, de Costa Rica, es bastante amplio. Quizá el problema de muchos lugares sea primero tener agua y después tener agua potable. En fin, hay muchos aspectos que podría estudiar el Comité Ejecutivo. Pero sí creo que esta Conferencia podría determinar el tema general "El agua", a reserva de que el Comité Ejecutivo eligiera el título final, porque, en opinión de las personas que prepararon el resumen de los informes cuadriennales y que han estudiado este asunto—opinión basada en las consideraciones que sobre dichos informes se exponen en el documento a que he hecho mención—la Conferencia podría tener a bien seleccionar un tema relacionado con el agua, por lo cual yo lo apoyo.

El PRESIDENTE: El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Hemos escuchado con atención la intervención del Dr. Sánchez Vigil sobre la selección del tema de las Discusiones Técnicas. Desde luego, me gustaría que en el futuro el Dr. Sánchez Vigil tomara, al referirse a esta clase de trastornos, la orientación técnica de los pediatras que, en conclusiones reiteradas del Congreso Panamericano de Pediatría, rechazan totalmente el empleo del término "Kwashiorcor" para quedarnos definitivamente con el de "Síndrome pluricarencial", que ha sido el empleado aquí mismo por el Dr. Scrimshaw, Director del INCAP.

Comparto el argumento del señor Delegado de México sobre la nutrición. Nutrición es vida, nutrición es todo. Si nosotros tuviéramos tiempo para programar un curso de técnicos nutricionistas, muy bien. Pero se trata de escoger un tema para unas discusiones en la Conferencia o el Consejo que, por razones de pedagogía, deben tener un límite, una extensión determinada. Por consiguiente, insisto en que "El Agua" da oportunidad de desarrollar los temas técnicos dentro de las líneas generales que nos hemos impuesto para estas discusiones.

Acepto que la Conferencia diga simplemente "El agua". Me parece muy bien. Porque no creo que a nadie a quien se le encargue el estudio del agua desde el punto de vista técnico, pueda limitarse al agua potable que ya es un capítulo, dentro del tema "El agua", de una gran extensión, sino que tendrá que hacer una tesis general

¹Véase Parte V, Anexo 4, pág. 497.

del agua, desde sus fuentes de origen hasta sus fuentes de eliminación.

De manera que yo apoyo la enmienda propuesta por el Delegado de México, con tal de que la Conferencia determine claramente que el tema esencial de las próximas Discusiones Técnicas debe ser el agua. Estoy seguro que, en ese caso, tendrá que estudiarse el agua en todos sus aspectos sanitarios.

El PRESIDENTE: El Delegado de Venezuela tiene la palabra.

El Dr. BERTI (Venezuela): El agua es quizás el segundo recurso natural, después del hombre. Pero, desafortunadamente, se ha venido desaprovechando este gran recurso, particularmente en uno de los aspectos en que puede rendir un mayor servicio a la humanidad, como es su conveniente uso para combatir uno de los grandes flagelos de los trópicos: las enfermedades gastrointestinales. Con toda la importancia que se debe dar al agua, recordemos que cuando empezamos a hablar del tema fuimos llevados a él por las enfermedades gastrointestinales.

Debido a la gran jerarquía, a la gran importancia que tienen esas enfermedades, como ya han mostrado los informes, es necesario atacarlas desde todos los frentes. Naturalmente, debemos pensar en los otros medios de combatir las, y creo que ya es tiempo de que vayamos pensando también en el control de las moscas. Cuando digo el control de las moscas, no me refiero al aspecto fundamental de la actividad de matar moscas con insecticidas o algo así. Me refiero al aspecto de mayor amplitud como medida fundamental de saneamiento del medio, es decir, a la recolección y eliminación de basuras y, por supuesto, a la aplicación de insecticidas que en el futuro puedan desarrollarse eficazmente para combatir las.

Por lo tanto, apoyando completamente la política sanitaria del agua, creo que el objetivo fundamental es el combate de las diarreas y enteritis, y por lo tanto debemos ampliar este tema a fin de cubrirlo en todos los aspectos para un frontal integral. Así es que me permitiría, pues, ampliar el tema y llamarlo, por ejemplo, "El saneamiento ambiental para combatir las enfermedades gastrointestinales". Así tendríamos al agua con la gran prioridad que le estamos dando, sin omitir ninguno de los otros aspectos que tenemos a la mano para combatir dichas enfermedades. Propongo, pues, ampliar el título del tema

para incluir el agua y los otros aspectos relativos a las enfermedades que tanto nos interesan.

El PRESIDENTE: El Delegado del Reino de los Países Bajos tiene la palabra.

El Dr. SWELLENGREBEL (Reino de los Países Bajos): Deseo referirme a la propuesta original del Dr. Hurtado: "El agua como factor esencial en el mantenimiento de la salud pública". No estoy seguro si la mantiene o no, pero supongo que no la ha retirado.

Debo decir que me gusta mucho esa proposición. Es sencilla y a la vez amplia. También es, si se me permite decirlo, filosófica y por lo tanto apropiada para las Discusiones Técnicas, si tomamos el término "técnicas" en su sentido más amplio, que en realidad quiere decir "científicas".

Por esta razón, me adhiero sinceramente a ella. Si el Dr. Hurtado la ha retirado, propongo de nuevo el mismo tema. Si la mantiene, deseo apoyarla.

El PRESIDENTE: El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Deseo apoyar el tema propuesto. Lo habíamos considerado tan importante que ya el Dr. Williams recordó que la Delegación del Perú había presentado un proyecto de resolución, que fue referido al Comité Ejecutivo.

Creemos que el primer problema es el del saneamiento en el sentido integral, pero el saneamiento hay que empezarlo por el agua y el desagüe. De modo que mi adhesión es al tema fundamental de "El agua", incluyendo en él, naturalmente, los sistemas de desagüe.

El PRESIDENTE: El Delegado de Honduras tiene la palabra.

El Dr. JAVIER (Honduras): Si analizamos cuidadosamente los factores concurrentes que producen las diarreas infantiles, tenemos forzosamente que llegar al conocimiento de que esas enfermedades se producen fundamentalmente por la contaminación, no sólo del agua, sino de todos los alimentos que llegan a la boca de los niños. El agua, desde luego, es un factor de vida, pero igualmente puede ser un factor de muerte. Lo mismo acontece con los demás alimentos. La leche, que es uno de los alimentos fundamentales de gran consumo en la infancia, es otro de los factores, o mejor dicho, otro de los alimentos que se contaminan frecuentemente. Lo mismo cabe

decir de los jugos de frutas, de las diversas comidas, como recordará el que haya visitado los mercados de algunos países de la América Latina. En nuestros mercados se vende piña partida, naranjas partidas, sandías partidas, etc., y, como decía el Dr. Berti, la mosca es uno de los vehículos más frecuentes de contaminación.

Por consiguiente, sin soslayar la gran importancia que la pureza del agua tiene en la prevención de las diarreas infantiles, quisiera que se incluyera, como absolutamente indispensable para que las aguas estén puras, lo que ha señalado el Dr. Berti sobre el saneamiento ambiental, y esencialmente la eliminación de excretas. En mi concepto, de nada serviría que hiciéramos enormes inversiones en instalaciones de agua potable y que se pretendiera darnos un agua absolutamente pura, si alrededor han de persistir los otros factores capaces de producir la diarrea. Con las instalaciones de agua no vamos a purificar la leche, no vamos a purificar las frutas, en la forma práctica que se observa en el consumo en nuestros países.

Por lo tanto, adhiriéndome a la excelente proposición presentada por la Mesa, en primer lugar, y a las acertadas sugerencias de los señores Delegados de Costa Rica y Cuba, he de añadir que no descuide este otro factor del saneamiento ambiental porque sería ilusoria la purificación del agua si no contamos con la purificación del resto del ambiente.

El PRESIDENTE: El Delegado de Colombia tiene la palabra.

El Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia): Parece que hay acuerdo entre los señores Delegados respecto del tema, que sería el agua. Hay discrepancias en cuanto al título. Personalmente, me agrada mucho el que ha sugerido el señor Delegado de Cuba porque es un título lapidario. Mas, como observo que se está ya discutiendo propiamente, no el título, sino el tema, yo considero, señor Presidente, que podría tomarse en cuenta la sugestión que acaba de hacer el señor Delegado de México, en el sentido de que se escoja el tema "El agua", y que la selección definitiva del título se dejase al Comité Ejecutivo para su próxima reunión. Como ha dado su parecer una mayoría de las delegaciones, podría ya someterse a votación el tema de las Discusiones Técnicas futuras.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción a la pro-

posición del Delegado de Colombia? El Delegado de Venezuela tiene la palabra.

El Dr. BERTI (Venezuela): No deseo hacer ninguna objeción, pero estimo que debiera recomendarse al Comité Ejecutivo que estableciera el título sin indicarle nada, sino que se limitara a tener en cuenta el espíritu de las diferentes intervenciones que se han hecho. Por supuesto, estamos de acuerdo con el tema "El agua", pero algunos sugerimos alguna ampliación del título.

El PRESIDENTE: El Delegado de El Salvador tiene la palabra.

El Dr. PINEDA (El Salvador): La Delegación de El Salvador está de acuerdo en que se escoja el tema "El agua", y se adhiere a la proposición de los señores Delegados de Cuba, México y los demás que nos han precedido.

No creo conveniente que se agregue más al tema "El agua", puesto que entonces tendríamos que tratar todo lo que es saneamiento, y que comprende vivienda, alimentos, basuras, etc. Solamente el tema "El agua" es más que suficiente para las Discusiones Técnicas. Creo que la Mesa debería ya ponerlo a votación.

El PRESIDENTE: El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): Yo creo que debemos concretar nuestra posición y determinar aquí el tema de las Discusiones Técnicas, es decir, "El agua".

No pretendo que se acepte específicamente la denominación que di de "El agua como factor esencial en el mantenimiento de la salud pública". Acepto que el Comité Ejecutivo la rectifique, la cambie, encuentre una mejor; no me importa. Lo que quisiera añadir, antes de votar este asunto, es lo siguiente:

Entendiendo, como entiendo, que si no es unánime va a ser absolutamente mayoritario el voto a favor de que "El agua" sea el tema de las próximas Discusiones Técnicas, y teniendo en cuenta que ya hay establecido un Reglamento de estas Discusiones, el cual contiene muchas disposiciones específicas, entre otras que el Director de la Oficina o el Comité Ejecutivo elijan un conocido experto sobre el tema, rogaría al Director que para la presentación de la ponencia de este tema en lugar de ser un relator único, como pasó en las que celebramos el martes pasado sobre "La prevención de los accidentes de la infancia", se escojan específicamente dos relatores, dos exper-

tos, uno de los cuales forzosamente ha de ser un ingeniero sanitario y el otro un médico sanitaria. Propongo que la ponencia tenga este doble carácter porque, por muy experto que sea el ingeniero sanitario, nos va a dar todo su aporte novísimo al establecimiento de las fuentes de agua, a la búsqueda del agua, al método, al sistema de purificación, etc.; estoy seguro que nuestros ingenieros sanitarios están absolutamente al día en la materia. Pero después, como hay que ir haciendo consideraciones relativas al aspecto higiénico, a la influencia del agua que entra y del agua que sale, respecto a su carácter de transformación de cosas etiopatogénicas, deben intervenir el higienista, el médico, el bacteriólogo, el epidemiólogo, etc.

Insisto, pues, en que esta ponencia debe tener un doble aspecto, y que se debe encargar la presentación del tema a un ingeniero sanitario y a un médico sanitaria.

El PRESIDENTE: Las Delegaciones de México y Colombia han propuesto que el tema general sea "El agua" y que se encomiende al Comité Ejecutivo que determine los aspectos de dicho tema que habrán de examinarse en las próximas Discusiones Técnicas. ¿Hay alguna objeción a esta propuesta? ¿Ninguna?

Aprobada.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Director de la Oficina.

El Dr. SOPER (Director, OSP) (*traducción del inglés*): Habiéndose escogido ya el tema "El agua", quisiera recordar solamente que se han hecho los arreglos necesarios para visitar mañana las instalaciones de la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados de Puerto Rico. Deseo llamar especialmente la atención sobre esta visita ya que, al estudiar lo que Puerto Rico podría mostrar de valor a esta Conferencia y mientras discutía este asunto con el señor Presidente, hace un par de meses, pedí encarecidamente que tuviéramos la oportunidad de ver y conocer el sistema de acueductos de Puerto Rico y su administración y financiamiento. Se me informa que se han hecho esfuerzos considerables para atender a un grupo bastante numeroso, por lo cual encarezco a todos los que puedan que participen en esa visita.

El PRESIDENTE: Tiene la palabra el Delegado de Cuba.

El Dr. HURTADO (Cuba): Rogaría al señor Presidente que consultara al Pleno su opinión acerca de la recomendación que hemos formulado en el sentido de que, en las próximas Discusiones Técnicas, la ponencia esté a cargo de dos técnicos: un ingeniero sanitario y un médico sanitaria. Simplemente desearía conocer cuál es la opinión del Pleno respecto a esta propuesta.

El PRESIDENTE: ¿Alguien quiere manifestarse sobre esta sugerencia del Dr. Hurtado? El Delegado de México tiene la palabra.

El Dr. DÍAZ COLLER (México): Para apoyar esa proposición, señor Presidente.

El PRESIDENTE: Yo sugeriría que esta recomendación pasara al Comité Ejecutivo, a quien se encomendó la determinación de los aspectos del tema que habrán de discutirse, como sugerencia de la Conferencia, para que el Comité la considerara.

El Dr. HURTADO (Cuba): Señor Presidente, eso es una disposición de la Conferencia. Esta acuerdo que el tema sea "El agua" y que de su presentación se encarguen un experto ingeniero y un experto médico. Dentro de eso, el Comité Ejecutivo le dará forma y título; pero las disposiciones son de la Conferencia.

El PRESIDENTE: ¿Alguna objeción? No habiéndola, queda aprobada la proposición del Delegado de Cuba de que haya dos relatores en las próximas Discusiones Técnicas.

Aprobada.

El PRESIDENTE: El Delegado de Venezuela tiene la palabra.

El Dr. BERTI (Venezuela): Para preguntar a la Presidencia si se podría proponer una adición a la proposición, ya aprobada, del Dr. Hurtado, de que sean un ingeniero y un médico los encargados de presentar la exposición preliminar sobre el tema de las Discusiones Técnicas. No es para modificar la resolución, ni mucho menos, sino para hacer una adición que quizás pueda completarla.

El PRESIDENTE: No hay objeción, señor Delegado.

El Dr. BERTI (Venezuela): Dado que en el problema del agua los aspectos administrativo y financiero tienen primordial importancia, propongo que se agregue un economista al médico y al ingeniero.

El PRESIDENTE: ¿El señor Delegado lo quiere hacer como una sugerencia al Comité Ejecutivo o como disposición de la Conferencia?

El Dr. BERTI (Venezuela): En forma de disposición; que sean tres expertos, en lugar de dos, los que designe el Director.

El PRESIDENTE: ¿Hay alguna objeción a la proposición del Delegado de Venezuela en el sentido de que se incluya un economista entre los expertos que se designarían para la discusión del tema?

Aprobada.¹

Tema 20: Informes de los Estados Miembros sobre sus condiciones y progresos sanitarios alcanzados en el período transcurrido entre la XIV y XV Conferencias Sanitarias Panamericanas (conclusión)

Proposiciones de la Delegación del Perú (conclusión)

El PRESIDENTE: El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Señor Presidente, en la noche de ayer me fue muy grato presentar tres mociones. Naturalmente, la hora inadecuada, la fatiga de los señores delegados y el hecho de que no estuvieran impresas, impidieron que pudieran ser consideradas. En el día de hoy se han distribuido en forma impresa y sin pretender modificar el acuerdo de ayer, únicamente quisiera que la Conferencia aprobara en principio estas resoluciones y las transfiriera al Comité Ejecutivo para su modificación o mejor redacción, dado que el tiempo apremia. En esta forma se completaría el principio y la buena voluntad de los señores delegados expresada en el día de ayer en relación con estas mociones.

El PRESIDENTE: Según tengo entendido, ésa, más o menos, fue la decisión de la sesión plenaria de anoche: que las resoluciones pasaran a la 36a Reunión del Comité Ejecutivo para su consideración.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Perdón, señor Presidente, pero creo que anoche no se tomó ningún acuerdo, sino únicamente se dispuso que pasaran al Comité Ejecutivo. Este podría estudiarlas entonces. Yo creo que tal es el contenido ideológico

y tal es el sentido de la "Carta de Salud", que hemos propuesto esté unida al nombre de Puerto Rico, que podía ser motivo de que se aprobara en principio con encargo de modificación, apelación o mejor redacción por el Comité Ejecutivo, y que de este modo el Comité estudiara con la debida calma las tres mociones.

El PRESIDENTE: ¿Algunos comentarios u observaciones? ¿Ninguno? Entonces informaremos al Comité Ejecutivo que esas mociones tienen la aprobación, en principio, del Pleno.

Así se acuerda.

Expresiones de agradecimiento

El PRESIDENTE: El Delegado de Panamá tiene la palabra.

El Dr. BISSOT (Panamá): Desde nuestra llegada a esta bella Isla, las autoridades y el pueblo de Puerto Rico nos han colmado de atenciones y, por otra parte, la Comisión designada para colaborar con la Oficina Sanitaria Panamericana en la organización de la Conferencia y el personal de Secretaría nos han facilitado nuestra labor en forma tal que nos ha permitido terminar satisfactoriamente el estudio y discusión de un largo e interesante programa de temas. Como sé que es el deseo, no sólo de la Delegación de Panamá sino también de las otras Delegaciones aquí reunidas, dejar constancia escrita de su agradecimiento, tengo el honor de proponer los siguientes votos de gracias:

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana

Expresa su agradecimiento al Honorable Luis Muñoz Marín, Gobernador del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, al Gobierno de los Estados Unidos de América y a las autoridades de Puerto Rico, en particular a los señores Secretarios de Estado y de Salud, por la generosa acogida dispensada a las delegaciones y al personal de la Conferencia, así como por las facilidades brindadas para el feliz éxito de sus trabajos;

A la Honorable Administradora de la Capital, al Rector de la Universidad de Puerto Rico, a la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados, a la Asociación de Salud Pública, a la Asociación Médica de Puerto Rico, a las instituciones públicas y a las organizaciones voluntarias que tan espléndidamente atendieron a todas las delegaciones;

A los miembros de la Comisión designada para colaborar con la Oficina Sanitaria Panamericana en la organización de la Conferencia, y en especial al Subsecretario de Estado del Estado Libre Asociado de

¹Resolución XL, pág. 43.

Puerto Rico, por la magnífica colaboración prestada durante los períodos preliminar y de desarrollo de la Conferencia, y a la Comisión de Damas por la hospitalidad brindada a las señoras e hijas de los delegados;

A la prensa y a las emisoras de televisión y radio de Puerto Rico, por la excelente difusión dada a los trabajos de la Conferencia;

Y al personal de la Secretaría, y al servicio de interpretación por su eficaz labor que ha permitido el desarrollo satisfactorio de las tareas de la Conferencia.

El PRESIDENTE: El Delegado de Cuba tiene la palabra.

El Dr. HURTADO (Cuba): La propuesta presentada por el Delegado de Panamá en cuanto a votos de gracias, la compartimos todos unánimemente, con íntima satisfacción.

El PRESIDENTE: El Delegado del Perú tiene la palabra.

El Dr. MUÑOZ (Perú): Señor Presidente, propongo que este acuerdo se tome por aclamación.

El Dr. BERTOLINI (Uruguay): Yo iba a proponer lo mismo.

Se aprueba por aclamación la propuesta de votos de gracias.¹

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP): Antes de que se clausure la reunión, deseo anunciar que el Director, de acuerdo con el Presidente del Comité Ejecutivo, convoca a la 36a Reunión de ese cuerpo para esta tarde a las cinco. De conformidad con la Constitución de la Organización, todos los Gobiernos que no estén representados en el Comité Ejecutivo tienen derecho a enviar observadores.

Clausura de la Conferencia

El PRESIDENTE: Señores delegados: han terminado los trabajos de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana.

En nombre de los Gobiernos de los Estados Unidos y Puerto Rico, quiero de nuevo agradecer el honor que ustedes nos dispensaron al seleccionar a Puerto Rico como sede de esta Conferencia. El haber merecido el honor de presidir este docto cuerpo es una experiencia que siempre recordaré mientras viva. Muchas gracias.

Pido ahora al Dr. Arturo Morales Carrión, Sub-

secretario de Estado del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, que, en nombre del Gobierno de los Estados Unidos y del de Puerto Rico, haga uso de la palabra en ocasión de la clausura de esta XV Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Dr. MORALES CARRIÓN (Subsecretario de Estado de Puerto Rico): Señor Presidente, señores delegados: Deseo reiterar el agradecimiento de la Comisión Organizadora de los Estados Unidos, así como de la Comisión Organizadora del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, de que todos ustedes hayan podido asistir a esta Conferencia en San Juan y que nos hayan brindado esta oportunidad de ofrecerles la hospitalidad de nuestro pueblo y algo del esfuerzo que realiza Puerto Rico por mejorar sus condiciones de vida.

Al mismo tiempo, deseo comunicarles que el pueblo de Puerto Rico ha contemplado con sumo interés las deliberaciones de esta Conferencia y el extraordinario entusiasmo que anima a los diversos países de América por acometer la obra magna de mejorar la salud de sus respectivos pueblos.

Ha sido un espectáculo aleccionador para Puerto Rico, puesto que nosotros, los que no somos técnicos en esta materia, hemos aprendido mucho de estas discusiones, nos hemos enterado de estos programas que ustedes llevan a cabo y que ofrecen una excelente perspectiva para el bienestar de nuestro Hemisferio.

Al mismo tiempo, desearía recordarles que nosotros, aquí en Puerto Rico, estamos profundamente interesados en mantener esta corriente de intercambio con los demás países del Hemisferio a través de nuestros servicios de cooperación técnica y de intercambio cultural y educativo y que, como secuela de esta Conferencia, como consecuencia de la labor que ustedes han desarrollado en el país desearíamos avivar esa corriente, recibir más técnicos, más profesionales, más personas interesadas en estos temas, para que puedan compartir nuestras experiencias, puedan observar lo que nosotros realizamos, puedan darnos el beneficio de su crítica y, al mismo tiempo, seguir ilustrándonos sobre el desarrollo de los programas de salud pública en el Continente.

Deseo, pues, como última palabra a esta Conferencia, brindar la hospitalidad del Gobierno y del pueblo de Puerto Rico a todos los nacionales de los países que ustedes representan que quieran visitarnos, bien sea para observar de cerca nues-

¹Véase el Informe Final, pág. 44.

tros programas de salud pública o cualquier otro aspecto de nuestra vida como pueblo. Muchas gracias y mucho éxito a todos.

Aplausos.

El PRESIDENTE: Con esto, señores delegados, queda clausurada la XV Conferencia Sanitaria Panamericana.

Se levanta la sesión a las 10 h. 45 m.

PARTE III

**ACTAS RESUMIDAS DE LA COMISION GENERAL
Y DE LAS COMISIONES PRINCIPALES**

COMISION GENERAL

PRIMERA SESION

Lunes, 22 de septiembre de 1958, a las 17 h.

Presidente: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos)

El PRESIDENTE abre la sesión y concede la palabra al Dr. Wegman (Secretario General, OSP), quien da lectura al Artículo 35 del Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana.¹

Modificación del programa de sesiones

El Dr. NOBLÍA (Argentina) manifiesta que tiene entendido que varios de los señores Ministros se verán precisados a salir de San Juan antes de la fecha prevista en el programa de sesiones para tratar el tema 29, relativo a la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y sería conveniente solicitar a la Comisión designada para estudiar el Artículo 53 del Proyecto de Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana, que presente el informe correspondiente el miércoles próximo, día 24 de este mes.

El Dr. DÍAZ COLLER (México) propone que dicho tema sea tratado en la sesión plenaria del viernes 26.

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP) manifiesta que la Comisión Especial, que se constituyó hoy, tuvo un intercambio de ideas y posiblemente se reunirá mañana por la mañana.

La Comisión *acuerda* aprobar en principio las proposiciones del Representante de la Argentina y del Representante de México, supeditándolas a la presentación del correspondiente informe por parte de la Comisión encargada de estudiar el Artículo 53 del Reglamento Interno de la Conferencia.

Consideración de los temas 22, 23 y 24

El Dr. SOPER (Director, OSP) manifiesta que

¹Véase pág. 12.

hay un punto del programa de particular importancia y es el referente al informe sobre la organización y labores del INCAP. Añade que el Dr. Scrimshaw, Director de dicho organismo, se encuentra actualmente siguiendo el curso de Salud Pública en la Universidad de Harvard y sería conveniente que se le dieran facilidades para rendir su informe en la sesión plenaria del lunes 29 por la mañana, lo cual le permitiría regresar inmediatamente a dicha Universidad.

Así se acuerda.

El Dr. SOPER (Director, OSP) expresa que son de gran importancia también el tema 21 (Estado de la erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas), y 22 (Informe del estado de la erradicación de la malaria en las Américas); y que, por lo tanto, sería conveniente que se trataran en el curso de la presente semana. Varios países se encuentran ya preparados para declarar que se ha logrado la erradicación del *A. aegypti*, y dado que hace ya diez años que se viene trabajando en esta importante obra, sería conveniente dar amplia consideración a los informes de los países, con el objeto de alentar a aquellos que todavía no han llevado a cabo la erradicación del *A. aegypti*.

Queda acordado que, en principio, los temas 21 y 22 se tratarán en las sesiones plenarias del jueves 25 y del viernes 26, respectivamente.

Informes de los Estados Miembros sobre sus condiciones y progresos sanitarios alcanzados en el período transcurrido entre la XIV y XV Conferencias Sanitarias Panamericanas

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) manifiesta que en Conferencias anteriores las delegaciones habían dispuesto de un tiempo limitado para la presentación oral de sus respectivos informes.

El Dr. JIMÉNEZ ARANGO (Colombia) sugiere que se proponga al pleno de la Conferencia que las intervenciones de los señores delegados no excedan de 15 minutos.

El Dr. ARREAZA GUZMÁN (Venezuela) propone que se concedan diez minutos únicamente, propuesta a la que se adhiere el Dr. BISSOT (Panamá).

Así se acuerda.

Temas a examinar por el pleno de la Conferencia

La Comisión General *acuerda* que sean discutidos en sesión plenaria los temas siguientes: 20, 21, 22, 24, 28, 29, 30 y 32. El tema 19 (Discusiones Técnicas) será considerado el martes, día 30.

Temas asignados a las Comisiones I y II

El PRESIDENTE invita a la Comisión a que determine los temas que ha de tratar la Comisión I (Asuntos Técnicos) y la Comisión II (Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos).

Se acuerda por unanimidad asignar a la Comisión I los siguientes temas: 11, 15, 18, 23, 27, 31, 34, 35, 36 y 38.

Se acuerda por unanimidad asignar a la Comisión II los temas siguientes: 12, 13, 14, 16, 17, 25, 26, 33 y 37.

EL PRESIDENTE manifiesta que dada la importancia del tema 11, seguramente la mayoría de los representantes desearán estar presentes cuando se discuta la cifra global del presupuesto. Como quiera que este tema se ha asignado a la Comisión I, sería conveniente invitar a la Comisión II a que no se reúna cuando aquélla trate dicho punto, con el objeto de que los miembros de ésta puedan asistir a los debates de la Comisión I.

Así se acuerda.

Segunda sesión de la Comisión General

Se acuerda que la segunda sesión de la Comisión General se celebre el martes 23 al terminar la tercera sesión plenaria.

Se levanta la sesión a las 17 h. 50 m.

SEGUNDA SESION

Martes, 23 de septiembre 1958, a las 12 h. 40 m.

Presidente: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos)

Informes de los Estados Miembros

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP) informa de que algunas de las delegaciones han manifestado que diez minutos es un plazo muy breve para la presentación de los informes de los países y que desearían que se concedieran 15 minutos a cada país y otros cinco minutos más, si fuera necesario.

El Dr. BISSOT (Panamá) explica la utilidad de que se amplíe a 15 minutos el tiempo concedido a las delegaciones para informar a la sesión plenaria de la Conferencia y que se concedan 5 minutos más en los casos en que lo soliciten los delegados.

El Dr. ARREAZA GUZMÁN (Venezuela) propone que se mantenga el acuerdo de ayer limitando el

tiempo a diez minutos y cinco adicionales. Añade que sería conveniente poder avisar automáticamente a los oradores que han agotado su tiempo de exposición oral.

El Dr. DÍAZ COLLER (México) declara que se trata en realidad de presentar breves comentarios sobre algunos de los aspectos de los respectivos informes de los países, especialmente en relación con las nuevas realizaciones que merezcan ser destacadas. La presentación de un informe completo requeriría indudablemente varias horas.

Se acuerda, a propuesta del Presidente, mantener el acuerdo tomado en la sesión anterior de que se concedan 10 minutos a cada delegación para la presentación de sus puntos de vista y 5 minutos más en caso necesario.

Fecha de discusión del tema 29

El Dr. ALLARIA (Argentina) manifiesta, a título de información personal, que la Comisión designada para estudiar el Artículo 53 del proyecto de Reglamento Interno de la Conferencia ha resuelto recomendar a la misma que se mantenga el texto del Artículo 53 del Reglamento de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana. La Delegación de la Argentina había solicitado que se avanzara la fecha de la elección del Director de la OSP, pero no desea insistir en su sugerencia; por lo tanto, deja en manos de la Comisión General la determinación de la fecha en que la Conferencia habrá de proceder a dicha elección.

El Dr. ARREAZA GUZMÁN (Venezuela) es de opinión que debería mantenerse el acuerdo de principio adoptado en la sesión anterior referente a que la elección del Director tenga lugar en la sesión del viernes de la presente semana.

El Dr. BISSOT (Panamá) manifiesta que aunque corresponde a la Comisión General proponer a la Conferencia las fechas de presentación de los temas del programa, sería pertinente esperar hasta que se conozca el informe de la Comisión que estudia la redacción del Artículo 53 del Reglamento Interno, para decidir la fecha en que ha de considerarse el relativo a la designación del Director.

El Dr. ALLARIA (Argentina) manifiesta que no le parece acertado sugerir la fecha de elección del Director de la Oficina antes de que la Comisión General tenga ocasión de examinar el informe de la Comisión; puesto que la Conferencia se reunirá mañana antes que la Comisión, no podría presen-

tarse el citado informe en sesión plenaria mañana miércoles.

Se acuerda esperar a que se reciba el informe de la Comisión para recomendar a la Conferencia la fecha de discusión del tema 29.

Orden del día

Se acuerda que se trate en la cuarta sesión plenaria el tema 20 (Informes de los Estados Miembros sobre sus condiciones y progresos sanitarios alcanzados entre el período transcurrido entre las XIV y XV Conferencias Sanitarias Panamericanas).

El Dr. GILLETTE (Reino Unido) en su calidad de Presidente de la Comisión I, informa que invitará a examinar los temas del programa que le fueron asignados a ella, en el siguiente orden: 11, 23, 18, 15, 27, 31, 34, 36, 35 y 38.

El Dr. DÍAZ COLLER (México) manifiesta que como Presidente de la Comisión II, tiene el propósito de poner a discusión los temas del programa en el siguiente orden: 12, 13, 14, 16, 37, 25, 26, 33 y 17.

El Dr. BISSOT (Panamá) expresa la conveniencia de que la Secretaría prepare un documento que indique el orden en que las dos Comisiones principales tratarán los temas que les fueron asignados por la Comisión General y que acaban de señalar los Presidentes de dichas Comisiones.

Así se acuerda.

Tercera sesión de la Comisión General

Se acuerda que la tercera sesión de la Comisión se lleve a cabo el miércoles 24, a las 12 h.

Se levanta la sesión a las 13 h. 20 m.

TERCERA SESION

Miércoles, 24 de septiembre 1958, a las 12 h. 15 m.

Presidente: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos)

Fecha para la consideración del tema 29

El Dr. DÍAZ COLLER (México) indica que, no habiéndose recibido todavía el informe de la Comisión designada para el estudio del Art. 53 del

Reglamento Interno de la Conferencia, sería pertinente recomendar a la Conferencia una fecha determinada para la consideración del tema 29 relativo a la elección del Director de la OSP. Sugiere que se proponga a la Conferencia que con-

sidere dicho tema en su sesión plenaria del miércoles 1 de octubre.

Así se acuerda.

Fecha para la consideración del tema 30

El Ing. OLIVERO (Guatemala) sugiere que se solicite a la Conferencia que también en la sesión plenaria del miércoles 1 de octubre, se ponga a consideración el tema 30 (Elección de tres Países Miembros para llenar las vacantes en el Comité Ejecutivo por haber terminado sus mandatos Bolivia, Cuba y Nicaragua).

Así se acuerda.

Fecha para la discusión del tema 32

El Dr. DÍAZ COLLER (México) propone que se solicite al pleno de la Conferencia que en su sesión plenaria del miércoles 1 de octubre, además de los temas 29 y 30 se incluya en el correspondiente orden del día el tema 32 (Lugar y fecha de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana).

Fecha de presentación de los temas 21 y 22

El Dr. ARREAZA GUZMÁN (Venezuela) señala que tiene conocimiento de que forman parte de algunas de las delegaciones, y entre ellas la de Venezuela, técnicos en erradicación del *Aedes aegypti* y en erradicación de la malaria, que han venido a esta Conferencia con el objeto de par-

ticipar en la discusión de los temas 21 y 22 del programa y que necesitan volver a sus respectivos países para continuar sus importantes actividades. Por lo tanto, sugiere que se recomiende a la Conferencia que ponga a consideración los temas 21 y 22 en la fecha más próxima posible, y de preferencia el viernes, día 26.

El Dr. SOPER (Director, OSP) indica que con anterioridad se había informado al Sr. Robert L. Davée, Director de la Oficina Regional del UNICEF para las Américas, que probablemente los temas 21 y 22 del programa serían discutidos el viernes 26, por lo que éste ha hecho arreglos para estar presente en la sesión plenaria que se efectuará en esa fecha. Teniendo en cuenta la importante contribución del UNICEF a las actividades de erradicación, estima de alta conveniencia que el Sr. Davée pueda estar presente en la sesión a que se sometan a la consideración de la Conferencia estos temas.

Se acuerda sugerir a la Conferencia que estudie el tema 22 en su sesión plenaria del viernes 26.

Cuarta sesión de la Comisión General

Se acuerda celebrar la cuarta sesión de la Comisión el jueves, día 25, al terminar la sesión plenaria.

Se levanta la sesión a las 12 h. 35 m.

CUARTA SESION

Jueves, 25 de septiembre 1958, a las 15 h.

Presidente: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos)

Orden del día para el viernes, día 26

El Dr. SOPER (Director, OSP) comunica que, según su información, en la sexta sesión plenaria hará uso de la palabra el Dr. Pinto Severo, para resumir los informes sobre el *Aedes aegypti* presentados por las delegaciones, y que un representante del Reino de los Países Bajos desea intervenir también en dicha sesión sobre el mismo tema.

El PRESIDENTE propone que se incluya como

primer punto del orden del día para el viernes 26 la presentación del informe de la Comisión designada para el estudio del Artículo 53 del Reglamento Interno de la Conferencia. En segundo lugar, y de conformidad con lo acordado en la sesión de ayer, se trataría lo referente a la erradicación de la malaria. A continuación podría figurar el tema 21 (Estado de la erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas). Si se terminara la consideración de estos temas antes de las 12 del día, podría continuarse la presentación de los

informes de los Estados Miembros sobre sus condiciones sanitarias.

Así se acuerda.

El PRESIDENTE estima conveniente recordar a los señores Presidentes de las Comisiones I y II que a medida que cuenten con informes o resoluciones aprobadas, los transmitan a la consideración de la Comisión General, a los efectos del Artículo 40 del Reglamento Interno, con el objeto de acelerar la marcha de los trabajos de la Conferencia.

Así se acuerda.

Informe de la Comisión designada para estudiar el Artículo 53 del Reglamento Interno

El Dr. ALLARIA (Argentina), en su calidad de Presidente de dicha Comisión, hace entrega del informe correspondiente a la Presidencia; y manifiesta que la Comisión ha llevado a cabo un detenido análisis de los aspectos del problema, en un clima de gran cordialidad.

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP) da lectura del citado informe.

El PRESIDENTE sugiere que se presente el informe en cuestión a la consideración de la sexta sesión plenaria de la Conferencia.

El Ing. OLIVERO (Guatemala) propone que se autorice la distribución del mencionado informe a las delegaciones esta tarde.

Así se acuerda.

El Dr. DÍAZ COLLER (México) sugiere que en el futuro cuando se formen comisiones similares a la que ha estudiado el Artículo 53 del Reglamento Interno, se procure que sus reuniones no se efectúen al mismo tiempo que las sesiones de la Comisiones I y II, pues puede dar lugar a que haya dificultades para obtener el quórum. Estima que tal vez podría implantarse un sistema que permitiera que los miembros de una Comisión conozcan el asunto que se está tratando en la otra Comisión. Considera que esta cuestión es importante por cuanto a que hay por lo menos cuatro delegaciones que cuentan con un solo delegado.

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP) dice, a título informativo, que ha sido tradicional que las Conferencias trabajen a base de Comisiones. Se han efectuado ciertos cálculos que indican que, si todos los temas se examinaran en sesión plenaria, se podrían ahorrar hasta \$30,000, y posiblemente bastante tiempo.

El PRESIDENTE ruega a los Presidentes de las Comisiones I y II que se pongan de acuerdo para que, con la colaboración de la Secretaría, traten de resolver esa cuestión de la manera más favorable a la eficacia de los trabajos de la Conferencia.

Quinta sesión de la Comisión General

Se acuerda celebrar la quinta sesión de la Comisión el viernes, día 26, a las 12 h.

Se levanta la sesión a las 13 h.

QUINTA SESION

Viernes, 26 de septiembre 1958, a las 12 h. 40 m.

Presidente: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos)

Primer Informe de la Comisión I

El PRESIDENTE abre la sesión e invita al Ing. Olivero, Relator de la Comisión I, a que presente su primer informe.

El Ing. OLIVERO (Guatemala) da lectura del primer informe de la Comisión, en el que figuran proyectos de resolución sobre los siguientes temas: tema 11-A (Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panameri-

cana para 1959); tema 11-B (Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1960); tema 11-C (Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1960); tema 23 (Estado de la erradicación de la viruela en las Américas), y tema 15 (Reglamento para las Discusiones Técnicas de la Conferencia Sanitaria Panamericana y el Consejo Directivo).

El PRESIDENTE, después de la lectura del proyecto de resolución sobre cada tema, pregunta si hay objeción y al no haberla dice que lo pasará al Pleno en la forma como está redactado.

El Dr. SOPER (Director, OSP) expresa su opinión de que los párrafos 2 de las partes positivas de los proyectos de resolución correspondientes a los temas 11-B y 11-C, constituyen una recomendación a los Gobiernos Miembros. Recuerda que la VIII Reunión del Consejo Directivo aprobó un Programa General de Trabajo durante el período 1957-1960,¹ basado en las consultas de los Representantes de Zona con los Gobiernos y que señala las normas generales para la elaboración de los programas anuales en el mencionado período. Posiblemente las recomendaciones contenidas en los párrafos 2 de los citados proyectos de resolución puedan dificultar la elaboración del programa de la Organización por parte del Director.

El Dr. DÍAZ COLLER (México) explica que los proyectos de resolución de que se trata no son más que recomendaciones de carácter general encomendadas a que se preste especial atención a determinadas actividades, sin establecer prioridad alguna entre ellas.

El Dr. GILLETTE (Reino Unido) aclara que las cuestiones planteadas por el Director han sido examinadas por la Comisión y que el criterio de la misma queda expresado en los proyectos de resolución leídos por el Relator.

El Dr. ARREAZA GUZMÁN (Venezuela) indica que corresponde únicamente al pleno de la Conferencia aprobar o modificar los proyectos de resolución que contiene el informe de la Comisión I.

Se acuerda transmitir al pleno de la Conferencia el primer informe de la Comisión I, y que se distribuya el lunes, día 29, por la mañana, a las delegaciones.²

Primer Informe de la Comisión II

El Dr. BISSOT (Panamá) da lectura del primer informe de la Comisión II.

El PRESIDENTE pregunta si hay alguna objeción acerca del informe que acaba de ser leído, y no habiéndola, se acuerda someterlo a la consideración del pleno de la Conferencia y que se dis-

tribuya el lunes por la mañana a las delegaciones.³

Proyecto de resolución presentado por las Delegaciones de Nicaragua, México, Costa Rica, Estados Unidos, Guatemala, Panamá y Argentina

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP) informa que está circulando un proyecto de resolución respaldado por siete delegaciones proponiendo que solamente se celebren dos reuniones anuales del Comité Ejecutivo y de que se reduzca la duración de las reuniones del Consejo Directivo al menor tiempo posible.

El Dr. SOPER (Director, OSP) estima que sería prudente examinar el programa de la Conferencia, con el objeto de ver si puede incluirse este proyecto de resolución en alguno de los temas que quedan por examinar. De otra manera, tendrá que transmitirse al pleno de la Conferencia para que se decida su inclusión en el programa. Señala que ya en ocasiones anteriores la Oficina ha propuesto la eliminación de una de las reuniones del Comité Ejecutivo que se llevan a cabo antes y después del Consejo o de la Conferencia. Posiblemente este asunto pudiera ser resuelto directamente por el propio Comité Ejecutivo.

El Dr. DÍAZ COLLER (México) dice que el proyecto de resolución podría someterse a la Comisión II, si lo acuerda la Conferencia.

El Dr. JIMÉNEZ ARANGO (Colombia) apoya la propuesta del Representante de México, en el sentido de que se someta a sesión plenaria el proyecto de resolución en cuestión y se transmita a la Comisión II para su estudio.

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP) explica que el Comité Ejecutivo tiene facultades para determinar el número de sus reuniones sin más limitaciones que las contenidas en el Artículo 14 de la Constitución. Recuerda que las reuniones que el Comité celebra antes del Consejo y de la Conferencia estudian el anteproyecto de presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana y el de la Organización Mundial de la Salud, correspondientes a dos años después de aquel en que se celebre dicha reunión del Comité Ejecutivo. En el caso de suprimirse dicha reunión, el proyecto de programa y presupuesto de la OMS habría de transmitirse al Consejo o a la Confe-

¹Documento Oficial de la OSPA 13, 130-135.

²Véase acta de la octava sesión plenaria, págs. 174-176.

³Id., págs. 176-177.

rencia, y no al Comité Ejecutivo. Este procedimiento no crearía ninguna dificultad de carácter administrativo a la Oficina e indudablemente produciría una reducción de gastos.

Se acuerda transmitir el proyecto de resolución presentado por las Delegaciones de Nicaragua, México, Costa Rica, Estados Unidos, Guatemala, Panamá y Argentina, al pleno de la Conferencia,

y si ésta lo acuerda, pasarlo sin más trámite a la Comisión II para su estudio y consideración.

Sexta sesión de la Comisión General

Se acuerda celebrar la sexta sesión de la Comisión el lunes 29, a las 12 h.

Se levanta la sesión a las 13 h. 30 m.

SEXTA SESION

Lunes, 29 de septiembre 1958, a las 12 h. 45 m.

Presidente: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos)

Sesiones nocturnas de las Comisiones I y II

El Dr. DÍAZ COLLER (México) sugiere la conveniencia de que se reúnan esta noche las Comisiones I y II, con el objeto de terminar cuanto antes la consideración de los temas asignados a las mismas.

El Dr. BISSOT (Panamá) manifiesta que las sesiones plenarias no han dado principio a la hora acordada, con las demoras consiguientes en la discusión de los temas del programa. Con el objeto de evitar que la Conferencia se vea precisada a celebrar una sesión nocturna, piensa que sería conveniente invitar a los señores representantes a que se reúnan a la hora fijada.

El PRESIDENTE manifiesta que está de acuerdo con la sugerencia del Dr. Díaz Coller, puesto que ello adelantaría la preparación de los informes de ambas Comisiones, que han de circularse con 24 horas de anticipación a la sesión plenaria en que han de discutirse. Propone que se reúnan hoy las Comisiones de 3 a 6 de la tarde, como estaba previsto en el orden del día y que vuelvan a sesionar de 8,30 a 10,30 de la noche.

Así se acuerda.

Proyecto de resolución presentado por las Delegaciones del Brasil, México, Venezuela, Estados Unidos y Chile

El Dr. ORELLANA (Venezuela) da lectura de un proyecto de resolución sobre personal de tiempo completo de los servicios nacionales de sanidad, presentado por las delegaciones del Brasil, Mé-

xico, Venezuela, Estados Unidos y Chile, y pide que se transmita al pleno de la Conferencia para su consideración.

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP) indica que el proyecto de resolución citado podría examinarse como parte del tema sobre los informes cuadriennales.

Así se acuerda.

El Dr. SOPER (Director, OSP) manifiesta que el señor Representante de Colombia acababa de recibir la noticia de que en su país había empezado hoy a prestar servicio el personal debidamente adiestrado de erradicación de la malaria, noticia que no pudo proporcionar cuando se discutía en el Pleno el tema sobre malaria.

El Dr. OUSSET (Argentina) manifiesta que la información de Colombia viene a confirmar lo que la Delegación de dicho país había ya anunciado a la Conferencia. Propone que sea la propia representación de Colombia la que proporcione verbalmente dicha información en sesión plenaria.

Así se acuerda.

Clausura de la Conferencia

El Dr. DÍAZ COLLER (México) solicita que el miércoles, en la sesión del mediodía, la Comisión General determine la fecha de clausura de la Conferencia.

Así se acuerda.

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP) manifiesta que en el orden día de hoy no se han

incluido los temas 35 y 38, asignados a la Comisión I, ni el tema 37, correspondiente a la Comisión II.

El PRESIDENTE propone que los temas 35, 37 y 38, se consideren incluidos en el orden del día de las sesiones que las Comisiones I y II han de celebrar esta noche.

Así se acuerda.

Séptima sesión de la Comisión General

Se acuerda celebrar la séptima sesión de la Comisión mañana martes día 30, a las 12 h.

Se levanta la sesión a las 13 h.

SEPTIMA SESION

Martes, 30 de septiembre 1958, a las 13 h. 15 m.

Presidente: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos)

Sesiones plenarias

El PRESIDENTE abre la sesión y comunica que el Dr. William Sanders, Secretario General Adjunto de la Organización de los Estados Americanos, llegará esta noche. Añade que tiene el propósito de conceder la palabra al Dr. Sanders al iniciarse la sesión plenaria de mañana, para que pueda dirigir un saludo a la Conferencia. Además, sugiere que los tres temas correspondientes al orden del día de la novena sesión plenaria, se consideren en el siguiente orden: 1) Elección del Director de la OSP; 2) Elección de tres Países Miembros para llenar las vacantes en el Comité Ejecutivo; y 3) Lugar y fecha de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana.

Así se acuerda.

El Dr. DÍAZ COLLER (México) señala que la Comisión II tiene pendiente la lectura y aprobación de su segundo informe. Sugiere que la citada Comisión se reúna al terminar las Discusiones Técnicas, por espacio de una media hora, para considerar dicho informe.

Así se acuerda.

El PRESIDENTE expresa que al haber terminado las Comisiones I y II el examen de los temas que les fueron asignados, podría celebrarse mañana por la tarde la décima sesión plenaria, en la que se examinarían primero los informes de las Comisiones, se continuaría con los informes sobre el *Aedes aegypti* y se finalizaría con los informes cuadrianales de los Países Miembros.

Así se acuerda.

Segundo Informe de la Comisión I

El Dr. GILLETTE (Reino Unido) manifiesta que ya se encuentra preparado el segundo informe de la Comisión I y solicita del Relator de dicha Comisión que dé lectura al mismo.

El Ing. OLIVERO (Guatemala) lee en primer término el proyecto de resolución sobre los proyectos que deben financiarse en 1959 con fondos de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas.

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP) dice que convendría dar a esta resolución el siguiente título: "Proyectos regionales a realizar en 1959 con fondos del Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas".

Se aprueba el proyecto de resolución con la modificación propuesta.

El Ing. OLIVERO (Guatemala) continúa con la lectura de los proyectos de resolución relativos al tema 18 (Programa de becas), al tema 27 (Congresos Interamericanos de Salud Pública), al tema 31 (Normas mínimas de saneamiento para hoteles, restaurantes, medios de transporte y centros turísticos), y al tema 34 (Registro de medicamentos y problemas afines).

El Dr. SOPER (Director, OSP) se refiere al párrafo 4 de la parte dispositiva del último proyecto de resolución a que se acaba de dar lectura, que recomienda que se dé la más amplia divulgación a las publicaciones sobre los progresos realizados en la terapéutica y farmacología; que se organicen reuniones regionales para tratar sobre el problema del control de medicamentos

y alimentos; y que se adjudiquen becas para la formación de personal especializado en las técnicas de control, a fin de mejorar la calidad de dichos productos. Añade que una recomendación de esta naturaleza tiene serias repercusiones financieras que no se han previsto en los presupuestos de la Organización de 1959 ni de 1960. En estas condiciones, no sería posible a la Oficina dar cumplimiento a esta recomendación. Posiblemente podría darse una nueva redacción a este párrafo en el sentido de que en los presupuestos futuros se presenten programas para alcanzar los objetivos señalados en la resolución. El Artículo XIII del Reglamento Financiero de la Oficina Sanitaria Panamericana establece que ninguno de los cuerpos directivos de la Organización tomarán una decisión que implique gastos a menos que se les haya presentado un informe del Director sobre las consecuencias administrativas y financieras de la propuesta.

El Dr. GILLETTE (Reino Unido) manifiesta que el pleno de la Conferencia podría examinar este proyecto de resolución que fue discutido ampliamente por la Comisión.

El Dr. BISSOT (Panamá) propone que la Comisión I se reúna al terminar las Discusiones Técnicas con el objeto de considerar nuevamente el proyecto de resolución en cuestión.

El Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia) y el Dr. ARREAZA GUZMÁN (Venezuela) apoyan la propuesta del Representante de Panamá.

Así se acuerda.

El Dr. SOPER (Director, OSP) desea dejar constancia sobre el hecho de que la Oficina tiene un gran interés en el registro de medicamentos y problemas afines. La Organización Mundial de la Salud ha trabajado ya en el campo de estos problemas y quisiera que la Oficina inicie programas de esta naturaleza, pero debe tenerse en cuenta que los compromisos han de estar siempre de acuerdo con los medios financieros de que se dispone.

El Ing. OLIVERO (Guatemala) continúa con la lectura de los proyectos de resolución correspondientes a los siguientes temas: 36 (Propaganda de productos medicinales), 35 (Resoluciones de la 11a Asamblea Mundial de la Salud y de las 21a y 22a Reuniones del Consejo Ejecutivo de la OMS, de interés para el Comité Regional), y 38

(Estudio del problema de la diabetes en América).

El PRESIDENTE sugiere que se dé por aprobado el segundo informe de la Comisión I, con la excepción del proyecto de resolución sobre el registro de medicamentos y problemas afines, que ha de considerar nuevamente dicha Comisión.

*Así se acuerda.*¹

Forma de elección del Director

El PRESIDENTE invita a los miembros de la Comisión General a que le hagan sugerencias en relación a las elecciones de la sesión de mañana. Pregunta, en primer lugar, cómo podría llevarse a cabo el voto secreto.

El Dr. ALLARIA (Argentina) manifiesta que la Comisión designada para estudiar el Artículo 53 del Reglamento de la Conferencia no consideró prudente insistir en la ortodoxia de la doctrina de que el voto secreto debía efectuarse en un cuarto secreto.

El PRESIDENTE declara que corresponderá a los delegados mantener el secreto del voto. Agrega que otro punto que le preocupa es el relativo a la designación de candidatos.

El Dr. DÍAZ COLLER (México) afirma que no hay ningún límite a las personas que pueden ser inscritas en las boletas. Si una persona no designada candidato obtuviese la mayoría de dos tercios, le parece lógico suponer que automáticamente quedaría elegida.

El PRESIDENTE pregunta si no se pone ninguna limitación para secundar las designaciones de candidatos.

El Dr. BISSOT (Panamá) manifiesta que no debe existir limitación alguna a ese respecto.

El PRESIDENTE pregunta en qué forma habrá de procederse si después de tres o cuatro votaciones se llegara a un "impasse".

El Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia) hace hincapié en que mientras ninguna persona alcance la mayoría de dos tercios de los votos, no hay posibilidad alguna de elección, de conformidad con la Constitución de la Organización.

El Dr. BISSOT (Panamá) se muestra de acuerdo con lo expresado por el Representante de

¹Véase acta de la duodécima sesión plenaria, págs. 226-228.

Colombia y afirma que lo único que se puede sugerir a la Presidencia es que en caso de un "impasse" prolongado se suspenda la sesión por unos momentos, para permitir a los delegados que cambien impresiones.

El Dr. ARREAZA GUZMÁN (Venezuela) apoya las sugerencias de los señores Representantes de Colombia y de Panamá.

El PRESIDENTE pone de relieve la importancia de la determinación del número de votos necesarios para efectuar la elección. Existen acreditadas ante la Conferencia 22 delegaciones y se tienen noticias de que posiblemente Bolivia envíe un delegado mañana para que participe en la elección del Director.

El Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia) dice que, dado que al contar votos se cuentan personas, no sería posible considerar fracciones de ninguna

naturaleza al calcular los dos tercios de los votos. Lo acertado sería tomar el número inmediato superior como base para este cálculo, en cuyo caso el resultado sería de 16.

El Dr. ARREAZA GUZMÁN (Venezuela) y el Dr. BISSOT (Panamá) se manifiestan de acuerdo con la opinión expresada por el Representante de Colombia.

El PRESIDENTE agradece a los miembros de la Comisión General sus orientaciones y puntos de vista en relación con el sistema de votación para la elección de Director de la Oficina.

Octava sesión de la Comisión General

Se acuerda celebrar la octava sesión de la Comisión mañana, día 1 de octubre, a las 12 h.

Se levanta la sesión a las 14 h. 20 m.

OCTAVA SESION

Miércoles, 1 de octubre de 1958, a las 13 h.

Presidente: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos)

Tercer Informe de la Comisión I

El PRESIDENTE pide que se dé lectura del párrafo 4 de la parte dispositiva del proyecto de resolución sobre registro de medicamentos y problemas afines, que quedó pendiente en la sesión anterior.

El Ing. OLIVERO (Guatemala), Relator de la Comisión I, lee el párrafo 4 mencionado, que a la letra dice:

Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que en los futuros programas procure realizar la más amplia divulgación de las publicaciones sobre los progresos realizados en la terapéutica y farmacología; la organización de reuniones regionales para tratar sobre el problema del control de medicamentos y alimentos; y la concesión de un mayor número de becas para la formación de personal especializado en las técnicas de control, a fin de mejorar la calidad de dichos productos.

Se aprueba la nueva redacción del punto 4 en cuestión y *se acuerda* transmitir al pleno de la Conferencia el proyecto de resolución sobre registro de medicamentos y problemas afines.¹

¹Véase acta de la duodécima sesión plenaria, pág. 228.

Proyectos de resolución aprobados en sesión plenaria

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP) da lectura de las resoluciones aprobadas en sesión plenaria sobre los siguientes temas: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo; Informe Cuadrienal e Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana; Organización y labores del INCAP; El problema del bocio endémico en las Américas; Estado de la erradicación de la malaria en las Américas; Elección de tres Países Miembros para integrar el Comité Ejecutivo; y Lugar de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana.

Se aprueban por unanimidad las siete resoluciones a que se acaba de dar lectura.

Segundo Informe de la Comisión II

El PRESIDENTE pide que se dé lectura del segundo informe de la Comisión II.

El Dr. BISSOT (Panamá) da lectura de los siguientes proyectos de resolución: tema 25 (Nom-

bre de la Organización), tema 25 (Títulos de los altos funcionarios), tema 26 (Enmienda del Artículo 15 de la Constitución), y tema 26 (Modificación del Artículo 12-C de la Constitución y de los correspondientes artículos del Reglamento Financiero).

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP) señala, con respecto al último proyecto de resolución, que hay que hacer una pequeña modificación gramatical al párrafo 1 de la parte dispositiva, pues donde dice "a la Conferencia o el Consejo", debe leerse "a la Conferencia o al Consejo". Indica igualmente que en el párrafo 2 en que figura el nuevo Artículo III del Reglamento Financiero de la OSP, parecería conveniente, para coordinarlo con la redacción del Artículo 12-C de la Constitución, introducir una modificación de estilo en el punto 3.6, que principia diciendo "El Director someterá a la consideración de la Conferencia o del Consejo Directivo el proyecto de programa y presupuesto, junto con las recomendaciones formuladas sobre el mismo por el Comité Ejecutivo", y que sería pertinente que quedase redactado como sigue: "El proyecto de programa y presupuesto se someterá a la consideración de la Conferencia o del Consejo Directivo, junto con las recomendaciones formuladas sobre el mismo por el Comité Ejecutivo."

Así se acuerda.

El Dr. BISSOT (Panamá) continúa con la lectura de los proyectos de resolución relativos a los temas 33 (Edificios e instalaciones para la Sede y para las Oficinas de Zona), 37 (Proyecto de procedimiento para la postulación y elección del Director de la OSP), y 17 (Proyecto de nuevas condiciones de empleo).

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP) presenta una simple corrección de estilo al párrafo 2 de la parte dispositiva del último proyecto de resolución.

Se aprueba la modificación de estilo propuesta.

El Dr. BISSOT (Panamá) termina la lectura del informe con el proyecto de resolución sobre las reuniones de los cuerpos directivos.

Se acuerda transmitir el informe al pleno de la Conferencia, para su consideración.¹

El Dr. DÍAZ COLLER (México) propone que, en caso de que no sea posible romper el "impasse" a que se ha llegado en la elección del Director de la OSP, podría continuarse la votación en una sesión plenaria nocturna. Por la tarde de mañana, día 2 de octubre, se podría seguir con la presentación de los informes cuatrienales de los Países Miembros.

Así se acuerda.

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP) llama la atención sobre la necesidad de preparar una resolución referente a la parte cuarta del informe de la Comisión designada para estudiar el Artículo 53 del Reglamento de la Conferencia.

Se acuerda que la Secretaría prepare un proyecto de resolución sobre dicho punto para que sea sometido a la consideración de la Comisión General en su novena sesión.

Novena sesión de la Comisión General

Se acuerda celebrar la novena sesión de la Comisión mañana jueves 2 de octubre, a las 12 h.

Se levanta la sesión a las 14 h.

NOVENA SESION

Jueves, 2 de octubre de 1958, a las 13 h.

Presidente: Dr. GUILLERMO ARBONA (Estados Unidos)

Sesiones plenarias

El Dr. DÍAZ COLLER (México) señala que para poder terminar el examen de todos los temas del programa, sería necesario que hoy por la noche

se celebrara una sesión plenaria. Añade que en dicha sesión podría tratarse lo relativo a los informes cuatrienales de los Países Miembros así

¹Véase acta de la duodécima sesión plenaria, pág. 245.

como lo referente a la erradicación del *Aedes aegypti*.

El Dr. SOPER (Director, OSP) manifiesta que, como ya explicó al principio de la Conferencia, uno de los asuntos más importantes del Programa es el relativo a los informes de cuatro años. Si la presentación de estos informes y su discusión se llevan a cabo en una sesión nocturna, se correría el riesgo de que se estudiaran a la ligera. Sería, pues, más aconsejable examinar los informes en la sesión plenaria de mañana por la mañana. Pide que se calculen las horas de trabajo que representarían los asuntos pendientes de discusión.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) explica que hay por lo menos tres delegaciones que desean hacer declaraciones con respecto a la erradicación del *Aedes aegypti*; a ellas ha de agregarse el estudio de un proyecto de resolución de la Delegación del Brasil, y finalmente, el Director hará unos breves comentarios. En cuanto a los informes cuatrienales de los Gobiernos Miembros, hasta el momento han presentado sus informes solamente 9 de las 22 delegaciones presentes. Además ha de tomarse en cuenta la consideración de los proyectos de resolución pendientes, el informe del Relator de las Discusiones Técnicas y la selección del tema para las Discusiones Técnicas del próximo Consejo Directivo. Por lo tanto, se puede calcular que quedan, cuando menos, 7 horas de trabajo.

El Dr. BISSOT (Panamá) señala que debe agregarse a la lista de informes pendientes el correspondiente a Panamá. Añade que la aclaración del Dr. Soper es muy importante dado que, si se cita a sesión nocturna, existiría el peligro de no haber quórum.

El Dr. ABAD GÓMEZ (Colombia) manifiesta que su Delegación se propone formular una serie de preguntas y sugerencias en relación con el programa de erradicación del *Aedes aegypti*, así como presentar un resumen de su programa de vacunación contra la poliomielitis. Dado que esto tomaría unos 30 minutos más, desea adherirse a la idea de celebrar hoy una sesión plenaria nocturna.

El Dr. SOPER (Director, OSP) indica que no sería acertado tratar de acortar más las discusiones de los informes de cuatro años ni los puntos del programa que se encuentran pendientes

de examen, por la capital importancia que tienen para el futuro de la Organización.

El Dr. ORELLANA (Venezuela) hace resaltar la necesidad de que mañana por la mañana se celebre sesión plenaria, además de la de esta noche.

El PRESIDENTE manifiesta que para mañana por la mañana estaba prevista la visita al Hospital de Distrito de Bayamón y al Centro de Salud de Comerío.

El Dr. DÍAZ COLLER (México) propone que el sábado 4 se efectúen simultáneamente la visita a que hace referencia el Presidente y la que se proyecta hacer a los servicios de la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados.

El Dr. SOPER (Director, OSP) pone de relieve la importancia que la Oficina ha dado al problema de acueductos y alcantarillados. Existe aquí un programa que podría servir de pauta para otros países, y esta visita podría servir para que los delegados informen a sus gobiernos acerca de la obra que lleva a cabo la Autoridad de Acueductos y Alcantarillados de Puerto Rico, que es de trascendental importancia.

El PRESIDENTE propone que se reúna la Conferencia esta tarde y esta noche, y mañana por la mañana.

Así se acuerda.

Proyectos de resolución

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP) da lectura del proyecto de resolución relativo al párrafo 4 del informe de la Comisión designada para estudiar el Artículo 53 del Reglamento de la Conferencia.

El Dr. ORELLANA (Venezuela) propone que al final del segundo considerando y del punto 1 (b) de la parte dispositiva se diga: "más adecuados a sus propios fines".

Se aprueba el proyecto de resolución con la modificación propuesta.

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP) da lectura del proyecto de resolución sobre la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) propone que se suprima la mención que en la parte expositiva se hace a una Resolución III de la XII Confe-

rencia Sanitaria Panamericana, ya que en realidad las resoluciones de dicha Conferencia no están enumeradas en el Acta Final de la misma.

Se aprueba el proyecto de resolución mencionado con la supresión propuesta.

El PRESIDENTE sugiere que los asuntos que falta discutir, se examinen durante las tres sesiones plenarias en el siguiente orden: 1) Aprobación de los proyectos de resolución pendientes; 2) tema 21 (Estado de la erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas); 3) tema 20 (Informes de los Estados Miembros sobre sus condiciones y progresos sanitarios); 4) tema 28 (Selección del

tema para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XI Reunión del Consejo Directivo); y 5) Informe del Relator de las Discusiones Técnicas.

Así se acuerda.

El PRESIDENTE declara que probablemente no se celebrará ninguna otra sesión de la Comisión General a menos que sea necesario, en cuyo caso se avisará oportunamente. Aprovecha esta oportunidad para agradecer a los miembros de la Comisión General la inteligente colaboración que le han prestado en el desempeño de sus funciones.

Se levanta la sesión a las 14 h.

COMISION I (Asuntos Técnicos)

PRIMERA SESION

Martes, 23 de septiembre de 1958, a las 15 h. 15 m.

Presidente: Dr. HORACE P. S. GILLETTE (Reino Unido)

Designación del Vicepresidente y del Relator

El PRESIDENTE, habiendo el quórum reglamentario, abre la sesión y anuncia que el Dr. Myron E. Wegman (Secretario General, OSP) actuará de Secretario, por delegación del Director de la Oficina. Pide a los Representantes que propongan candidaturas para los cargos de Vicepresidente y Relator.

El Dr. DÍAZ COLLER (México) propone para Vicepresidente al Representante de Venezuela.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el nombramiento del Representante de Venezuela, Dr. Daniel Orellana, para el cargo de Vicepresidente de la Comisión I.

El Dr. ORELLANA (Venezuela) propone para Relator al Representante de Guatemala.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el nombramiento del Representante de Guatemala, Ing. Humberto Olivero, para el cargo de Relator de la Comisión I.

Tema 11-A: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para el año 1959

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP) expone que en el *Documento Oficial No. 21* se presentó para información de la X Reunión del Consejo Directivo un anteproyecto de programa y presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para el año 1959. Después de haber sido examinado detenidamente por un grupo de trabajo, el Consejo tomó nota del citado anteproyecto, señalando que estaba sujeto a previa consulta con las autoridades de salud pública de los Gobiernos Miembros. A fines de 1957 y principios de 1958 se realizaron consultas con las autoridades sanitarias a fin de determinar, a la luz de sus programas corrientes, la naturaleza y volumen de la colaboración deseada de la OSP/OMS.

Estas consultas hicieron patente un interés por aumentar las actividades en colaboración a un total muy superior a los fondos con que puede contarse. Además, el Comité Interamericano de Representantes de los Presidentes recomendó que las actividades sanitarias cooperativas en las Américas se ampliaran a base del mecanismo presupuestario ordinario de la OSPA.

Añade que teniendo en cuenta estos hechos, el Director presentó en el Documento CE34/9¹ sus sugerencias al Comité Ejecutivo para modificar el anteproyecto de programa y presupuesto (*Documento Oficial No. 21*). En el Documento CE34/9 figuraban las explicaciones de los cambios en el *Documento Oficial No. 21* sobre el volumen y carácter de los distintos programas. El Comité Ejecutivo resolvió no aceptar el presupuesto sugerido en el Documento CE34/9 y dio instrucciones al Director para que preparara un nuevo proyecto al nivel de \$3.300.000. Este nuevo proyecto fue presentado al Comité Ejecutivo en el Documento CE34/9, Rev. 1, que indica los aplazamientos y supresiones que se estimaron necesarios para no rebasar la cifra de \$3.300.000. El Comité Ejecutivo adoptó la Resolución XVI, que dice así:

El Comité Ejecutivo,

Habiendo considerado el Anteproyecto de Programa y Presupuesto para el año 1959 contenido en el *Documento Oficial No. 21* y el Documento CE34/9, preparados por el Director;

Habiendo examinado detalladamente las modificaciones al Anteproyecto de Programa y Presupuesto incluídas en el Documento CE34/9, Rev. 1, preparado por el Director, de acuerdo con las instrucciones dadas por el Comité Ejecutivo; y

Considerando lo dispuesto en el Artículo 12-C de la Constitución,

RESUELVE:

1. Encomendar al Director que presente a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana el Proyecto de

¹Documento mimeografiado.

Programa y Presupuesto de de la Organización Sanitaria Panamericana para el año 1959 (Documento CE34/9, Rev. 1) por la suma de \$3.300.000, preparado por el Comité Ejecutivo en cooperación con el Director.

2. Recomendar a la Conferencia que estudie la posibilidad de aumentar dicho presupuesto en una proporción que compense la devaluación del poder adquisitivo de la moneda.

3. Presentar a la Conferencia el *Documento Oficial No. 21*, a título informativo.

En cumplimiento del párrafo 1 de la Resolución XVI, el Documento CE34/9, Rev. 1, se presenta como Parte A del Documento CSP15/9.¹ A fin de facilitar a la Conferencia el examen a que se refiere el párrafo 2 de dicha resolución, se presenta a su consideración la Parte B. El Comité Ejecutivo, al recomendar que la Conferencia estudie la posibilidad de aumentar dicho presupuesto en una proporción que compense la depreciación de la moneda, no estableció criterios definitivos, si bien en los debates se habló de aumentos del 8 y 10 por ciento. Después de estudiar el problema, el Director, de conformidad con esta recomendación presenta programas adicionales por la suma de \$300.000 o 9 por ciento aproximadamente sobre la suma del Documento CE34/9, Rev. 1. Los programas contenidos en las Partes A y B, deben estudiarse también a la luz de la presentación original en el *Documento Oficial No. 21*, que se somete a la Conferencia de acuerdo con el párrafo 3 de la Resolución XVI.

Manifiesta que el Director cree que la adición sugerida de \$300.000 es muy conveniente, sobre todo considerando que la reducción en el Documento CE34/9, Rev. 1, obligó a suprimir un gran número de becas, si bien se hace cada vez más apremiante la necesidad de personal adiestrado. Este aumento de \$300.000 no sólo restablecería muchas becas y satisfaría algunas de las necesidades más urgentes del programa, sino que además trataría de lograr el equilibrio del programa, que no pudo mantenerse al hacerse la reducción por la suma que requiere el Documento CE34/9, Rev. 1.

Termina diciendo que con el fin de mostrar las consecuencias financieras para los Gobiernos Miembros se presenta la escala de cuotas basada en el nivel de \$3.300.000 (presupuesto global), fijado en el Documento CE34/9, Rev. 1, y también se indican los aumentos que será preciso

hacer en estas cuotas si se aprueban los programas contenidos en la Parte B, cuya suma asciende a \$300.000.

El Dr. DÍAZ COLLER (México) hace observar, en relación con el Documento CSP15/9, que en la Página 4 se habla de un tope de \$3.300.000, mientras que, como puede verse en la página 5 del mismo documento, sería financiado con \$3.200.000 procedentes de cuotas de los Países Miembros y \$100.000 de otros ingresos. A esta suma deben añadirse \$300.000, de acuerdo con la proposición que él presentó en la 34a Reunión del Comité Ejecutivo, para compensar la devaluación del poder adquisitivo de la moneda. Reitera la posición de México en el sentido de considerar que la cifra de \$3.500.000 es adecuada, por lo que está dispuesto a apoyarla. Si bien el aumento propuesto para 1959 es razonable y conveniente, el incremento constante del presupuesto le obliga a formular una salvedad. Para 1960 se prevé un total de \$4.000.000 a cubrir con cuotas, pero si se le vuelve a añadir un porcentaje por pérdida del poder adquisitivo de la moneda, el total se elevará a \$4.400.000. Considera que el porcentaje asignado en el proyecto de 1959 para la devaluación de la moneda no debe servir de precedente, sino que debería entenderse que los \$4.000.000 previstos para 1960 son la cantidad total, con lo cual no se alteraría el ritmo prudencial de crecimiento.

El Dr. ORELLANA (Venezuela) expone que había pensado hacer una observación semejante a la del Representante de México, y que en definitiva considera que si bien para el presupuesto de 1959 se encontró una solución feliz a base del porcentaje de devaluación de la moneda, lo que debe servir de guía son las necesidades expresadas por los Gobiernos, y los delegados deberían sostener este principio tanto en su carácter de representantes de los Gobiernos como en el de sanitaristas.

El Dr. ALLARIA (Argentina) expresa su aprobación de la cifra de \$3.500.000, pero desea que conste el hecho de que mientras a la Argentina se le ha aumentado su cuota del 7,44 al 7,45%, la proporción que recibe de la Oficina para su programa ha disminuido. Se adhiere a las manifestaciones de los Representantes de México y Venezuela aprobando el porcentaje propuesto para compensar la devaluación de la moneda, y estima también que este aumento no debe servir de pre-

¹Documento mimeografiado.

cedente y que es preciso no rebasar el aumento de \$500.000 anuales.

El Ing. OLIVERO (Guatemala) manifiesta que su posición es la misma que la que adoptó como miembro del Comité Ejecutivo, en cuya 34a Reunión se mostró partidario de fijar la cifra total en \$3.600.000 teniendo en cuenta las necesidades de la Organización, y que Guatemala se complace de que se proponga ahora una suma muy próxima a la que ella había propuesto.

Decisión: Por unanimidad se acuerda señalar en 3.600.000 dólares el tope presupuestario de la Organización Sanitaria Panamericana para el ejercicio económico de 1959, e incluir esta decisión en el informe de la Comisión a la Conferencia.¹

Se suspende la sesión a las 16 h. 30 m. y se reanuda a las 16 h. 50 m.

Tema 11-B: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1960

Tema 11-C: Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1960

Al reanudarse la sesión, el Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP) prosigue la exposición de las líneas generales del presupuesto para 1960. Señala que el documento contiene las cifras correspondientes al presupuesto ordinario y a "Otros fondos" de la OSP, así como las que pertenecen al presupuesto ordinario de la OMS y a los fondos de Asistencia Técnica de la misma. Por otra parte, como en varias ocasiones ha afirmado el Director, el programa y presupuesto debe considerarse como un todo prescindiendo del origen de los fondos.

Señala que la misión de la Conferencia no es la misma con respecto a ambos presupuestos. En relación con el proyecto de presupuesto regional de la OMS, la Conferencia debe examinar el programa y formular al Director Regional las indicaciones que estime pertinentes para que éste, a su vez, las transmita al Director General de la OMS con el fin de que las tenga en cuenta en la preparación de su presupuesto.

En cuanto al presupuesto de la OSP, el Dr. Wegman indica que se trata de un anteproyecto y es notorio que ninguna delegación está en condiciones de formular un juicio definitivo sobre las

cifras. Sin embargo, debe estudiarse el contenido y equilibrio del programa para poder hacer observaciones que el Director de la Oficina tenga en cuenta en las conversaciones que celebre con los Gobiernos, y que servirán de base para la preparación del presupuesto definitivo que debe presentarse el año próximo.

Expone que el *Documento Oficial No. 24*, después de la introducción, traza las líneas generales que se han seguido para la preparación del presupuesto, y presenta luego las escalas de cuotas relativas al presupuesto que se propone para 1960. En las páginas 12 a 72 hay los textos descriptivos de las diversas actividades propuestas. A partir de la página 74 se presenta una serie de cuadros de resúmenes preparada por recomendaciones de los cuerpos directivos en años pasados. En las páginas 74-79 se da un resumen por secciones y capítulos del presupuesto relativos a: Título I, Organización; Título II, Sede, y Título III, Programas de campo y otros. A partir de la página 80 se encuentra un resumen del presupuesto en cuatro grupos principales denominados "Servicios Administrativos", "Servicios Técnicos y Suministros", "Programas de campo y Publicaciones" y "Organización Sanitaria Panamericana". En la página 82 comienzan los cuadros que ofrecen un análisis de los programas de campo por grupos de egresos, con especificación del origen de los fondos. Las diversas columnas muestran las cifras para los distintos proyectos en los años 1958, 1959 y 1960. Los detalles relativos a 1958 se basan en el análisis de la situación a fines de junio de 1958. En cuanto al resumen relativo al presupuesto ordinario de la OSP para 1959, los cuadros de las páginas 82 a 86 se fundan en el presupuesto preparado por el Comité Ejecutivo ateniéndose a la cifra de \$3.300.000. Sin embargo, ante el acuerdo de la Comisión I que recomienda un tope de \$3.600.000 para 1959, hay que examinar los cuadros de las páginas 254 a 258 que comprenden no sólo los proyectos indicados en las páginas 82 a 86, sino también otros programas de campo (páginas 248 a 252), que se sugieren para alcanzar la cifra de \$3.600.000. En las páginas 100 y 101 hay un cuadro que muestra la distribución de los puestos del presupuesto y a partir de la página 102 se dan detalles de las diversas actividades.

El *Documento Oficial No. 24* contiene además varios anexos. El Anexo 1 enumera los estima-

¹Véase acta de la octava sesión plenaria, pág. 174.

esas actividades. Lo mismo cabe decir sobre el saneamiento del medio, pues los ingenieros sanitarios aparecen dentro del mismo gran renglón.

Expresa su satisfacción por el interés mostrado por los representantes por estos problemas y asegura que, en el desarrollo de programas tan importantes como el de la tuberculosis y otros, el Director de la Oficina ha estado siempre atento a incrementar adecuadamente las actividades de la Organización, en consonancia con sus posibilidades económicas y técnicas.

El Dr. MOLINA (Jefe, División de Salud Pública, OSP) señala las dificultades que para la Oficina plantea la cuestión de ordenar y establecer prioridades para los programas. Dice que la distribución del presupuesto descansa de modo principal en las solicitudes que formulan los Gobiernos o en el interés que éstos manifiestan por un programa determinado. Los funcionarios de la Oficina no imponen un programa o una actividad determinada que consideren importante, a no ser que la misma adquiera caracteres de interés regional o que afecte a varios países, y probablemente la malaria es un ejemplo bien claro de esta realidad.

En materia de saneamiento, que es un problema que afecta a todos, interviene otro factor: ¿Cuál puede ser el papel de la Oficina para colaborar al saneamiento del medio en los distintos países? Este papel consiste en proporcionar estímulo para la organización de departamentos que se dediquen al saneamiento del medio, adscritos a los servicios nacionales, y proporcionar además el asesoramiento técnico correspondiente. Tal vez, si se observan las proporciones, puede parecer que es bajo el porcentaje dedicado al saneamiento. Sin embargo, muchos de los ingenieros sanitarios de la Oficina hacen esfuerzos todavía para que, en los países donde actúan, se designen ingenieros sanitarios con los cuales puedan colaborar y trabajar. Por otra parte, en determinados países no se arbitran las sumas necesarias, en los presupuestos nacionales para servicios de ingenieros de esta índole. Esto indica que los programas están condicionados por el interés de los países y su capacidad de absorción.

En el caso de la erradicación de la viruela, interesa señalar que durante algunos años se contó con fondos especiales destinados a este programa por los cuerpos directivos, pero que no se gastaron con la rapidez que se esperaba, debido a que

los países no estaban preparados para desarrollar los programas.

El PRESIDENTE pregunta si se aprueba por la Comisión recomendar al pleno de la Conferencia la adopción del proyecto de programa y presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, para 1960, como aparece en la recomendación del Comité Ejecutivo.

El Dr. MUÑOZ (Perú) manifiesta que el proyecto de presupuesto que se somete a la consideración de la Comisión significa un esfuerzo más, aunque sin llegar a cubrir todas las necesidades, para lograr el progreso sanitario de la región y pide que se acepte.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector OSP) advierte que, en lo que concierne al proyecto de programa y presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, es ésta la única oportunidad que tiene la Conferencia para hacer de él un examen detallado, antes de presentarlo al Director General de la OMS, para que éste pueda conocer las aspiraciones y necesidades de la Región y la opinión de este Comité Regional sobre las actividades que se someten a su consideración.

El Dr. JIMÉNEZ ARANGO (Colombia) hace constar que como Colombia no ha ratificado la Constitución de la Organización Mundial de la Salud no votará el proyecto de presupuesto correspondiente a la misma.

El PRESIDENTE precisa al Representante de Colombia que la Conferencia Sanitaria Panamericana actúa como Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, y en consecuencia tiene derecho a expresar su opinión sobre el referido presupuesto.

El Dr. MUÑOZ (Perú) estima que convendría agregar a dicho proyecto de presupuesto de la OMS la recomendación de que en los programas futuros se preste la mayor atención a los tres aspectos siguientes: saneamiento del medio, higiene materno-infantil y control de la tuberculosis.

El Ing. OLIVERO (Guatemala) comparte la idea expresada por el Representante del Perú, de que se destaque el interés de la Oficina por dichos aspectos haciéndolo saber al Director General de la OMS con el fin de que lo tenga en cuenta al

elaborar el presupuesto de la Región de las Américas, y manifiesta que el problema del saneamiento tiene importancia fundamental y, consiguientemente, el de abastecimiento de agua potable, preocupación que coincide con un acuerdo adoptado por unanimidad en la 11a Asamblea Mundial de la Salud. Sugiere que al proyecto de presupuesto que se envíe al Director General de la OMS se acompañe el programa adicional contenido en el Anexo 3, no incluido en el anteproyecto correspondiente a 1960, y que se refiere a saneamiento del medio y fluoración del agua. Pide además que conste en acta este deseo.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) pregunta si, en el caso de que la proposición del Representante del Perú sea aceptada, se podrían enviar al Director General de la OMS las actas de la Comisión.

El Dr. MUÑOZ (Perú) aclara que lo que desea es que en los programas futuros se conceda la mayor importancia a esta cuestión. En consecuencia, indica que en la resolución que se someterá al pleno de la Conferencia debe incluirse una recomendación en el sentido de que en el futuro proyecto se consideren programas que permitan la intensificación del saneamiento del medio, la formación del personal, el fomento de la higiene maternoinfantil y el control de la tuberculosis.

El Dr. CASTILLO RODRÍGUEZ (Nicaragua) se adhiere a esta propuesta.

El Ing. OLIVERO (Guatemala) se muestra de acuerdo, en términos generales, con la proposición del Representante del Perú, pero pregunta si los programas se elaboran a nivel de la Oficina Sanitaria Panamericana o de la Organización Mundial de la Salud.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) aclara que el Director General de la OMS, tomando en cuenta las directrices que marcan el Consejo Ejecutivo y la Asamblea, establece normas generales y asigna a cada Región una determinada cantidad. Las Oficinas Regionales, una vez que reciben los lineamientos mencionados, consultan con los diferentes Gobiernos, y de esas consultas, unidas a las ideas que sobre los problemas sanitarios de la Región tenga la Oficina, surge el proyecto de programa y presupuesto, que se ajusta, como es natural, al tope establecido por el Director General. Los Comités Regionales tienen

derecho a examinar el proyecto de programa regional y a sugerir modificaciones, e incluso aumento en los programas. El Director General, por su parte, tiene la responsabilidad de mantener el debido equilibrio entre los presupuestos de las Regiones.

En los últimos años, el Director General de la OMS, ante la imposibilidad de acomodar todos los proyectos solicitados por los Gobiernos, presentó lo que se conoce como "páginas verdes".

Se suspende la sesión a las 16 h. 50 m. y se reanuda a las 17 h. 5 m.

El Dr. OLLÉ (Francia) indica que está perfectamente de acuerdo con la propuesta del Representante del Perú, pero que desearía saber si pueden agregarse otros párrafos al proyecto de resolución. Agrega que, si no recuerda mal, en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana se habló de aumentar los programas referentes a la administración sanitaria. Sin una buena administración sanitaria, dice, no puede haber buenos programas de salud pública. Desea que, además de los programas sugeridos por el Representante del Perú, se incluya, en primer término, una referencia a programas de administración sanitaria, de ser ello posible.

El Dr. MUÑOZ (Perú) declara que no ve inconveniente en la enmienda del Representante de Francia.

Decisión: Por unanimidad se acuerda recomendar al pleno de la Conferencia un proyecto de resolución como el sugerido por la Resolución V de la 35a Reunión del Comité Ejecutivo, añadiendo en la parte dispositiva un párrafo 2 en los términos propuestos por los Representantes de Perú y Francia, e incluir esta recomendación en el informe de la Comisión a la Conferencia.¹

Proyectos regionales que deben financiarse en 1959 con fondos del Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) manifiesta que hay algunos programas regionales o interpaíses a financiarse con fondos de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas. Estos programas interpaíses requieren el apoyo de los Gobiernos interesados. Son los siguientes: AMRO-81, Centro Panamericano de Zoonosis; AMRO-10, Pro-

¹Véase acta de la octava sesión plenaria, págs. 174-175.

dos presupuestarios para las actividades de salud pública en el Hemisferio, que se propone financiar con fondos procedentes de otros organismos internacionales, por ejemplo, el UNICEF. La OSPA, aunque no administre estos fondos, participa en la planificación, en la ejecución o en ambas a la vez. El Anexo 2 se refiere a programas de Asistencia Técnica, Categoría II, que sólo pueden usarse con fines de sustitución. El Anexo 3 comprende todos los demás proyectos y partes de proyectos deseados por los Gobiernos y que, a causa de la limitación de fondos, no pudieron incluirse en los estimados del programa y presupuesto para 1960. El Anexo 4 contiene un estado que expone el movimiento del Fondo Especial de la OSPA para la Erradicación de la Malaria desde 1° de enero de 1957 al 31 de julio de 1958.

El Dr. Wegman manifiesta que el Director cree que ha habido un progreso continuo en materia de planificación sanitaria nacional y en el procedimiento de consulta de los representantes de la Oficina con los Gobiernos para averiguar las necesidades de los países, consulta que a la luz de las prioridades asignadas por los cuerpos directivos de la Organización, puede servir de base para la preparación del programa y presupuesto.

Refiere que los proyectos elaborados para 1960 a base de las discusiones de los Representantes de Zona con los Gobiernos rebasaron en \$1.200.000 el nivel presupuestario propuesto; por consiguiente, fue necesario estudiar muy cuidadosamente esas solicitudes a fin de seleccionar las de mayor importancia.

Para ayudar a analizar el programa total de campo propuesto a base de este estudio, la Secretaría incluyó en el *Documento Oficial No. 24* un cuadro para 1960 (página 4) que se divide de acuerdo con las tres grandes prioridades de la Organización. Se observará que estas cifras no corresponden a los porcentajes presentados en las páginas 80 y 81, que se amoldan a las directrices de la OMS. La página 4 contiene dos cuadros: uno que muestra todos los fondos, y otro solamente aquellos de que puede disponerse directamente para programas generales, a saber los ordinarios de la OSPA y la OMS y los de la OMS/AT. Los fondos especiales, como los de la Erradicación de la Malaria y los del INCAP, aparecen en el primer cuadro pero no en el segundo.

Señala que, como revelan estos datos, los pro-

gramas para combatir las enfermedades transmisibles representan, tomando en cuenta estos tres fondos (ordinarios de la OSPA y la OMS, y OMS/AT), aproximadamente el 30 por ciento del total. Dos terceras partes de ellos, o sea un 20 por ciento del total, se destinan a programas de erradicación: malaria, etc. Se cuenta con que el fortalecimiento de los servicios de salud pública comprenda más de la mitad del total; la suma correspondiente se divide casi igualmente entre los que son servicios de carácter general y los especializados adicionales.

Alude a continuación a la dificultad que existe para establecer una división exacta de los diversos aspectos que comprende una acción de fortalecimiento de la salud pública, ya que, por ejemplo, cualquier programa de erradicación lleva consigo cuestiones de adiestramiento de personal, y la mejora de los servicios estadísticos contribuye al progreso de todos los programas contra las enfermedades transmisibles. Asimismo, los llamados proyectos integrados de salud pública están muy estrechamente relacionados con el saneamiento del medio y la enfermería.

En "Enseñanza y Adiestramiento" se incluyen solamente proyectos destinados a prestar colaboración en la enseñanza de los campos básicos de la medicina, salud pública y enfermería. La ayuda a escuelas o a programas de adiestramiento en los diversos campos especializados, como la estadística o la medicina veterinaria, se incluyen con el respectivo epígrafe dentro del grupo "Fortalecimiento de los servicios de salud pública". Para estos tres campos esenciales se propone en "Enseñanza y Adiestramiento" aproximadamente el 14 por ciento de los tres fondos, con lo cual se aumenta el porcentaje con respecto a los años anteriores.

Indica que, como ocurrió el año pasado, se hizo un intento para estimar la parte del presupuesto total que debe dedicarse a todas las clases de actividades educativas. Por ejemplo, en los proyectos de fortalecimiento de los servicios de salud pública, quizás la mitad se destina a adiestramiento de auxiliares de enfermería y a inspectores sanitarios. En una palabra, el porcentaje dedicado a actividades tales como cursos de adiestramiento, seminarios y becas asciende a más del 42 por ciento del total de los tres referidos fondos, inversión claramente justificada por la necesidad de educación y adiestramiento como base de cualquier programa a largo plazo.

Añade que el porcentaje reservado al fortalecimiento de los servicios de salud pública ha ido en aumento todos los años a la par de la suma para educación y adiestramiento, lo cual revela una tendencia general que concuerda con las directrices establecidas por los cuerpos directivos de la Organización.

Señala que el hecho de haber aumentado substancialmente los programas, mientras sólo ha habido un pequeño aumento en los servicios administrativos, demuestra la sana política del Director al establecer al principio una fuerte estructura administrativa que sirviera de base a la futura expansión. La proporción de los gastos administrativos ha disminuido constantemente.

El Dr. Wegman termina afirmando que el Director estima que, teniendo debidamente en cuenta los fondos que se espera recibir de las asignaciones ordinarias de la OMS y de la Asistencia Técnica/OMS, se necesitará un presupuesto de \$4.100.000 para la OSPA en 1960. Con esa suma, a pesar de que no permita atender todas las solicitudes de los Gobiernos, se podrá establecer un programa adecuado y equilibrado y será posible un crecimiento razonable de la Organización.

El Ing. OLIVERO (Guatemala) se refiere al crecimiento proporcional de la participación de la

Oficina en el presupuesto de la OMS y hace constar su satisfacción por el hecho de que, mientras la parte que la Oficina recibió de las asignaciones ordinarias de la OMS aumentó en 4,5 por ciento de 1958 a 1959, el aumento propuesto de 1959 a 1960 es del 7,4 por ciento.

A una pregunta formulada por el Dr. ORELLANA (Venezuela), el Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP) contesta que el total de los proyectos financiados con las asignaciones ordinarias de la OMS, que figura al final de la página 95, debe compararse, no con el total del Título III, sino con la Sección 2 del Título III (Programas de campo), que aparece bajo la correspondiente columna de la página 79.

El PRESIDENTE invita a la Comisión a comenzar el examen del presupuesto con el Título III, Sección 2 (Programas de campo), y propone que se empiece con los resúmenes de las páginas 78 y 79. Examinados, uno por uno, los distintos capítulos incluidos en esta sección, no se hace sobre ellos observación alguna, y el Presidente manifiesta que interpreta esta circunstancia como aprobación general. También comenta favorablemente el satisfactorio incremento de las actividades de administración de salud pública.

Se levanta la sesión a las 17 h. 15 m.

SEGUNDA SESION

Miércoles, 24 de septiembre de 1958, a las 15 h. 20 m.

Presidente: Dr. HORACE P. S. GILLETTE (Reino Unido)

(Después) Dr. DANIEL ORELLANA (Venezuela)

Tema 11-B: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1960 (conclusión)

El PRESIDENTE abre la sesión, después de asegurarse de que hay quórum, y anuncia que el Dr. González (Subdirector, OSP) actuará de Secretario de la Comisión I en esta sesión por delegación del Director de la Oficina. Anuncia asimismo que, por tener que ausentarse él del salón, ocupará la presidencia de esta sesión el Vicepresidente, Dr. Orellana.

El Dr. Orellana (Venezuela) ocupa la Presidencia.

El PRESIDENTE anuncia que va a proseguirse la discusión del proyecto de programa y presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1960, y del anteproyecto de programa y presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para el mismo año, e invita a los señores representantes a que sigan haciendo las observaciones y comentarios que se iniciaron en la sesión anterior sobre dichos proyectos.

El Ing. OLIVERO (Guatemala) señala que en la página 80 del *Documento Oficial No. 24* aparecen, en el grupo III, las cantidades asignadas para la realización de los programas de campo de la Oficina, y hace constar que, comparando los porcentajes relativos a las mismas, contenidos en el *Documento Oficial No. 21*, con los referentes al anteproyecto de presupuesto para 1960, que se está considerando, resulta que existen ciertos programas en los cuales se ha puesto ahora un mayor énfasis, en tanto que se disminuyen cantidades que en el anteproyecto de presupuesto anterior se dedicaban a atenciones fundamentales. Tal es el caso del programa de erradicación de la malaria (32,45% en el anteproyecto de presupuesto de 1959 y 31,71% en el anteproyecto para 1960); el dedicado a combatir la tuberculosis (0,31% en el de 1959 y 0,21% en el de 1960); el correspondiente a las enfermedades endemo-epidémicas (5,66% en el de 1959 y 4,86% en el de 1960), existiendo también disminuciones en otros importantes capítulos como en el de higiene maternoinfantil (1,11% en el de 1959 frente a 0,80% para el de 1960). Sin embargo, ha experimentado aumento el porcentaje de la suma correspondiente a las enfermedades venéreas y treponematosiis, entre otros. El orador pide a la Secretaría que explique las razones por las cuales se han introducido reducciones en los conceptos mencionados.

El Dr. JIMÉNEZ ARANGO (Colombia) se suma a las manifestaciones formuladas por el Representante de Guatemala y agrega que observa asimismo una disminución en los porcentajes correspondientes a Educación y Adiestramiento.

El Dr. CASTILLO RODRÍGUEZ (Nicaragua) pregunta a la Secretaría a qué programas se refiere el renglón "Otros programas" que figura al final del grupo III.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos) destaca la importancia que, a su juicio, tiene el trabajo efectuado por la Oficina para preparar el proyecto de presupuesto que se está discutiendo y que pone de relieve el creciente interés que atribuye a los programas de campo, cuya realización debe constituir su función esencial. Termina expresando su satisfacción por las orientaciones marcadas en el proyecto de presupuesto.

El Dr. HORWITZ (Chile) destaca el hecho de que, con respecto al proyecto de presupuesto de

1958, se han introducido reducciones en las proporciones correspondientes a los servicios administrativos y hace constar que, mientras el porcentaje de dicho año fue de 10,16%, el correspondiente al proyecto de 1959 es de 8,84% y el de 1960 descenderá hasta 8,27%. Todo esto prueba que en la redacción del proyecto se han tenido en cuenta las recomendaciones que han sido hechas para llegar a una racionalización de los servicios administrativos, en que los representantes de Chile han insistido constantemente.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP), contesta a las observaciones de los Representantes y empieza por referirse al cuadro de la página 80 del *Documento Oficial No. 21*, que ha sido comparado, a través de sus cifras porcentuales, con el de la misma naturaleza, también en la página 80 del *Documento Oficial No. 24*. Indica que la clasificación de los programas es necesariamente un poco arbitraria y es la que también usa la OMS. Recoge las observaciones del Ing. Olivero, relativas a la disminución de porcentajes de algunos conceptos importantes y dice que, seguramente, de un modo general, si se comparan las cifras absolutas, podrán tal vez verse también diferencias, pero que, sin embargo, en el total de los programas de campo, tales disminuciones no existen. Manifiesta que el proyecto de presupuesto es resultado de las consultas que los Representantes de Zona han realizado con los Gobiernos interesados. Conocidas las necesidades expuestas por los Gobiernos, el personal de la Oficina estudia los programas pertinentes y de allí surgen los proyectos a desarrollar.

Declara que no duda que existan diferencias si se cotejan los proyectos contenidos en el *Documento Oficial No. 21* con los del *No. 24*. Así, por ejemplo, dentro del renglón "Enfermedades venéreas" figuraba en el anteproyecto para 1959 la cifra total de \$66.432 y en el correspondiente a 1960, que aparece en el último de los dos documentos antes indicados, dicha cifra se convierte en \$121.201. En este caso se prevén nuevos programas, para iniciarse en 1960, los cuales se agregan a los anteriores. En los programas relativos a nutrición, aparece la cifra de \$273.369 (2,5%) en el anteproyecto de presupuesto de 1959 y la de \$294.820 (2,64%) en el de 1960; el aumento del porcentaje es pequeño y, sin embargo, no sucede lo mismo con las cifras absolutas, que representan un aumento importante.

Contestando al Representante de Colombia, acerca de la reducción en la División de Educación y Adiestramiento, el Dr. González dice que también en este caso el porcentaje de 1,73 en 1959, comparado con el de 1,63 en 1960, no guarda relación con las cifras globales, que son \$177.370 para el primero y \$181.805 para el segundo.

Respondiendo al Representante de Nicaragua, señala que la enumeración de los proyectos agrupados en el renglón "Otros programas" aparece en las páginas 86, 90, 94 y 98, según que se trate de actividades a financiar con el presupuesto ordinario de la OSP, con "Otros Fondos" de la misma, con el presupuesto ordinario de la OMS y con fondos de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, respectivamente. Termina su intervención agradeciendo, en nombre del Director, las expresiones de estímulo por el esfuerzo de mantener los gastos por servicios administrativos al más bajo nivel posible.

El Dr. ORELLANA (Venezuela) se refiere a las estimaciones para los Servicios de Conferencias en los años 1958, 1959 y 1960; y expresa también su deseo de saber las razones por las cuales las cifras correspondientes a la asignación para personal temporero figuran con una cuantía invariable en esos tres años.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) explica que en las páginas 102 y 103 del *Documento Oficial No. 24*, puede observarse que el número de puestos, 21, es igual para 1958 y 1959, habiendo aumentado en cambio las cifras estimadas de gastos. Esto se debe a que en 1958 la cifra toma en cuenta los lapsos y los cargos vacantes que han existido, mientras que para 1959 se considera como si todos los cargos estuvieran cubiertos. De 1959 a 1960 hay una diferencia de unos \$12,000 que corresponde a dos cargos de nueva creación: un oficial de conferencias y un escribiente. Conviene señalar que la Sección de Conferencias no atiende solamente a las reuniones de los cuerpos directivos de la OSPA y a los servicios de documentación y traducción, sino a servicios de secretaría de cursos y reuniones de carácter técnico, auspiciados por la Oficina, que se han incrementado en los últimos años. En lo que se refiere al personal temporero, hay que advertir que se ha querido estimar el personal que se necesitará durante cortos períodos para cubrir ausencias por vacaciones, licencias u otros motivos.

El Dr. ABAD GÓMEZ (Colombia) alude a la distribución por materias del programa de campo y señala las diferencias existentes entre los porcentajes de los programas de erradicación de la malaria (48,46%), *Aedes aegypti* (4,59%), framnesia (1,66%) y viruela (0,54%). Pregunta las causas por las cuales es tan pequeña la cifra consignada para la erradicación de la viruela, cuando se trata de uno de los problemas que más afectan al Continente, y asimismo se extraña de que se dedique solamente el 1,23% a higiene maternoinfantil y el 1,58% a saneamiento del medio, a pesar de ser tan necesarios los servicios de ingenieros sanitarios y de que se registra un considerable número de fallecimientos por enfermedades contraídas en las zonas rurales.

El Dr. MUÑOZ (Perú), al intervenir por primera vez en los debates, dirige un cordial saludo a los Representantes. Indica su preocupación por la gran amplitud alcanzada por la tuberculosis en el Continente, considerándola como uno de los problemas más graves. Anuncia que su Delegación desea que la XV Conferencia Sanitaria Panamericana estudie tal cuestión con carácter urgente y se dé prioridad a un programa para su control.

El Ing. OLIVERO (Guatemala) se refiere a los proyectos relativos al planeamiento y organización de servicios hospitalarios y pide información sobre este asunto.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) manifiesta que resulta difícil poder ofrecer un claro panorama de las actividades sanitarias que efectúan los Gobiernos con la colaboración de la Oficina, a través de las clasificaciones de programas por grupos que aparecen en la página 4 del *Documento Oficial No. 24*. Por ejemplo, el Representante de Colombia ha manifestado preocupación expresada porque al renglón "Higiene maternoinfantil" se le asigne solamente el 1,23%, si se toman en cuenta todos los fondos, y 2,32% si se excluye el Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria. Las cifras que aparecen en este renglón se refieren a ciertos programas muy específicos, pero conviene señalar que siguiendo la tradición, los servicios integrados de salud pública dedican gran parte de sus esfuerzos a higiene maternoinfantil. Así, en el renglón "Fortalecimiento de los servicios de salud pública" están incluidas las enfermeras, una de cuyas primordiales funciones consiste en el desarrollo de

grama interamericano de enseñanza de bioestadística; AMRO-8, Erradicación del *Aedes aegypti* en el Caribe; AMRO-47, Servicios de laboratorios de salud pública y erradicación de la framnesia (Area del Caribe); AMRO-95, Saneamiento del medio (Area del Caribe); AMRO-7, Erradicación del *Aedes aegypti* (Centro América y Panamá). A fin de que la Junta de Asistencia Técnica pueda asignar los fondos necesarios, se requiere una resolución de la Conferencia apoyando esos programas, y sugiere que se adopte una resolución similar a la aprobada en años anteriores.

El Dr. MUÑOZ (Perú) hace observar que en la relación de proyectos que acaba de leerse no encuentra el programa interfronterizo de Bolivia y Perú para el control de la tuberculosis, tan importante para la población indígena.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) explica que en el proyecto de programa y presupuesto aparecen como "programas nacionales" los referentes a "Misión conjunta para poblaciones indígenas", tanto en Bolivia como en el Perú, como puede observarse en las páginas 172 y 182 del Documento Oficial No. 24. Indica que la Comisión pudiera considerar un proyecto de resolución concebido en términos similares al que se ha aprobado ya en ocasiones anteriores.

Decisión: Se acuerda por unanimidad recomendar a la Conferencia que apruebe los proyectos regionales que se financiarán en 1959 con fondos del Programa Ampliado de Asistencia Técnica y que se han de presentar a la Junta de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas.¹

Tema 11-C: Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1960 (conclusión)

El PRESIDENTE pone a discusión el anteproyecto de programa y presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1960. Dice que el Comité Ejecutivo ha sugerido la aprobación de una resolución, tal como puede leerse en el Informe Final de su 35a Reunión. Añade que este anteproyecto será discutido en la reunión que celebrará el Comité Ejecutivo a mediados de 1959, y luego en la XI Reunión del Consejo Directivo.

El Dr. MUÑOZ (Perú) hace saber que está completamente de acuerdo con el proyecto de resolución sugerido por el Comité Ejecutivo. Propone, sin embargo, que como se ha acordado ya en la misma sesión para el proyecto de programa y presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1960, se añada al proyecto de resolución leído un segundo párrafo concebido en los siguientes términos:

Recomendar que en la preparación de los programas y presupuestos futuros se conceda especial atención a las actividades de administración de salud pública, saneamiento ambiental, preparación de personal, higiene materno-infantil y tuberculosis.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución contenido en la Resolución VI de la 35a Reunión del Comité Ejecutivo, con la enmienda propuesta por el Representante del Perú, y que se incluya esta decisión en el informe de la Comisión a la Conferencia²

Tema 23: Estado de la erradicación de la viruela en las Américas³

El Dr. MOLINA (Jefe, División de Salud Pública, OSP) explica que el tema sobre la erradicación de la viruela ha sido incluido por decisión de la 34a Reunión del Comité Ejecutivo, tomada en mayo de 1958. A la semana siguiente, añade, la 11a Asamblea Mundial de la Salud aprobó su Resolución WHA11.54, relacionada también con la erradicación de la viruela. A instancias del Director General de la OMS pues, se ha sometido el tema al Comité Regional de las Américas. Da seguidamente lectura del documento presentado sobre este asunto, que espera sirva de base a las discusiones de la XV Conferencia. El problema de la viruela, comenta, aún es un problema importante en algunos países de América, aunque en otros se ha logrado ya su total erradicación. Aún no se está vacunando con la intensidad necesaria en ciertas regiones, a pesar de que hace más de cien años que existe un arma eficaz para luchar contra el azote de la viruela: la vacuna antivariólica.

El Dr. ABAD GÓMEZ (Colombia) manifiesta que quisiera felicitar a la Oficina Sanitaria Panamericana por la presentación del documento, pero que no puede por dos razones. Estas son: el bajo

¹Véase acta de la duodécima sesión plenaria, pág. 226.

²Véase acta de la octava sesión plenaria, pág. 175.

³Véase Parte V, Anexo 3, pág. 491.

porcentaje de fondos dedicados a la lucha contra la viruela en América, a pesar de que este programa cuenta con alta prioridad; y ciertas frases incluidas en el texto del documento que indican que no se está afrontando como se debe el problema de la viruela en el Hemisferio. Dice que la existencia de la viruela no se está considerando con la misma importancia con que se considera la presencia del *Aedes aegypti* o de la frambesia. En el documento, agrega, se habla de un "nivel sin importancia", y desea saber qué se entiende por ello. Comenta que si se han de seguir las directrices del Consejo Directivo anterior, la Oficina debería estar aterrada con la presencia de viruela en las Américas. Espera que en la XVI Conferencia se pueda anunciar que la viruela ha sido ya totalmente erradicada y propone que se recomiende a todos los Países Miembros que realicen los mayores esfuerzos por eliminarla.

El Dr. ARREAZA GUZMÁN (Venezuela) hace observar que su Delegación ha distribuido ya entre los miembros de las delegaciones un informe en que se indica cómo marcha la campaña de erradicación en Venezuela. El método seguido, indica, es el de proceder sistemáticamente hasta cubrir todo el territorio nacional. En el primer ciclo de vacunación se protegió al 89 por ciento de la población del país. En el segundo ciclo, iniciado en agosto de 1953 y ya próximo a terminar, se llevará el porcentaje a un 90 ó 95 por ciento. El primer ciclo se caracterizó por el elevado costo per cápita, pero se ha reducido en el segundo ciclo. A partir de 1949, año en que se inició la campaña se ha observado una disminución gradual de la incidencia hasta 1956, cuando se notificaron los cuatro últimos casos que probablemente fueron de varicela. Anuncia que su país se propone mantener la vacunación con carácter permanente a fin de conservar el nivel de inmunidad, uniendo esa campaña a la de profilaxis contra otras enfermedades.

El Dr. MUÑOZ (Perú) hace saber que su país puede anunciar ya la erradicación de la viruela en su territorio ya que en los últimos tres años no se ha registrado un solo caso. Destaca la buena cooperación que ha recibido del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Añade que la vacunación alcanza a la población que vive en las regiones más apartadas. Propone que se apruebe una resolución expresando que se considera que la erradicación de la viruela es

una necesidad de salud pública a la que deben atender todos los países de América; y al mismo tiempo se encarezca a la Oficina Sanitaria Panamericana que adopte las medidas necesarias para lograr dicha erradicación en el Continente; se encarezca también a los países en que existe la enfermedad que procedan a la realización de planes nacionales de erradicación; y se solicite de los países que producen vacuna antivariólica su más eficaz cooperación a fin de suministrarla a otros países.

El Dr. OUSSET (Argentina) hace observar que en su país, cuando se trabaja en malaria, no se habla de erradicación hasta tanto han transcurrido tres años desde que se suspendió el rociamiento u otras medidas antimaláricas sin que se registren nuevos casos. Desea saber, sin embargo, cuál es el criterio que sigue la Oficina Sanitaria Panamericana con respecto a la viruela.

El Dr. BERTOLINI (Uruguay) informa que su país se encuentra en posición de excepción, pero indica que los índices de morbilidad siguen mostrando la presencia de viruela. Apoya la proposición del Representante del Perú, pero quisiera agregar un punto más. Se refiere éste a fomentar la celebración de frecuentes reuniones regionales de países vecinos a fin de coordinar las actividades en las zonas fronterizas. Indica que los casos registrados en el Uruguay son casi todos de origen foráneo. Pide, pues, que se amplíe la propuesta del Representante del Perú para incluir la celebración de reuniones fronterizas frecuentes para luchar contra la viruela.

El Dr. HORWITZ (Chile) manifiesta que en Chile no se ha registrado un solo caso de viruela desde 1953. El programa de vacunación revela que el total de inmunizados va en aumento, aunque no se ha podido contar con una vacunación anual del 20% de la población adulta, como se recomienda, a pesar del advenimiento de la vacuna desecada. Agrega que no es sencillo contar con la colaboración de la población cuando no existe ninguna epidemia. Destaca, sin embargo, que el problema relacionado con la producción de vacuna antivariólica no está resuelto. Menciona unos artículos publicados recientemente en el *Boletín* de la Oficina Sanitaria Panamericana sobre nuevas técnicas relacionadas con la vacuna que, a su juicio, son excelentes. Cree que se debe indicar a todos los países la importancia de la lucha antivariólica.

El Dr. JIMÉNEZ ARANGO (Colombia) manifiesta que desde que se firmó en 1955 un convenio entre su país, la OSP y el UNICEF, se han vacunado 4.081.947 personas en siete departamentos de Colombia. Entre los años 1956 y 1957 ha disminuido la frecuencia de la viruela en distintos departamentos. Cree que, de seguirse al ritmo actual la campaña habrá terminado antes de los 5 años fijados en el convenio antes citado.

El Dr. PEÑA (Paraguay) declara que su Delegación ha distribuido un informe sobre el programa de erradicación de la viruela en su país. Dice que en noviembre de 1957 su país firmó un convenio con la OSP para el programa antivariólico cuyo objetivo principal consistía en conseguir un nivel de inmunidad del 80% de la población en un período no mayor de 3 años. El convenio, además, estipulaba la formación de personal técnico, que fue rigurosamente seleccionado. Un punto importante que desea señalar es el que se refiere al adiestramiento en organización

de la comunidad para realizar este tipo de trabajo. La Oficina proporciona los vehículos y la vacuna glicerizada procedente del Uruguay, de muy buena calidad. En su país coordinan la campaña antivariólica con la lucha contra la lepra, las enfermedades venéreas y otras afecciones. Se han empleado dos métodos: uno consiste en la concentración en masa y el otro en la vacunación de casa en casa. El método de ir casa por casa ha dado un promedio diario de 81 personas vacunadas. El de la concentración en masa ha dado un promedio de 210 personas. Asimismo, en este último método se ha logrado reducir a menos de un centavo de dólar el costo de la vacuna por persona. Hasta la fecha, hay 456.000 personas vacunadas en el país, lo que representa el 28,3% de la población. Se espera que para fines de este año se haya logrado inmunizar a unas 770.000 personas, o un 50% de la población. De seguirse en el presente ritmo, el plazo original de 3 años se reduciría a dos.

Se levanta la sesión a las 18 h. 15 m.

TERCERA SESION

Jueves, 25 de septiembre de 1958, a las 15 h. 10 m.

Presidente: Dr. HORACE P. S. GILLETTE (Reino Unido)

El PRESIDENTE, habiendo el quórum reglamentario, abre la sesión y anuncia que, por delegación del Director, actuará como Secretario el Dr. Carlos L. González, Subdirector de la Oficina.

El Ing. OLIVERO (Guatemala, Relator) da lectura al texto de los proyectos de resolución que la Comisión, en su sesión segunda, acordó presentar al pleno de la Conferencia sobre el proyecto de programa y presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud y el anteproyecto de programa y presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1960, y lee asimismo un tercer proyecto de resolución que ha redactado en forma de recomendación separada que refleja las propuestas hechas en la referida sesión por los Representantes del Perú y Colombia, por si la Comisión considera preferible someterlas en esta forma a la consideración del pleno de la Conferencia.

Tras breve debate en el que intervienen el Dr. MUÑOZ (Perú), el Dr. HORWITZ (Chile) y el PRESIDENTE, se aprueba la redacción dada por el Relator a las dos recomendaciones mencionadas en primer lugar.

El Dr. JIMÉNEZ ARANGO (Colombia) pide que conste en acta que su Delegación, como anunció ayer, se ha abstenido de votar sobre el proyecto de resolución que se refiere al proyecto de programa y presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, por no ser su país miembro de esa Organización.

Tema 23: Estado de la erradicación de la viruela en las Américas (conclusión)¹

El PRESIDENTE anuncia que va a proseguir la discusión del Tema 23.

¹Véase Parte V, Anexo 3, pág. 491.

El Dr. BISSOT (Panamá) manifiesta que la Delegación de su país está enteramente de acuerdo con las opiniones expresadas en la sesión anterior sobre la importancia de fomentar la erradicación continental de la viruela, y quiere advertir que es sumamente importante que se trate de solucionar el problema lo antes posible. Un foco de infección en un país es peligroso para los demás países, aun para los que ya han erradicado la viruela. En el año que terminó el 30 de junio de 1957, dieciocho países notificaron a la Organización Mundial de la Salud casos importados de viruela a través del tráfico internacional. Anuncia que apoyará cualquier moción encaminada a estimular la erradicación de la viruela en las Américas.

El Dr. VAN DER KUYP (Reino de los Países Bajos—Surinam) señala que en los últimos 50 años no se ha registrado un solo caso de viruela en Surinam. La primera vacunación se llevó a cabo en 1801, cuando Surinam estaba ocupada por la Gran Bretaña. Desde 1877 existe la enseñanza obligatoria y desde 1904 todos los niños que ingresan en la escuela son vacunados. Declara que en el Laboratorio Bacteriológico de la capital de Surinam se produce una vacuna antivariólica muy activa. A pesar de que la viruela ha sido erradicada en el país, existe una constante vigilancia.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) expresa, en nombre del Director de la OSP, su sincero pesar porque en el informe presentado sobre el tema en discusión se hayan utilizado ciertas frases poco afortunadas, como la señalada en la sesión anterior por el Representante de Colombia. Indica que en las campañas de erradicación no cuenta la cantidad de casos, sino la ausencia total de éstos. Con respecto a las observaciones del Representante de Venezuela, indica que hace varios años, el Paraguay desarrolló una campaña combinada de vacunación antivariólica y contra la anquilostomiasis. Hace referencia a la experiencia de Haití, que últimamente usa la organización y el equipo de búsqueda de los últimos casos de frambesia para efectuar la vacunación antivariólica de casa en casa. Recuerda que desde hace algunos años se realizan en Africa vacunaciones antivariólicas combinadas con las antiamarílicas, usando la cepa francesa. La Oficina Sanitaria Panamericana recomienda la cepa 17D de la vacuna.

Existe una monografía de la OMS, titulada

“Vacuna contra la fiebre amarilla”, que contiene interesantes artículos sobre esta materia. Menciona el problema de la interferencia de los virus, señalando que es opinión general de que no existe si las vacunas se administran por separado. Actualmente, el Instituto Carlos Finlay de Colombia lleva a cabo, en colaboración con la OSP, experimentos en las zonas rurales para adaptar la cepa 17D a un vehículo que permita usar el método de escarificación. Con respecto al interesante problema que envuelve la definición del término “erradicación” aplicado a la viruela, acerca del cual el Representante de la Argentina llamó la atención, el Dr. González señala que no podría dar un criterio preciso. Da lectura del Artículo 6 del Reglamento Sanitario Internacional, en lo que se refiere al criterio de declarar de nuevo libre un área local infectada de viruela, agregando que ese criterio seguramente no puede aplicarse a un área más extensa o a un país entero. Manifiesta que en algunos de los convenios firmados entre la OSP y los Gobiernos, se menciona que pasados 2 o 3 años sin ningún caso autóctono, se podía considerar la enfermedad erradicada. Repite que, hasta donde llegan sus conocimientos, no hay para la erradicación de la viruela un criterio adoptado internacionalmente, como sucede con la malaria.

El Dr. MOLINA (Jefe, División de Salud Pública, OSP) da lectura a un proyecto de resolución presentado por el Representante del Perú y señala que tal vez sería conveniente incluir en él alguna referencia a las resoluciones adoptadas anteriormente por los cuerpos directivos de la Organización Sanitaria Panamericana y de la Organización Mundial de la Salud.

El Dr. HORWITZ (Chile) dice que su Delegación manifestó en la sesión anterior que apoyaría cualquier medida encaminada a erradicar la viruela. La propuesta del Representante del Perú es excelente y cuenta con todo su apoyo. Manifiesta, sin embargo, que no debe diferirse el problema referente a la definición del término “erradicación”. Debe buscarse una definición aplicable a todos los países. De las manifestaciones del Dr. González se desprende que al parecer no existe un acuerdo internacional sobre el particular, comparable al que se ha llegado por la experimentación con otras enfermedades, como la malaria, por ejemplo. A pesar de que la vacuna antivariólica fue descubierta hace 160 años, todavía quedan

problemas biológicos por resolver. No se ha resuelto, por ejemplo, la duración exacta de la inmunidad. Las cifras fluctúan entre uno y 10 años, a juicio de distintos expertos. El certificado sanitario internacional de vacunación antivariólica tiene una validez de 3 años, pero en algunos países es de 5 años. En Chile, el programa de vacunación se funda en el hecho de mantener un nivel permanente del 80% de la población inmunizada, lo que representa la vacunación anual de un 20%, más los aumentos por nacimiento o inmigración. Otro problema biológico no determinado, explica el orador, es el del destino del virus que penetra y circula entre los ya inmunes. En los vacunados con vacuna Salk contra la poliomielitis, al parecer el virus es capaz de reproducirse en el intestino de los inmunes, multiplicándose y difundiéndose en condiciones de virulencia. Uno de los argumentos en favor de la vacuna con virus atenuado es que produciría además inmunidad local, evitando la multiplicación del virus. En el caso de la viruela, parece ser que la inmunidad natural o adquirida sería capaz de destruir el virus. Este hecho deberá tomarse en consideración al definir el concepto internacional de "erradicación de la viruela". Sugiere que al proyecto de resolución propuesto por el Representante del Perú, se añada un párrafo solicitando de la Oficina Sanitaria Panamericana que realice los estudios necesarios a fin de establecer una definición de la erradicación que pueda ser aplicada uniformemente en las campañas de los diferentes países.

El Dr. BERTOLINI (Uruguay) está de acuerdo con la propuesta del Representante del Perú y con la enmienda sugerida por el de Chile. Dice, sin embargo, que en ninguna de estas propuestas se menciona el problema del período en que tiene validez el certificado de vacunación antivariólica. El certificado internacional de vacunación da a ésta una validez y una duración de tres años. En su opinión, debe darse la misma validez al certificado internacional y al certificado nacional.

El Dr. ARREAZA GUZMÁN (Venezuela) considera sumamente importantes las declaraciones del Representante de Chile. Cree que se debe proponer que un Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud estudie el problema. En Venezuela se ha adoptado un mínimo de 5 años sin casos autóctonos, antes de considerar erradicada la enfermedad.

Decisión: Por unanimidad se acuerda: 1) considerar la erradicación de la viruela como una necesidad de salud pública que requiere urgente atención en todos los países de las Américas; 2) encarecer a los Gobiernos de los países donde todavía existe viruela, que procedan a la realización de planes nacionales de erradicación de dicha enfermedad; 3) solicitar la cooperación de los Gobiernos Miembros para que faciliten vacuna antivariólica y asesoramiento técnico, con vistas al logro de la erradicación en escala continental; 4) encarecer a la Oficina Sanitaria Panamericana que adopte todas las medidas necesarias para alcanzar dicho objetivo, entre ellas, la colaboración en la producción de vacuna, el asesoramiento en la organización de campañas en escala nacional y la celebración de reuniones interpaíses con el fin de coordinar las actividades en este campo; y 5) solicitar de la Oficina Sanitaria Panamericana que realice los estudios necesarios a fin de establecer una definición de la erradicación que pueda ser aplicada uniformemente en los diferentes países.¹

El Dr. Wegman (Secretario General, OSP) pasa a desempeñar las funciones de Secretario de la Comisión, por delegación del Director.

Tema 15: Reglamento para las Discusiones Técnicas de la Conferencia Sanitaria Panamericana y el Consejo Directivo²

El Dr. MOLINA (Jefe, División de Salud Pública, OSP) al presentar el documento sobre este tema, informa que el Consejo Directivo en su X Reunión autorizó al Comité Ejecutivo a que preparara, para su transmisión a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, un proyecto de reglamento sobre las Discusiones Técnicas tomando como base el que se aplicó en la Conferencia anterior. El Comité Ejecutivo en su 34a Reunión, además de examinar el proyecto de reglamento para las Discusiones Técnicas, modificó uno de sus artículos y acordó que se preparara un proyecto que sirviera tanto para las Discusiones Técnicas de las futuras Conferencias como para las que tengan lugar durante las reuniones del Consejo Directivo. Por último, acordó que el tema

¹Véase acta de la octava sesión plenaria, pág. 175.

²Véase Parte V, Anexo 4, pág. 496.

de las Discusiones Técnicas se examinara por el pleno de la Conferencia.

Seguidamente da lectura a los Artículos 1 al 6 inclusive, del proyecto de reglamento, que *quedan aprobados* sin discusión.

El Dr. MUÑOZ (Perú) propone que el Artículo 7 quede redactado en los siguientes términos: "La selección del tema o temas de las Discusiones Técnicas se efectuará, cada año, en la correspondiente reunión de la Conferencia o del Consejo, para la próxima reunión de cualquiera de estos cuerpos directivos. Los Gobiernos Miembros y el Director de la Oficina podrán proponer temas antes de dichas reuniones o en el curso de las mismas. Tanto la Conferencia como el Consejo podrán delegar en el Comité Ejecutivo la selección de los temas".

Queda aprobado.

*Se suspende la sesión a las 16 h. 15 m.
y se reanuda a las 16 h. 45 m.*

Al reanudarse la sesión, el Dr. MUÑOZ (Perú) muestra su extrañeza porque en el texto del Artículo 9 parece limitarse la facultad del Director de la Oficina a designar un solo experto para cada tema de las Discusiones Técnicas.

El Dr. HORWITZ (Chile) coincidiendo con el Representante del Perú, destaca la extraordinaria importancia de los trabajos encomendados a los expertos y recuerda la trascendencia de los temas discutidos en la IX y X Reuniones del Consejo Directivo, sobre planificación y evaluación de los programas de salud, y señala que en el Servicio Nacional de Salud de Chile se han aplicado ya muchas de las normas establecidas en dichas discusiones. Estima que no debe fijarse límite a la facultad del Director para la designación de los expertos que sean necesarios en cada caso.

El Dr. MUÑOZ (Perú) propone que la redacción del Artículo 9 sea modificada en la forma siguiente: "El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana designará los expertos que sean necesarios para cada tema objeto de las Discusiones Técnicas y les encargará que preparen la correspondiente exposición preliminar".

Por unanimidad *se aprueba* el Artículo 9 con la modificación propuesta por el Representante del Perú.

El Dr. MOLINA (Jefe, División de Salud Pública, OSP) da lectura a los Artículos 10, 11, 12, 13 y 14, que *quedan aprobados* sin discusión.

Atendiendo una observación del Representante del Perú, el Dr. MOLINA propone que la expresión contenida en el Artículo 15, que dice "en forma de seminario", sea reemplazada por la de "en forma que facilite la discusión activa de los temas".

Por unanimidad, y con esta enmienda, *se aprueba* el Artículo 15.

El Dr. MOLINA da lectura seguidamente a los Artículos 16, 17 y 18 que *se aprueban* por unanimidad.

A propuesta del Dr. ORELLANA (Venezuela) *se acuerda* suprimir la última oración del Artículo 19, que dice: "Este informe se someterá a la consideración y aprobación de la sesión especial de Discusiones Técnicas".

En cuanto al Artículo 20, el Dr. ORELLANA (Venezuela) propone que quede redactado como sigue: "El director de debates transmitirá a la Conferencia o al Consejo el informe de las Discusiones Técnicas, el cual será presentado en la correspondiente sesión plenaria".

Así se acuerda.

El Dr. MUÑOZ (Perú) propone que se modifique el Artículo 21, reemplazando la palabra "recomendaciones" por la de "acuerdos", propuesta que *se aprueba* por unanimidad.

El Dr. HORWITZ (Chile) pide que el Artículo 22 sea reemplazado por otro que diga así: "El Director de la Oficina dará la mayor difusión posible, por medio del *Boletín* y de otras publicaciones especiales de la OSP, a los informes y otros documentos adicionales".

Así se acuerda.

El PRESIDENTE, somete, por último, a votación la totalidad del Proyecto de Reglamento con las modificaciones aprobadas en el curso del debate.

Decisión: Por unanimidad se recomienda a la Conferencia que apruebe el Reglamento relativo a las Discusiones Técnicas durante las reuniones de la Conferencia y el Consejo Directivo (Documento CSP15/26, Rev. 1).¹

¹Véase acta de la octava sesión plenaria, págs. 175-176.

Tema 18: Programa de Becas¹

El PRESIDENTE invita al Secretario a que haga la presentación del documento sobre este tema.

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP) indica que este problema se ha discutido muchas veces tanto en el seno del Consejo Directivo como en la Conferencia Sanitaria Panamericana y en el Comité Ejecutivo a partir del año 1953. En la Resolución XV de la última reunión del Consejo Directivo se solicitó del Director la preparación de un informe amplio y completo sobre el programa de becas y a tal efecto, se ha elaborado el Documento CSP15/22.

En el primer capítulo del documento se señala que el propósito primordial del programa de becas consiste en prestar colaboración a los Países Miembros en la capacitación de personal para el desempeño de las funciones que requieren los servicios de salud pública. En general, tal misión se cumple mediante la asistencia a cursos académicos y la observación de prácticas y técnicas. El Dr. Wegman señala que en el documento no aparecen los datos correspondientes a participantes en seminarios. Seguidamente se examinan en el informe las prioridades que la Oficina ha observado en este programa expuestas en el capítulo II. En el momento actual se aplican las siguientes prioridades: personal que trabaja o trabajará en proyectos que los Gobiernos llevan a cabo con la cooperación de la Organización; los profesores de las escuelas de salud pública o los de medicina preventiva en las escuelas de medicina, odontología, enfermería, etc.; o los directores de las escuelas de medicina, el personal de los servicios de salubridad en general, los profesores de ciencias básicas en escuelas de medicina, y, por último, los profesores de medicina clínica, pero solamente cuando es necesario subsanar una deficiencia importante en el programa educacional.

El tercer capítulo trata de los compromisos del Gobierno, del becario y de la Organización, inherentes a la adjudicación de becas. En la solicitud de beca, el Gobierno garantiza que los estudios a seguir con la beca solicitada son necesarios para reforzar los servicios nacionales de sanidad del país y que, en el caso de concederse aquélla, los servicios del candidato serán plenamente utilizados en la especialidad para la cual la beca le

haya sido concedida. Asimismo, la ausencia del candidato durante sus estudios en el extranjero no deberá causarle perjuicio alguno desde el punto de vista de su situación, derechos de antigüedad, sueldo, pensión y otros derechos análogos, y que a la expiración de la beca se dará al becario un empleo.

El becario se compromete, una vez regrese a su país, a continuar o entrar al servicio de la administración sanitaria y a cumplir el reglamento que rige el programa de becas. La Organización establece los planes apropiados, hace los preparativos necesarios y proporciona adecuada ayuda financiera para la realización de los estudios.

En el capítulo IV, se examina el problema de la selección de los becarios, lo que constituye, sin duda, el acto de mayor importancia de todo el programa. Los becarios han de ser seleccionados entre los que posean las mejores calificaciones técnicas y personales. Igualmente se consignan algunos de los factores determinantes en esta selección: educación básica, aprovechamiento de los estudios anteriores, experiencia en la materia, posibilidades existentes en el país del candidato para el estudio de tal materia, funciones desempeñadas con anterioridad a la beca, así como las que se desempeñarán al término de la misma y los beneficios que aportarán al país del candidato los estudios que éste realice. Al mismo tiempo, se toman en consideración otras condiciones del candidato, tales como estabilidad emocional, personalidad, etc.

Es importante que el candidato tenga la capacidad y adaptabilidad necesarias para sacar conclusiones, más bien elásticas que rígidas, de sus estudios y observaciones adquiridos en el extranjero.

Algunos países han formado, dentro de su estructura gubernamental, y siguiendo el consejo de la Organización, un comité de selección de becarios, que ayuda mucho en esta tarea. Entre los problemas que se han encontrado, el principal es el conocimiento insuficiente del idioma de estudio; se ha sugerido que tal vez sería una buena idea seleccionar candidatos sin prestar atención al idioma y enseñar éste en el país en que se vaya a disfrutar la beca. Desde luego, tal cosa requeriría mayores gastos, sin ninguna seguridad en el resultado. En la actualidad se ha llegado en la Oficina a un sistema relativamente

¹Véase Parte V, Anexo 9, pág. 530.

eficiente para comprobar la habilidad del candidato en el idioma. Después de una serie de ensayos, la Oficina ha decidido utilizar los servicios de un instituto de enseñanza de idiomas de los Estados Unidos, que tiene corresponsales en casi todos los países del mundo, para que someta a prueba en este aspecto a los candidatos. El método ha demostrado ser muy acertado y casi han desaparecido las dificultades con que antes se había tropezado. Pero la mayoría de las universidades siguen insistiendo en que los becarios lleguen a la escuela con tiempo para orientarse y seguir un curso de repaso del idioma en el lugar en que tendrán que estudiar.

La relación entre la edad y la aptitud para seguir un plan completo de estudios es muy variable, pero la mayoría de las escuelas de salubridad rechazan candidatos de más de cuarenta y cinco años. La Oficina ha concedido últimamente 3 becas para realizar estudios académicos de salud pública a postulantes mayores de 50 años, de los cuales uno tuvo éxito, uno falló por completo, abandonando la escuela y su beca después de 6 semanas, y otro completó el curso con grandes dificultades.

Otro aspecto desagradable es la forma con que cumplen ciertos becarios el requisito del examen médico. A pesar del cuidado con que se procede, se han podido comprobar casos de becarios que llegaron al lugar de estudios en condiciones de salud incompatibles con el programa que debían desarrollar.

Otra dificultad que ha habido que afrontar consiste en la falta de orientación adecuada y de comprensión del carácter de los estudios, especialmente cuando éstos tienen alguna similitud con la especialidad clínica que el becario ejerce. Al llegar al lugar de estudio, los becarios se muestran sorprendidos del programa que deben seguir y quieren cambiarlo, lo que causa serias dificultades.

El Dr. Wegman sigue diciendo que en el capítulo V se trata de la duración de las becas y de las condiciones previstas para los becarios, cosas de las que ya se ha hablado en reuniones anteriores. Recuerda que el estipendio no tiene la finalidad de cubrir los gastos ordinarios del hogar del becario y que es importante que el Gobierno siga abonándole el sueldo que ordinariamente perciba, con el fin de que pueda cubrir sus necesidades familiares.

El capítulo VI se refiere a la tramitación de las solicitudes de becas, indicando los conductos por los cuales éstas han de pasar hasta su resolución.

En el capítulo VII se habla del problema de programación de los becarios, igual en importancia a la selección de los candidatos. Se indican en él algunos aspectos que deben tomarse en cuenta para una programación adecuada: las sugerencias del Gobierno respectivo y las funciones que desempeñará el becario al regresar a su país de origen; las sugerencias del mismo becario y su adiestramiento anterior y experiencias, así como el idioma en que puede estudiar; las recomendaciones que hace la Oficina de la Zona respectiva; los informes que posee la OSP sobre las posibilidades de estudio y las vacantes existentes en los centros docentes, y otros extremos.

En las solicitudes para una beca de un curso académico que recibe la Oficina, se suelen mencionar una o dos escuelas muy famosas, que tienen un renombre muy merecido, pero es importante recalcar que hay otras muchas instituciones que pueden facilitar muy buena enseñanza, a veces más adecuada para los fines específicos del postulante. Es conveniente proveer un medio ambiente que sea distinto de aquél en el cual el postulante esté habituado a vivir pero que, sin embargo, reúna condiciones de existencia y problemas sanitarios análogos a los del país del becario. Por esta razón, en los últimos años, ha aumentado en forma considerable el número de becarios que han ido a las escuelas de América Latina, en donde tales condiciones guardan mayor analogía.

El orador refiere seguidamente algunas dificultades que la Oficina encuentra para colocar a los estudiantes en las escuelas de salud pública, debido a que últimamente están recibiendo estos centros un número de solicitudes de admisión muy superior al de vacantes disponibles.

Uno de los proyectos que figura incluido en el programa para el año entrante consiste en la celebración de una reunión de los directores de las escuelas de salud pública, con el fin de cambiar impresiones sobre los problemas de los estudiantes extranjeros. Señala que últimamente se ha celebrado una reunión del Comité de Expertos de la OMS en Formación Profesional, en la que se estudiaron los problemas que plantean los estudiantes extranjeros, y se espera con gran interés el informe de dicha reunión.

El capítulo VIII se refiere al método para in-

formar sobre la concesión de la beca y los arreglos de viaje del becario. Ocurre muchas veces que el becario no lee las instrucciones y ello origina complicaciones y quejas. La obtención de visados ha constituido un problema especial en algunos casos.

El capítulo IX examina la orientación y guía durante los estudios, problema muy importante, en el que la Oficina ha tratado de que los estudiantes becarios sean visitados por lo menos dos veces durante la duración de su beca; de esta forma se complementa la orientación que les dan los asesores dentro de la misma escuela.

En el capítulo X se alude al contacto que se mantiene con el becario al final de los estudios, durante un período de dos años a partir del término de la beca. Los ex becarios deben presentar dos informes, el primero a los seis meses y el segundo a los dos años del regreso al país de origen, documentos que complementan el informe final que han de formular al terminar los estudios. La administración nacional de sanidad del país de origen emite, por su parte, otro informe sobre la utilización de los servicios de los ex becarios y las actividades desarrolladas en relación con las becas, informes que facilitan datos de gran utilidad para evaluar el programa de becas y para corregir sus defectos.

En el capítulo XI se trata de la amplitud y financiamiento del programa. Se puede advertir el aumento en el programa, no solamente en el número de becarios de la Región de las Américas, sino en el de becarios de otras regiones que estudian en este continente.

El Dr. Wegman señala que han recibido la mayor atención los estudios sobre las enfermedades transmisibles y también los problemas relativos a administración de salud pública, saneamiento y otros servicios de sanidad. Alude al financiamiento del programa de becas, que está basado no solamente en fondos del presupuesto ordinario de la OSP y de los fondos especiales, sino también, en grado importante, en el presupuesto ordinario de la OMS y en los fondos que se reciben del Programa de Asistencia Técnica.

El Capítulo XII trata de la coordinación de las actividades con otros organismos de las Naciones Unidas, así como con la Fundación Rockefeller, la Administración de Cooperación Internacional del Gobierno de los Estados Unidos y algunos otros.

Señala, por otra parte, que el Consejo Directivo, en su X Reunión, solicitó que se estudiase con la sede de la OMS y el Grupo Técnico de Trabajo sobre Becas, la propuesta de establecer varias categorías de becas, de acuerdo con la posición profesional y con la experiencia del becario. La reacción general fue totalmente contraria al sistema de puntuación propuesto, que se consideró demasiado complicado y que podía dar lugar a muchos malentendidos y dificultades.

El capítulo XIII trata de la evaluación de las becas. En la 11a Asamblea Mundial de la Salud se trató este punto en detalle y se redactó un informe dedicado a esta evaluación cuyos resultados son más o menos similares a los alcanzados por la OSP, dada la similitud del programa. En realidad, son pocos los casos en los cuales las becas no han dado buenos resultados y muy reducido el número de ex becarios que no hayan utilizado en forma adecuada su adiestramiento.

Por fin alude al capítulo XIV, que contiene consideraciones generales sobre los problemas de contar con suficiente personal especializado en el programa de becas, encargado de ejecutar el correspondiente programa.

Termina señalando que, a juicio del Director, este informe cumple la solicitud del Consejo Directivo de que se estudie, en forma amplia, el programa de becas de la OSP/OMS.

El Dr. HORWITZ (Chile) felicita calurosamente al Director por el informe que acaba de ser expuesto por el Dr. Wegman, y afirma que ha cumplido satisfactoriamente con el encargo que le fue encomendado por el último Consejo Directivo. Subraya que el documento es muy minucioso y describe los importantes resultados logrados.

Declara que Chile ha obtenido beneficios del programa de becas de la Oficina y que se abre para el país la posibilidad de adiestrar convenientemente, mediante ellas, al personal docente que necesita su Escuela de Salubridad.

Sin embargo, estima que el informe no contesta a la preocupación ya planteada en la IX Reunión del Consejo Directivo (1956) sobre la necesidad de establecer en los programas de becas una distinción entre los trabajadores habituales de los servicios sanitarios respecto de un grupo selecto de universitarios y altos funcionarios de sanidad, ya que a los comprendidos en este último grupo no puede sometérselos a un régimen común en cuanto a los trámites y estipendios inherentes a

las becas. Hay que tener en cuenta que no es fácil en los países de América que un alto funcionario sea sometido a los mismos requisitos si va a realizar un viaje de ampliación de estudios en el extranjero. Pregunta finalmente qué medidas está tomando la Oficina para resolver el problema de la categorización.

El Dr. ORELLANA (Venezuela) afirma que nunca se ha presentado a la Conferencia un cuadro tan completo sobre la situación y posibilidades de un programa de becas, y manifiesta su felicitación al Director. Estima que el programa de becas constituye una de las medidas más adecuadas para fortalecer los servicios nacionales de salud pública. La amplitud del programa la pone de relieve la lectura de los cuadros, ya que en un período de cuatro años se han concedido más de 1.500 becas, y esta cifra irá creciendo, habiéndose comprobado cómo los países latinoamericanos reciben ahora un considerable número de becarios, que alcanza un 66%, hecho que hace varios años hubiera parecido imposible.

Hace alusión a los aspectos difíciles del programa; reconoce que uno de estos aspectos difíciles radica en la duración a veces excesiva de la tramitación y manifiesta su esperanza de que se extremen los esfuerzos para acortar los trámites, ya que a veces la dilación determina que se cancelen algunas becas.

Estima que el conocimiento del inglés por el becario representa la adquisición de un instrumento de trabajo que le ayudará a obtener nuevas experiencias y le facilitará positivos avances para luchar con más eficacia en el terreno profesional en beneficio de la salud pública. Considera que las visitas y becas a los países de habla inglesa son de gran utilidad. Expresa su gran satisfacción por el hecho de que se haya recalcado la responsabilidad tripartita a que se refiere uno de los capítulos del informe: la del Gobierno, la del postulante a la beca y la de la Oficina, pero hay que tener en cuenta que una beca es un medio de promoción, por lo que la mayor responsabilidad recae sobre el país que la solicita. Finalmente pide detalles sobre las 14 becas concedidas en el campo de medicina clínica.

El Dr. ABAD GÓMEZ (Colombia) se suma a las expresiones de felicitación que se han pronunciado sobre el programa de becas y dice que el cuadro que aparece en la página 4 del proyecto de programa y presupuesto, al consignarse el 42,42%

a atenciones de educación y adiestramiento, proclama bien elocuentemente el esfuerzo que la OSP y la OMS realizan en este tipo de actividades. Dice, sin embargo, que no entiende el significado de la lista de campos dentro del capítulo de prioridades. Muestra, además, su extrañeza porque figuren en el primer lugar de las prioridades establecidas por el programa de becas las personas que trabajen en proyectos que se llevan a cabo con la cooperación de la Organización, tal vez, con perjuicio de las necesidades generales de los países. Pregunta si se toma en cuenta el tamaño, es decir, el número de habitantes. A juzgar por los cuadros, parece que hay países con menos población que tienen un número elevado de becas. Por ejemplo, Guatemala, tiene 92 becas, y de ellas 14 en instituciones académicas, al lado de Bolivia que tiene 42, de las cuales cuatro en dichas instituciones, o Colombia que posee 75 y siete respectivamente; Paraguay figura con 98, y 19 de ellas en instituciones académicas y Perú con 106, de las cuales 16 en instituciones de esta clase.

El Dr. Muñoz (Perú) se adhiere a las felicitaciones por el informe cuya importancia destaca, asegurando que la labor de adiestramiento es fundamental. Agrega que a medida que se disponga de un número más importante de técnicos competentes, el progreso sanitario será mayor. Hace constar que el Perú no ha disfrutado de becas durante varios años, pero no por culpa de la Oficina sino por culpa de la política del país, ya que Gobiernos pasados no dieron facilidades a los becarios, y asegura que esa etapa se ha superado ya, señalando por último que el número de becas atribuido al Perú es insuficiente.

Por último da lectura a un proyecto de resolución sobre el tema en discusión, en el que se propone que la Conferencia exprese su felicitación al Director de la Oficina, por el contenido del informe presentado relativo al programa de becas; recomiende a la Oficina Sanitaria Panamericana que continúe ampliando el programa de becas y consiga su coordinación efectiva con programas similares de otras organizaciones; recomiende al Director de la Oficina que estudie la forma de considerar tipos especiales de becas para altos funcionarios de la sanidad o la docencia, que comprenda mayores facilidades y esté en relación con la jerarquía de estos funcionarios; y recomiende a los Gobiernos de los Países Miem-

bros de la Organización que formulen con anticipación su programa de becas, en relación con las necesidades nacionales; adopten los procedimientos más adecuados para la conveniente selección de los candidatos; faciliten a los becarios los medios necesarios para que puedan cumplir su ciclo con tranquilidad y eficiencia, y les den un apropiado cargo una vez concluido su perfeccionamiento, que permita la utilización de sus conocimientos en favor del progreso de la salud.

El Dr. HINMAN (Estados Unidos) expresa las felicitaciones de su Delegación por el informe presentado, considerando que éste constituye una promesa para el progreso futuro de la salud pública del Hemisferio. Estima que es obligación de la Comisión destacar este punto en la sesión plenaria,

bien con una resolución como la formulada por el Representante del Perú o con cualquier otra. Señala que es alentador que se haga hincapié en la concesión de becas de viaje a decanos y directores de las escuelas de medicina y de profesores de ciencias básicas, porque es evidente que la salud pública del Hemisferio requiere una mejora notable en la educación médica. Afirma que hay que prestar mayor atención a las escuelas médicas por lo que es muy encomiable la orientación que sigue en esta materia la Oficina. Por último, felicita a la Organización por la oportunidad que significa para sus programas de adiestramiento poder utilizar las instituciones académicas de América Latina, región donde no existe el inconveniente del idioma.

Se levanta la sesión a las 18 h. 15 m.

CUARTA SESION

Lunes, 29 de septiembre de 1958, a las 15 h. 15 m.

Presidente: Dr. HORACE P. S. GILLETTE (Reino Unido)

El PRESIDENTE, habiendo el quórum reglamentario, abre la sesión y anuncia que la Comisión General ha señalado una reunión de la Comisión I para las 8:30 de la noche.

El Dr. HURTADO (Cuba) expresa su oposición a que la Comisión I celebre una sesión nocturna. Indica que en la sesión plenaria de la mañana se anunció que habría otra sesión plenaria por la noche.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) declara que la Comisión General, de acuerdo con sus atribuciones reglamentarias y después de un largo debate, había decidido que las Comisiones I y II celebraran sesión por la noche, habida cuenta de la necesidad de acelerar los trabajos de aquéllas para luego examinar los distintos asuntos en sesión plenaria de la Conferencia.

Después de un breve debate, en el que intervinieron el Dr. HURTADO (Cuba), el Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP), el Dr. ABAD GÓMEZ (Colombia), el Ing. OLIVERO (Guatemala) y el Dr. ORELLANA (Venezuela), se acuerda seguir el programa de trabajo establecido por la Comisión General.

Tema 18: Programa de becas (conclusión)¹

El PRESIDENTE anuncia que prosigue la discusión del tema 18, iniciada en la sesión anterior.

El Ing. OLIVERO (Guatemala) señala que el programa de becas es, a su juicio, uno de los más valiosos de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Organización Mundial de la Salud, puesto que contribuye a fortalecer los servicios nacionales de salud pública. Es indispensable, dice, contar con el personal adiestrado. Pide que la Oficina lleve a cabo un estudio minucioso a fin de determinar qué rendimiento ha tenido el programa de becas de la misma. Ya la OMS hizo una investigación similar y presentó el informe correspondiente en la 11a Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Minneápolis. Guatemala se ha preocupado siempre por obtener un número mayor de becas y, a tal efecto, ha presentado muchas solicitudes. Propone que se añada un párrafo al proyecto de resolución presentado por el Representante del Perú en la sesión anterior, en el sentido de recomendar al Director de la Oficina que

¹Véase Parte V, Anexo 9, pág. 530.

adopte las medidas necesarias para que se lleve a cabo una evaluación permanente del programa de becas de la Oficina.

El Dr. GRANT (Estados Unidos) manifiesta que, en cierta ocasión, la Administración de Cooperación Internacional de su país solicitó que los becarios procedentes de América Latina que vienen a los Estados Unidos o a Puerto Rico a cursar estudios especializados, trajeran consigo toda la información necesaria referente a la legislación y a la organización sanitaria de sus respectivos países. Esta información había de servir de base para la celebración de seminarios durante el curso académico. Hasta la fecha, muy pocos becarios traen este material. Pide que se tome nota de esta sugerencia y que se trate de cumplirla en el futuro.

El Dr. HORWITZ (Chile) estima que la sugerencia del Representante de los Estados Unidos es excelente. Pide que se haga extensiva a todos los estudiantes que se benefician con el programa de becas de la OSP o de la OMS. Muchos estudiantes se quejan frecuentemente de que lo que aprenden en las escuelas de salud pública extranjeras no tiene utilidad inmediata para los problemas de su país. Este es un fenómeno, indica, que afecta a toda la enseñanza universitaria. Cree que si se obligara a los estudiantes a llevar el material legislativo esencial de su propio país, y éste pudiera ser utilizado en seminarios durante la enseñanza en las escuelas, ello sería de extraordinaria utilidad. Apoya, por lo tanto, la proposición del Representante de los Estados Unidos.

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP) contestando a la pregunta formulada por el Representante de Chile acerca de qué medidas ha tomado el Director de la OSP para resolver el problema de la puntuación o "categorización" aplicable a las solicitudes de beca, informa que dicho sistema de puntuación fue elaborado por el Director, a solicitud del Consejo Directivo, pero luego fue rechazada esta sugerencia por la Organización Mundial de la Salud y por el Grupo Técnico de Trabajo sobre Becas. El Director no ve la posibilidad de proseguir con dicho plan a menos que la XV Conferencia le encomiende que haga nuevas gestiones en ese sentido.

En relación con la duración excesiva de los trámites mencionados por el Representante de Venezuela, la Oficina reconoce estas dificultades

y ha logrado evitarlas poco a poco. Por otra parte, no se pueden omitir algunos pasos necesarios en cualquier programa internacional. La pregunta del mismo Representante, referente a los catorce becarios en medicina clínica, no puede contestarla porque no tiene los datos a la mano. Dice, sin embargo, que en virtud del sistema de clasificación que utiliza el Servicio de Becas de la OSP, similar al de la OMS, se clasifica como beca en medicina clínica la que recibe un profesor de una rama de medicina clínica con fines de mejoramiento de la enseñanza de la medicina. Asegura al Representante de Venezuela que ninguna de las mencionadas becas estaba destinada únicamente al mejoramiento de conocimientos sobre medicina clínica en un sentido limitado.

Contestando a la pregunta del Representante de Colombia, en relación con el sistema de prioridades que aparece en el Documento CSP15/22, señala que se ha incluido a título de información y que nada tiene que ver con la lista de prioridades que aparece en relación con el método seguido para la concesión de becas. Sobre la crítica formulada por dicho Representante por el hecho de que se conceda prioridad al personal que trabaja en proyectos que se llevan a cabo en colaboración entre los Gobiernos y la OSP, dice que si la planificación está bien hecha, son precisamente los proyectos en colaboración los que deben tener prioridad en el país. En relación a la observación que se ha hecho sobre la variación en el número de becas concedidas en relación con la superficie del país, número de habitantes, etc., el Dr. Wegman da lectura a los datos que figuran en el documento indicado y añade que el número de becas concedidas depende de las solicitudes recibidas. Aclara que la segunda columna del cuadro 2 del documento en discusión, bajo el epígrafe "En instituciones académicas", comprende solamente los cursos que se ofrecen en instituciones académicas, organizados por la Oficina o con la participación de ésta.

En relación con la evaluación del programa de becas que propone el Representante de Guatemala, cree que la idea es excelente y fundamental para el mejor desarrollo de dicho programa.

En cuanto al punto mencionado por el Representante de los Estados Unidos y apoyado por el de Chile, acerca de la colaboración de los becarios para dar a conocer en el extranjero la situación sanitaria en sus países, se refiere al capítulo VIII del documento que se examina, donde se dice que

el becario debe obtener y llevar consigo toda la información pertinente relacionada con los problemas de salud pública de su país, a fin de proporcionarla a sus profesores y compañeros de estudios. El Dr. Wegman ve con gran satisfacción el interés expresado por los señores representantes y dice que contribuirá a apoyar los esfuerzos que hace la Oficina para persuadir a los becarios que cumplan este requisito, que desgraciadamente no siempre los becarios tienen en cuenta.

El Dr. HURTADO (Cuba) recuerda que desde hace tiempo viene insistiendo en la necesidad de someter a examen el programa de becas de la OSP. Cree que se debe proceder a definir los objetivos del programa. El, por su parte, ha comentado repetidas veces la falta de unidad que existe en los programas de estudios de las distintas escuelas de salud pública del Continente. Cada escuela de salud pública de los Estados Unidos tiene un plan de estudios diferente. Unas se interesan más por la epidemiología, otras por la higiene maternoinfantil, etc. Su Delegación se opone a que los países que poseen escuelas de salud pública, envíen funcionarios fuera del propio país a cursar estudios de salud pública a los Estados Unidos. Señala el caso de Chile y Colombia, países en que ya existen excelentes escuelas de salud pública. Generalmente, el becario no encuentra nada en el programa de estudios que se le asigna que pueda serle de utilidad en su país. No se refiere, aclara, a los cursillos especiales que se pueden seguir en determinados centros universitarios, ni a los viajes de observación que se hacen a distintos centros de enseñanza. Destaca la utilidad del programa de becas para seguir determinados estudios especializados, como el que se relaciona con el programa de lucha contra el *Aedes aegypti*, por ejemplo. Quizás las diferencias que existen entre los programas de estudios de los Estados Unidos y los de América Latina desaparezcan el día que se cree una escuela central de salud pública bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana. Se necesita, insiste, una escuela básica a cuyas enseñanzas puedan añadirse después los conocimientos más especializados.

El PRESIDENTE somete a votación el proyecto de resolución presentado por el Representante del Perú con la adición del punto propuesto por el de Guatemala.

Decisión: Por 13 votos a favor, ninguno en contra y una abstención, se acuerda proponer a la Conferencia que exprese su felicitación al Director de la Oficina, por el contenido del informe relativo al programa de becas; que recomiende a la Oficina Sanitaria Panamericana que continúe ampliando el programa de becas y consiga su coordinación efectiva con programas similares de otras organizaciones; que recomiende al Director de la Oficina que estudie la forma de considerar tipos especiales de becas para altos funcionarios de la sanidad o la docencia, que comprendan mayores facilidades y estén en relación con la jerarquía de estos funcionarios; que recomiende a los Gobiernos de los Países Miembros de la Organización que formulen con anticipación su programa de becas, en relación con las necesidades nacionales; adopten los procedimientos más adecuados para la conveniente selección de los candidatos; faciliten a los becarios los medios necesarios para que puedan cumplir su ciclo con tranquilidad y eficiencia, y les den un apropiado cargo una vez concluido su perfeccionamiento, que permita la utilización de sus conocimientos en favor del progreso de la salud; y finalmente que recomiende al Director que ponga en práctica las medidas necesarias para una evaluación permanente del programa de becas.¹

Tema 27: Congresos Interamericanos de Higiene

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP) da cuenta del Documento CSP15/5² sobre este tema, presentado por el Director de la Oficina, y señala que la Delegación de Cuba ha presentado otro documento (CSP15/52)³ que contiene propuestas específicas sobre este asunto.

El Dr. HURTADO (Cuba) dice que el documento presentado por su Delegación no necesita, en realidad, explicaciones complementarias. Se trata únicamente de dar cumplimiento a unas disposiciones de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana y de la X Reunión del Consejo Directivo. Este último recomendó a la XV Conferencia que estableciera la forma y periodicidad con que hayan de celebrarse los Congresos Interamericanos de Higiene. No se discute, recalca, la con-

¹Véase acta de la duodécima sesión plenaria, págs. 226-227.

²Documento mimeografiado.

³Véase Parte V, Anexo 8, pág. 529.

veniencia o la posibilidad de celebrar o no esos congresos, ya que existe un mandato de la Conferencia y del Consejo. La Conferencia Sanitaria Panamericana, órgano supremo de gobierno de la OSPA, es diferente a un congreso de higiene que sería un foro eminentemente científico, que abarcaría más que las Discusiones Técnicas que se celebran conjuntamente con las reuniones del Consejo o de la Conferencia. No se puede hacer sanidad, afirma, a espaldas del progreso científico. Menciona el ejemplo de los Estados Unidos donde, además del Servicio de Salud Pública, existe una Asociación Americana de Salud Pública, cuyas reuniones anuales sirven de foro científico. Señala que los congresos deben celebrarse cada dos años, ya que estima sería excesivo un lapso de 4 años entre uno y otro congreso.

El Dr. MUÑOZ (Perú) indica que el Representante de Cuba ha hecho una invocación de carácter legal que demuestra que ya los Congresos Interamericanos de Higiene han sido creados. Difiere de él en lo referente a la periodicidad de esos congresos. Estima, por razones de índole económica, que debe empezarse por celebrarlos cada cuatro años y luego pueden ser frecuentes. Pide al Representante de Cuba que acepte esta modificación y que acepte, además, dar a estas reuniones el título de Congresos Interamericanos de Salud Pública. Propone, asimismo, que en ellos se siga el sistema de mesas redondas y simposios, y que se encargue al Comité Ejecutivo la organización de los mismos, para asegurarles un nexo con la Organización Sanitaria Panamericana. También sugiere que se recomiende a las asociaciones nacionales de salud pública la celebración de congresos periódicos sobre salubridad y que inviten a participar en ellos a las administraciones sanitarias de los países vecinos.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) expone el criterio del Director de la Oficina sobre el tema en discusión. Es cierto, indica, que ya existe una recomendación específica del Consejo Directivo. La última reunión del Consejo recomendó a la XV Conferencia que estudiara la forma y la periodicidad de los congresos. Sin embargo, el Director cree que se debe llamar la atención de esta Conferencia sobre varios puntos. En primer lugar, siguiendo el ejemplo de la Asamblea Mundial de la Salud, en las reuniones del Consejo Directivo se dedica un día a la celebración de Discu-

siones Técnicas. En el Documento CSP15/21¹ aparece una lista de los temas estudiados en las Discusiones Técnicas celebradas desde 1953, tanto en el Consejo como en la Conferencia. Por otra parte, declara que entre las actividades que lleva a cabo la Oficina Sanitaria Panamericana figura la celebración de seminarios y reuniones técnicas. Señala como ejemplo el seminario sobre treponematosis celebrado en Puerto Príncipe (Haití) y el de enfermedades diarreicas en Santiago de Chile. Para todas estas reuniones técnicas, la OSP invita a personal seleccionado y a expertos y consultores. La información técnica que se obtiene de ellas se publica luego en el *Boletín* de la Oficina Sanitaria Panamericana o se divulga por otros medios. Dice que ya existen muchas organizaciones científicas, creadas expresamente, que celebran periódicamente reuniones técnicas. Por todo esto, el Director siempre ha considerado que la celebración de Congresos Interamericanos de Higiene no llenarían una necesidad apremiante. Sería más conveniente que la Oficina Sanitaria Panamericana convocara a reuniones de carácter técnico a medida que la situación lo exigiera.

El Dr. HURTADO (Cuba) insiste en que ya no se puede dejar sobre el tapete un mandato de la Conferencia Sanitaria Panamericana y del Consejo. No se trata de discutir si se deben celebrar o no Congresos Interamericanos de Higiene, puesto que eso ya está decidido. Añade que acepta todas las propuestas formuladas por el Representante del Perú.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) manifiesta que existe una manera de armonizar las propuestas de los Representantes de Cuba y Perú. Se podrían celebrar Discusiones Técnicas en los años en que se reúne el Consejo, pero cuando se reúne la Conferencia Sanitaria se celebraría también el Congreso Interamericano de Salud Pública.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos) dice que el Director de la Oficina debería presentar un informe en que se demuestre la necesidad de celebrar esos congresos, en vista de los numerosos seminarios y reuniones que ya auspicia la Oficina Sanitaria Panamericana. Asimismo, cree que se debe informar cuál sería el costo estimado de esos congresos y cómo afectaría al presupuesto de actividades de la Oficina.

El Dr. MUÑOZ (Perú) formula varias consi-

¹Documento mimeografiado.

deraciones de orden técnico. En primer lugar, ya el Consejo Directivo adoptó un acuerdo definitivo al respecto. En segundo lugar, estos Congresos Interamericanos de Salud Pública permitirán recoger los últimos adelantos en dicho campo para ponerlos en conocimiento de las autoridades sanitarias de los países. Estas reuniones serían de extraordinario provecho. En cuanto a los gastos que originen podrían ser compartidos entre el país huésped y la Oficina Sanitaria Panamericana. Acepta la modificación sugerida por el Representante de Costa Rica en el sentido de no celebrar Discusiones Técnicas en los años en que tengan lugar dichos congresos.

El Dr. HORWITZ (Chile) destaca la importancia y conveniencia de celebrar los congresos, añadiendo que para éstos nunca faltarán temas. Hay que buscar, dice, una fórmula práctica. En cuanto a las consideraciones presupuestarias, señala que si los congresos coinciden con las Conferencias Sanitarias se podrán desarrollar con pequeño costo adicional. Sugiere que se encomiende al Comité Ejecutivo o al Consejo Directivo la organización de los congresos y la fijación de las asignaciones necesarias para cubrir los gastos de los mismos. Apoya la proposición del Representante del Perú.

El Dr. ORELLANA (Venezuela) dice que ha seguido la discusión con profundo interés. Se inclina en favor de la propuesta del Representante del Perú en el sentido de celebrar los congresos cada cuatro años, pero sugiere que se agregue un nuevo párrafo encomendando al Comité Ejecutivo la preparación de un Reglamento Interno para los Congresos Interamericanos de Salud Pública, al igual que se ha hecho ya en el caso de las Discusiones Técnicas.

El Dr. MUÑOZ (Perú) da lectura a un proyecto de resolución en el que recoge y armoniza todas las sugerencias y recomendaciones que se han formulado en el curso del debate.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos) lamenta tener que oponerse a un asunto que técnicamente va a resultar beneficioso. En principio, su Delegación no se opone a la celebración de estos congresos pero estima que se está siguiendo por un camino que no se sabe a dónde conduce. Cree que antes de adherirse a las proposiciones que se han formulado, debe obtenerse información más específica referente al costo de dichos congresos.

Sólo existe una fuente de la cual se pueden sacar fondos para costear el congreso, y esa fuente son los programas de campo. Se puede apoyar la celebración del congreso sólo en la medida en que el costo de éste no afecte la ejecución de las actividades de campo. Hay que pensar en el costo del local, en los servicios de interpretación y secretaría, en los documentos, etc. Estos gastos serán considerables, tanto para la Oficina como para el país huésped. Además, los Gobiernos Miembros tendrán que sufragar los gastos de viaje de los participantes. Reitera su petición de que el Director presente un estimado del costo de la celebración de los congresos, y añade que sólo con esos datos a la vista podrá decidirse si se van a utilizar fondos de los programas de campo y a cuánto ascenderán esos fondos. Propone que el Director someta a la próxima reunión del Comité Ejecutivo un informe completo sobre el particular para estudiarlo en detalle y tomar una decisión definitiva.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) explica que el Director de la Oficina se va a encontrar en una posición difícil para presentar un estimado de los gastos si la Conferencia no le da una orientación que sirva de guía para llegar a un cálculo aproximado. Conviene que se indique si la Organización va a asumir todo el costo del congreso o va a compartirlos con el país huésped. Hasta la fecha, el país huésped siempre contribuye sustancialmente a los gastos de la celebración de las Conferencias. Esta información, por otra parte, puede significar mucho al país que tenga el propósito de ofrecerse como sede de la Conferencia.

El Dr. MUÑOZ (Perú) estima muy atinadas las manifestaciones del Representante de los Estados Unidos. Cree que si se celebra el congreso inmediatamente antes o después de la Conferencia se pueden reducir los gastos considerablemente. Reitera que la importancia incalculable de estos congresos obliga a pensar detenidamente el asunto. A un costo relativamente bajo se pueden obtener grandes beneficios. Estima inapropiado lo que sugiere el Representante de los Estados Unidos, en el sentido de que la celebración de los congresos se supedite al estudio que efectúe el Comité Ejecutivo sobre esta materia.

El PRESIDENTE propone que los Representantes de los Estados Unidos y Perú traten de armonizar las propuestas que han presentado.

Así se acuerda.

Se suspende la sesión a las 17 h. 5 m. y se reanuda a las 17 h. 25 m.

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP) da lectura a un proyecto de resolución preparado conjuntamente por los Representantes de los Estados Unidos y del Perú.

El PRESIDENTE somete a votación dicho proyecto de resolución.

Decisión: Por 13 votos en favor, ninguno en contra y una abstención, se acuerda recomendar a la Conferencia que acepte en principio la conveniencia de celebrar Congresos Interamericanos de Salud Pública una vez cada 4 años, y encomiende al Comité Ejecutivo, que, con la ayuda del Director, estudie los procedimientos para la celebración de esos congresos, teniendo presente la conveniencia de que tengan lugar antes de cada reunión cuatrienal de la Conferencia Sanitaria Panamericana, en sustitución de las Discusiones Técnicas previstas; y que el Comité preste especial atención en su estudio al costo de tales congresos y la distribución de los mismos entre la OSPA y el país huésped, así como a las características y duración de las discusiones proyectadas y a la preparación de un reglamento para los congresos.¹

Tema 31: Normas mínimas de saneamiento para hoteles, restaurantes, medios de transporte y centros turísticos

El Dr. MOLINA (Jefe, División de Salud Pública, OSP) da cuenta del Documento CSP15/19,² relativo a este tema.

El Dr. BISSOT (Panamá) declara que este asunto fue examinado con gran interés en la última reunión del Consejo Directivo. Señala que en el Documento CSP15/19 se menciona la reunión que celebró en San Juan, Puerto Rico, la Comisión Técnica de Expertos, pero no se cita la reunión que esa misma Comisión celebró en Panamá, en ocasión de celebrarse el Séptimo Congreso Panamericano de Carreteras. Felicita a la Comisión que ha preparado el manual mencionado en el documento, Comisión que está integrada por expertos que ofrecieron su colaboración desinteresadamente y que han trabajado arduamente. Esto

lo sabe a ciencia cierta porque conoce la contribución que ha hecho a esa Comisión el Ing. Guillermo Rodríguez, Profesor de Ingeniería Sanitaria de la Universidad Nacional de Panamá.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) indica que, a título de información y en relación con las manifestaciones que acaba de hacer el Representante de Panamá, en el Documento Oficial No. 22, páginas 293 a 295, aparece la información que se presentó en la X Reunión del Consejo Directivo y en la cual se da cuenta de la celebración de la reunión de la Comisión en Panamá. No se incluyó esa información en el Documento CSP15/19 para no prolongarlo demasiado.

El Dr. ORELLANA (Venezuela) propone que se apruebe el proyecto de resolución que figura en dicho documento.

El Ing. OLIVERO (Guatemala) explica que fue nombrado para pertenecer a esa Comisión por el Director de la Oficina pero que, posteriormente, tuvo que renunciar a ese honor a causa del exceso de trabajo que tenía en su propio país. Cree muy acertado que se exprese a la Comisión Técnica el agradecimiento de la Conferencia por la labor realizada. Pide a la Secretaría que indique cuándo se calcula que estará el manual ya revisado y listo para su transmisión a los Gobiernos Miembros y organizaciones interesadas.

El Dr. MOLINA (Jefe, División de Salud Pública, OSP) informa que el proyecto de Manual fue entregado a la Oficina a fines de agosto último. Cree que en unos seis meses estará el manual revisado y a disposición de los Gobiernos Miembros.

El Ing. OLIVERO (Guatemala) pregunta si en el presupuesto se han asignado fondos para dar a conocer el manual a los Países Miembros.

El Dr. MOLINA (Jefe, División de Salud Pública, OSP) informa que en el anteproyecto de presupuesto para 1960 se ha consignado una partida para dicho fin, y que siempre será posible utilizar economías realizadas en otras partidas del presupuesto para financiar gastos relacionados con la preparación del manual.

El Dr. OLLÉ (Francia) declara que, aunque no tiene la menor duda de la capacidad y competencia de las personas que lo prepararon, no puede votar la aprobación de un manual que no conoce.

¹Véase acta de la duodécima sesión plenaria, pág. 227.

²Documento mimeografiado.

El Dr. MOLINA (Jefe, División de Salud Pública, OSP) hace una relación detallada de la gestión que culminó en la preparación del Manual, desde que surgió la idea en el seno del Sexto Congreso Interamericano de Turismo. Repite que el texto del manual fue entregado a la Oficina tres semanas antes de que se reuniera la XV Conferencia. De todas maneras, se pide a esta Conferencia que dé su aprobación al informe presentado por el Director de la OSP y no al manual propiamente dicho.

El Dr. HORWITZ (Chile) propone que se modifique el primer párrafo de la parte resolutive del proyecto de resolución, de manera que se diga "tomar nota" en lugar de "aprobar".

El Dr. BERTOLINI (Uruguay) se adhiere a las manifestaciones del Representante de Francia. Estima que el manual debe ser magnífico, pero que si no lo conoce, no puede aprobarlo. Apoya también la propuesta del Representante de Chile.

El Dr. MUÑOZ (Perú) opina que la confusión se resolvería si se añadiera una corta frase al primer párrafo de la parte dispositiva, de forma que dijera "se transmitirá a los Gobiernos Miembros y a los organismos interesados para su conocimiento y fines consiguientes".

El Dr. OLLÉ (Francia) agradece las explicaciones que se le han dado. Le preocupa que se pueda considerar que la Conferencia ha dado su aprobación al manual. Agrega que su único interés es cuidar de que no se comprometa la responsabilidad de la Conferencia.

El Dr. ORELLANA (Venezuela) declara que el manual es resultado de un trabajo lento y meditado de los técnicos designados. Indica que no tiene en forma alguna carácter obligatorio para los países. Se trata, sencillamente, de una aportación más que hace la Oficina a la sanidad internacional, pero no es, en modo alguno, un Reglamento Sanitario Internacional.

Decisión: Por 14 votos en favor, ninguno en contra y una abstención se acuerda recomendar a la Conferencia que tome nota del informe presentado por el Director en el que da cuenta de que la Comisión Técnica de Expertos ha terminado un proyecto de manual, y de que una vez haya sido revisado, se transmitirá a los Gobiernos Miembros y a los organismos interesados, para su conocimiento y efectos consiguientes, y que exprese su agradecimiento a los

miembros de la Comisión por la valiosa colaboración que prestan en esta labor.¹

Tema 34: Registro de medicamentos y problemas afines²

El Dr. ORELLANA (Venezuela) explica en detalle el interés de su Gobierno por someter este tema a la consideración de la Conferencia. Cree que se debe hacer un estudio detallado y minucioso de la extensión del problema. Hace observar que el interés de su Gobierno, como se señala en el documento de presentación del tema, es de dar comienzo a un proyecto cooperativo en escala reducida y no de establecer algún instrumento legal de alcance internacional para unificar en las Américas el control de los medicamentos. Señala que en el presupuesto de la OSPA existe un proyecto, el AMRO-150, con el título de "Servicio de alimentos y drogas". Para 1959 se han asignado \$36.420, y para 1960, se prevén \$22.420 para ese servicio. Al aprobarse el presupuesto, indica, se ha puesto el plan en marcha.

El Dr. ABAD GÓMEZ (Colombia) felicita al Representante de Venezuela por la presentación de este tema. Indica que no se puede exagerar la importancia de mantener la buena calidad de los medicamentos, y le complace que se piense en ayudar a los países. Menciona que en su país se consume gran cantidad de drogas inútiles. Pide que se recomiende a la Conferencia que solicite de los países exportadores de productos farmacéuticos que impongan un rígido control sobre los mismos, a fin de asegurar la buena calidad de los medicamentos que se exportan.

El Dr. HORWITZ (Chile) también expresa su satisfacción por la inclusión de este tema. Dice que desde 1955 su país ha venido pidiendo al Programa Ampliado de Asistencia Técnica asesoramiento sobre la materia. En el registro de su país hay más de 6.000 medicamentos, 3.500 de los cuales están en circulación. Añade que entre los habitantes también existe una fuerte tendencia a la automedicación por inyectables. Cree que la medicina que se inyecta es superior a la que se toma oralmente. Señala que es importante que la industria farmacéutica se convenza primero de los resultados perjudiciales que traen las medicinas de mala calidad.

¹Véase acta de la duodécima sesión plenaria, pág. 227.

²Véase Parte V, Anexo 5, pág. 524.

El Dr. MUÑOZ (Perú) da lectura de un proyecto de resolución que ha preparado y en el cual recoge las observaciones y recomendaciones formuladas por los representantes.

El Dr. BERTOLINI (Uruguay) discrepa de la propuesta del Representante de Colombia. Opina que el que tiene que hacer labor de prevención y profilaxis no es el Gobierno que envía el producto sino el que lo importa. Es problema universal y difícil de resolver. En el Uruguay hay 16.000 especialidades farmacéuticas en circula-

ción. Sugiere que se solicite de los Gobiernos que ejerzan el debido control sobre los productos biológicos que entran al país.

El Dr. ABAD GÓMEZ (Colombia) declara que las cifras citadas por los Representantes de Chile y del Uruguay lo hacen reafirmarse más en la decisión de sugerir a los países exportadores que impongan un control más estricto sobre los medicamentos que se exportan.

Se levanta la sesión a las 18 h. 40 m.

QUINTA SESION

Lunes, 29 de septiembre de 1958, a las 20 h. 50 m.

Presidente: Dr. HORACE P. S. GILLETTE (Reino Unido)

Tema 34: Registro de medicamentos y problemas afines (continuación)¹

El PRESIDENTE, habiendo el quórum reglamentario, abre la sesión y anuncia que se prosigue la discusión del tema 34. Recuerda que en la sesión anterior el Representante del Perú formuló una propuesta de resolución en la que se recogían las observaciones expresadas sobre el problema del registro de medicamentos por los Representantes de Colombia y del Uruguay.

El Dr. NOGUEIRA (Confederación Médica Panamericana) hace un pequeño resumen del tema y señala que en la 28a Reunión del Comité Ejecutivo de la OSPA se consideró una moción sobre esta materia, que había sido aprobada por la IV Asamblea General de la Confederación Médica Panamericana. El Comité Ejecutivo, en su Resolución XIV,² encomendó al Director que consultara a la Unión Panamericana, a la Organización Mundial de la Salud y, si fuera conveniente, a la Unión Internacional para la Protección de la Propiedad Industrial, con el fin de llegar a determinar el procedimiento más adecuado para uniformar la legislación de los Estados Americanos que exigen el registro de medicamentos.

En la 31a Reunión del Comité Ejecutivo, el Director presentó un informe referente a este

tema, cuyo anexo contenía un plan provisional para el desarrollo y mejoramiento de los servicios nacionales de alimentos y drogas en las Américas que fue aprobado por el Comité. El Consejo Directivo, en su X Reunión, estudió y aprobó el plan citado (Resolución XXV).³

El punto de vista del Director de la Oficina—dice—quedó plasmado en el IV Congreso Panamericano de Farmacia y Bioquímica, celebrado en Washington en noviembre de 1957, en el curso del cual el Director sintetizó en cinco puntos el criterio de la OSPA en los problemas referentes a medicamentos y drogas.

Hace constar su sentimiento por la resolución adoptada en el IV Congreso Panamericano de Farmacia y Bioquímica en la que se declara que el acuerdo tomado por la Asamblea General de la Confederación Médica Panamericana, celebrada en Bogotá en 1955, es perjudicial para las obligaciones profesionales y para las responsabilidades de los farmacéuticos y de la industria farmacéutica, en relación con la salud pública de los pueblos de los Estados Americanos, calificando además dicho acuerdo como incompatible con las economías nacionales de los países interesados. Expresa su esperanza en que se llegará a una reglamentación interamericana beneficiosa para estos países.

¹Véase Parte V, Anexo 5, pág. 524.

²Documento Oficial de la OSPA 18, 140.

³Documento Oficial de la OSPA 22, 28.

Agrega que, a su juicio, dicho Congreso no comprendió exactamente cuáles son las legítimas aspiraciones del médico en relación con el producto farmacéutico y con el paciente que lo consume.

Aplaude la política marcada por los cuerpos directivos de la Organización en lo que respecta a este problema, para cuyo estudio existen fondos que han sido consignados en el presupuesto para 1959 y en el anteproyecto para 1960.

El Dr. SOPER (Director, OSP) pone de relieve que el problema no tiene una solución fácil, porque hay en juego importantes intereses financieros y comerciales. Hace notar que en el IV Congreso Panamericano de Farmacia y Bioquímica celebrado en Washington en noviembre de 1957, se adoptó una decisión antes de que hablara ningún orador; al terminar la presentación de los documentos, el representante de un Gobierno solicitó la aprobación de una resolución que él dijo ya había sido preparada y distribuida oficiosamente y contaba con el apoyo de la mayoría de los países representados. Estima el Director, que no debe buscarse la solución a base de crear una sección de control de drogas en la Oficina Sanitaria Panamericana, y que si se quiere llegar a una fórmula satisfactoria será menester desarrollar programas nacionales adecuados, con personal nacional profesional debidamente adiestrado, programas que no pueden ser iguales para todos los países, ya que no cabe esperar que los países pequeños mantengan el tipo de organización que se requiere para abarcar en su totalidad los problemas relacionados con la manufactura, importación, exportación y uso de drogas. Otra solución puede consistir en que exista una organización internacional, gracias a la cual los pequeños países que no estén en condiciones de hacerlo todo por sí solos, puedan cooperar en una organización del tipo de la que se ha desarrollado para las actividades de nutrición en América Central y Panamá.

Un programa adecuado necesita de una preparación previa. No se puede asegurar que en un futuro inmediato vaya a contarse con los fondos necesarios a base del presupuesto ordinario de la OSPA, pero el interés de los Gobiernos es tan grande y el problema tan vasto, que parece evidente que existe un suficiente número de países dispuesto a apoyar un programa cooperativo internacional sobre este punto. La Oficina proyecta

realizar una encuesta inicial, dentro de un período razonable, para conocer la situación en las Américas.

Se refiere, por último, al problema del control de las exportaciones. Señala que hay muchos países en el mundo que exportan preparaciones farmacéuticas sin disponer de instalaciones y servicios adecuados para el control de sus importaciones, y mucho menos de sus exportaciones. Cree difícil llegar a una solución en este punto, entre otras razones porque no todas las empresas exportadoras de productos farmacéuticos se encuentran en esta Región, por lo que considera que sería satisfactorio que los países de las Américas, o cierto grupo de ellos, determinaran sus propias normas de importación y adoptaran un sistema y una organización para controlar esas importaciones a base de un examen y clasificación científicos. Termina diciendo que de este modo podría resolverse el problema, porque los requisitos que se impusieran a las importaciones dependerían de los países de las Américas, lo cual no sucede si se trata de controlar las exportaciones desde el país de origen.

El Dr. ABAD GÓMEZ (Colombia) estima que son muy interesantes las observaciones expuestas por el Director sobre este problema, pero recuerda que como esta Conferencia tiene a la vez el carácter de Reunión del Comité Regional de la OMS, la resolución encaminada a solicitar la ayuda de los países exportadores puede ser de interés para todos los países del mundo, mientras se establece un sistema de control eficaz. Coincide con el Director en que la responsabilidad del control debe recaer en el Gobierno de cada país, pero cree que la Oficina puede efectuar una encuesta adecuada para estudiar mejor el problema.

El Dr. MUÑOZ (Perú) alude a las dificultades que la realización de un proyecto de esta naturaleza encuentra, y asegura que no se trata de perjudicar a ningún país sino de dejar constancia de que los Estados Miembros de la OSPA se preocupan de la calidad de los productos farmacéuticos y de procurar que lleguen a ser consumidos en mejores condiciones y a precios económicos. Declara que es evidente que se precisa encontrar un sistema internacional apropiado, aunque esto no se logre de un día a otro. Lo esencial es llamar la atención de los pueblos y señalar las deficiencias existentes, invitando a los Gobiernos a que reflexionen serenamente sobre esta cuestión, tan

íntimamente ligada a la vida humana, y trazar un camino que sirva de guía.

A continuación da lectura al proyecto de resolución que presenta a la Comisión, en el sentido de que se exprese la satisfacción de la Conferencia por el establecimiento de un programa de control de drogas y alimentos en la Oficina Sanitaria Panamericana; se recomiende a los países exportadores que adopten medidas adecuadas de control de los productos que exporten, y a los importadores el establecimiento de medidas análogas para el abaratamiento y control de dichos productos, y por último, que se recomiende al Director de la Oficina que dé la más amplia divulgación a las publicaciones sobre terapéutica y farmacología, así como la organización de reuniones regionales relacionadas con estos problemas, expresando también el deseo de que se adjudiquen becas para preparar personal especializado.

El Dr. BERTOLINI (Uruguay) pide al Representante del Perú que aclare en esta propuesta los conceptos que él sugirió en la sesión anterior, señalando la obligación para los países importadores de establecer ellos mismos el control de los medicamentos importados, y afirma que en el Uruguay tal control se encuentra ya establecido. Considera que se debe exigir de los exportadores un documento fehaciente de que los correspondientes productos están en venta en el país que los exporta.

El Dr. ABAD GÓMEZ (Colombia) se adhiere a la proposición del Representante del Uruguay y pide que se recomiende a los Gobiernos de los Estados Miembros que no autoricen la entrada en sus respectivos países de medicamentos o productos similares cuya venta no esté autorizada en los países de su procedencia.

El Dr. NICOLAS (Haití) se refiere a ciertas plantas usadas de modo empírico, que se emplean en algunos países, y sugiere que los Estados representados en la Conferencia inicien o intensifiquen las investigaciones pertinentes para obtener de las mismas los productos que puedan ser utilizados con fines terapéuticos precisos.

El Dr. SOPER (Director, OSP) estima que hay que analizar con cuidado la sugerencia de que los países de los Estados Miembros no deben permitir la importación de productos que no estén

autorizados para ser consumidos dentro del país exportador. Considera que como los países exportadores no son uniformes en la fijación de condiciones respecto de los productos que utilizan dentro de sus fronteras, establecer tal estándar no significa nada. Además, el fabricante de un producto que no puede ser enviado a un país determinado, puede obviar la dificultad fabricándolo en el país donde pretende venderlo.

En cuanto a algunos de los países exportadores, hay que tener en cuenta que carecen de los elementos necesarios para controlar la importación de sus productos y más aún la exportación. El simple hecho de que un producto circule en un país determinado tampoco garantiza nada. El hecho de establecer un control sobre la exportación no ofrece la solución del problema porque se carece de normas uniformes en este aspecto para el comercio internacional.

El Dr. HORWITZ (Chile) subraya que, con arreglo a lo que se ha manifestado por el Director de la Oficina y por alguna delegación, hay que considerar que lo definitivo será organizar, en los países respectivos, laboratorios adecuados para el control de drogas y alimentos, dotados de elementos técnicos preparados y respaldado todo ello por una legislación bien precisa.

Coincide con las manifestaciones del Director en el sentido de que sólo debe considerarse como solución transitoria la de que los países exportadores certifiquen que determinado producto es utilizado en el interior de sus fronteras, como garantía para los consumidores del país importador, suponiendo que este requisito se pudiera poner en práctica, pues cada país es soberano para aceptar o no la solución propuesta.

Cita el caso de Chile, cuyo Gobierno resolvió utilizar vacuna antipoliomielítica del tipo Salk, la cual fue adquirida de un laboratorio extranjero, cubriéndose los trámites establecidos por la legislación chilena. La firma proveedora facilitó la correspondiente garantía de que el producto era usado en el país de procedencia, y con esta condición se importaron vacunas, en dos partidas sucesivas, por una cantidad considerable.

Tiene entendido que en la actualidad, tanto en los Estados Unidos como en Canadá, todos los lotes de la vacuna de tipo Salk son controlados. Para otros muchos productos biológicos de uso habitual, los laboratorios oficiales no controlan todos los lotes de todos los laboratorios de pro-

ducción, por lo que es menester apelar a un procedimiento que, aunque tenga carácter transitorio, ofrezca cierta garantía al país que recibe los medicamentos y que puede consistir en un certificado de exportación o en el protocolo del laboratorio productor. Agrega que es evidente que este procedimiento no puede aplicarse con carácter general, dada la enorme variedad de productos medicinales, ni puede representar tampoco una solución definitiva.

Termina manifestando que, como esta clase de actividades tiene íntima relación con cuantiosos intereses económicos y financieros, hay que meditar detenidamente sobre el problema antes de adoptar una resolución sobre el mismo.

El Dr. ABAD GÓMEZ (Colombia) se refiere a las manifestaciones del Director relativas a una ausencia de estandarización en el comercio internacional de medicamentos, ausencia que hace difícil el establecimiento de normas eficaces para resolver el problema.

Señala que son numerosos los países exportadores que carecen de un sistema de control de drogas como el que poseen, por ejemplo, los Estados Unidos, y cree que aquellas naciones cuyo comercio de exportación de medicamentos es importante, debieran dar las correspondientes facilidades, en un espíritu de amplia cooperación, expidiendo documentos de garantía de los productos que envían al extranjero, requisito que podría llenarse como medida transitoria mientras se fortalecen en cada país los servicios de control de drogas, para lo cual la OSP ya está prestando su colaboración. Termina afirmando que lo ideal sería conseguir que cada país estableciera un sistema nacional de control.

El Dr. ZEPEDA (Honduras) declara que su país exige, para la importación de productos medicinales, un certificado de que los que se reciben son vendidos en el interior del país de origen, documento autenticado por las autoridades competentes del país que exporta y visado por el cónsul de Honduras, certificado en el que se acredita además la solvencia científica de los laboratorios fabricantes. También es necesario que cada producto vaya acompañado del resultado del análisis cuantitativo y cualitativo y de una declaración sobre su eficacia terapéutica, así como de una muestra.

Manifiesta que una de las deficiencias fundamentales radica en la falta de laboratorios que se

encuentren en condiciones de examinar los productos en el país de importación, y asegura que es conveniente que se establezca un laboratorio regional de control que pueda llenar tan importante misión, sirviendo a varios países.

El Dr. MUÑOZ (Perú) recoge la última parte de las manifestaciones formuladas por el Representante de Chile y dice que difiere de su punto de vista en cuanto a que en la solución del problema haya que tener en cuenta intereses económicos y financieros determinados, porque, a su juicio, la salud está por encima de todos estos intereses y que de lo que se trata es de protegerla, haciendo los esfuerzos necesarios para que mejore la calidad de los productos. Indica que la importancia de la propuesta que se discute reside esencialmente en el efecto psicológico que su adopción puede ejercer sobre los exportadores, a los que se dará la sensación de que la Oficina Sanitaria Panamericana está dispuesta a dar una solución a tan importante asunto.

El Dr. ORELLANA (Venezuela) estima que tal vez se ha dado una interpretación exagerada del sentido estricto y literal del proyecto de resolución presentado por el Representante del Perú, porque en él sólo se recomienda a los Gobiernos que no autoricen la importación de aquellos productos que no circulen en su país de origen, y, como es natural, cada Gobierno es soberano para aplicar o no este principio; en realidad, se está apoyando un criterio que ya es observado en algunos países, entre ellos, en Venezuela.

El Dr. HORWITZ (Chile) declara que al expresarse en la forma en que lo hizo no tuvo intención de hacer una defensa de los intereses de la industria farmacéutica, digna, por otra parte, de todo respeto, pues es indispensable para la buena producción, distribución y consumo de los productos. Las industrias locales no son siempre todo lo desarrolladas que se quisiera para las necesidades del país y la producción de especialidades farmacéuticas es una actividad eminentemente técnica y muy compleja.

El Dr. MUÑOZ (Perú) recogiendo las observaciones formuladas por los diferentes representantes que han intervenido en el debate, presenta un proyecto de resolución revisado, en el que se propone a la Conferencia: 1) que exprese su satisfacción por el establecimiento de un programa de control de drogas en la Oficina Sanitaria Pa-

namericana; 2) que recomiende a los países exportadores de productos farmacéuticos cuya legislación lo permita, que adopten las medidas pertinentes para controlar la calidad de dichos productos; 3) que recomiende a los Gobiernos Miembros de la Organización que establezcan las medidas necesarias para el control de los productos farmacéuticos y alimentos, y que sólo autoricen la importación de las drogas, medicamentos y alimentos que hayan sido autorizados para el consumo interno en los países de exportación; y 4) que recomiende al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que dé la más amplia divulgación a las publicaciones sobre los progresos realizados en la terapéutica y farmacología, la organización de reuniones regionales para tratar sobre el problema del control de medicamentos y alimentos, y la adjudicación de becas para la formación de personal especializado en las técnicas de control, a fin de mejorar la calidad de dichos productos.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos) explica la posición de su Delegación y empieza afirmando que se trata de un asunto de mucha importancia y muy difícil de resolver. Hace constar que, en su país, el control de alimentos, drogas y productos biológicos, sólo es de competencia del Gobierno Federal en la medida en que estos productos circulan para el comercio entre los Estados de la Unión. Agrega que en los Estados Unidos no existe ninguna ley que impida la venta ni el uso de medicamentos, alimentos o productos biológicos fabricados y vendidos en un Estado en particular, cuestión que cae bajo la jurisdicción del Gobierno de cada Estado y no del Gobierno Federal.

Ahora bien, el Gobierno Federal dispone por lo menos de dos organismos que intervienen en la concesión de patentes y en el control de drogas y productos biológicos que circulan en el comercio entre los Estados. Uno de ellos es la Administración de Alimentos y Drogas, que depende directamente de la Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, entre cuyas atribuciones figura la concesión de patentes para ciertas drogas. Otro es el Laboratorio de Control de Productos Biológicos de los Institutos Nacionales de Higiene, del Servicio de Salud Pública, que certifica sobre la actividad, seguridad y pureza de los productos biológicos destinados a circular en el comercio entre los Estados de la Unión. Por consiguiente, estos dos organismos intervienen en tal proceso.

No hay ninguna ley federal norteamericana que autorice el establecimiento de reglas para la exportación de productos biológicos o drogas, aunque se ejerzan controles para la importación.

Manifiesta que el hecho de que exista en los Estados Unidos tal situación no significa que su Delegación discrepe de las observaciones formuladas por algunos representantes en el sentido de que es menester que los Gobiernos de los Estados Miembros de la OSPA adopten las correspondientes medidas de precaución contra los daños que a sus respectivas poblaciones puedan causar las drogas impuras, los productos biológicos, etc. Pero parece lo más indicado que sea cada Gobierno el que adopte los debidos controles.

Señala que el Gobierno de los Estados Unidos está dispuesto a ofrecer cooperación técnica a cualquier Gobierno que la solicite para establecer los referidos controles y facilitar la organización de los sistemas pertinentes. A este respecto, manifiesta que en los Estados Unidos se ha adquirido mucha experiencia y se ha aprendido a base de algunos errores cometidos, y que su país desea prestar esa colaboración técnica, bien directamente o a través de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Subraya su convencimiento de que los controles a la exportación no resultarían eficaces en la práctica.

En consecuencia, solicita que se adopte el proyecto de resolución presentado por el Representante del Perú, pero eliminando el párrafo segundo de la parte dispositiva y declara que si éste subsistiera, la Delegación de los Estados Unidos votaría en contra.

Considera que el punto a que se refiere dicho párrafo, no afecta solamente a los Estados Unidos, sino que además colocaría a la Organización Sanitaria Panamericana en una posición embarazosa respecto de las relaciones que debe mantener para la realización de sus programas sanitarios internacionales.

En lo que concierne al párrafo tercero de la parte dispositiva, estima que hay muchos medios de los que podrían servirse los importadores para protegerse contra productos biológicos y drogas indebida o insuficientemente calificados; parecería que los países importadores podrían protegerse con imponer la condición de que los productos correspondientes reunieran los requisitos exigidos por la Administración de Drogas y Alimentos o por el Servicio de Salud Pública de los

Estados Unidos en el caso de productos biológicos, cuando esos artículos fueran importados de dicho país.

El Dr. ABAD GÓMEZ (Colombia) pide que se mantenga el párrafo segundo de la parte dispositiva del proyecto de resolución.

El PRESIDENTE somete a votación la moción formulada por el Representante de los Estados Unidos en el sentido de que se suprima dicho párrafo segundo.

Decisión: Por 4 votos a favor, 7 en contra y 4 abstenciones, queda rechazada la moción del Representante de los Estados Unidos.

Seguidamente, el PRESIDENTE somete a votación el proyecto de resolución presentado por el Representante del Perú.

Decisión: Por 8 votos a favor, ninguno en contra y 5 abstenciones, se acuerda someter al pleno de la Conferencia el proyecto de resolución presentado por el Representante del Perú, con la recomendación de que lo apruebe.¹

Tema 36: Propaganda de productos medicinales²

El PRESIDENTE somete a consideración el tema 36 sobre propaganda de productos medicinales, propuesto por el Gobierno de Panamá, y pide al Representante de dicho país que haga una exposición del documento presentado.

El Dr. BISSOT (Panamá) señala que es preocupación constante de los Gobiernos lograr que el público adquiera productos medicinales de la mejor calidad y al precio más bajo, e indica que con este fin se han adoptado diversas medidas, entre las que figuran el análisis de los productos farmacéuticos para garantizar su pureza y la exactitud de sus fórmulas cualitativas y cuantitativas, así como el registro de los productos antes de ser vendidos, regulándose también el precio que el consumidor deba pagar por ellos. Subraya que, para proteger completamente al público, es menester ejercer un control sobre la propaganda que se realiza de los productos medicinales, la cual puede clasificarse en dos grupos definidos: la que se lleva a cabo únicamente para médicos, odontólogos y veterinarios y la efectuada para el público. Esta última se presenta a través de la radio, de la televisión, del cine y de las publica-

ciones periódicas, folletos y revistas, y a menudo se realiza a base de frases engañosas y de contenido inexacto, aludiéndose a veces a fórmulas secretas, a descubrimientos médicos, químicos o farmacéuticos, utilizando testimonios de particulares, certificaciones de médicos, dentistas, farmacéuticos, veterinarios, enfermeras y parteras, propaganda que incita al público a la automedicación, con sus deplorables consecuencias. Señala que hay otra clase de propaganda que ofrece incluso la devolución del costo del medicamento si éste no ha dado los resultados prometidos por el anuncio.

El Dr. BISSOT estima que las medidas que el Gobierno de un país pueda establecer para controlar la propaganda de productos medicinales en sus propios órganos publicitarios, resultarán inoperantes ante la fácil difusión de la propaganda efectuada desde el extranjero por la prensa y por las transmisiones radiofónicas y de televisión.

Considera que la propaganda de los productos medicinales para su prescripción facultativa, debe hacerse únicamente a médicos, odontólogos y veterinarios y que en la de tipo popular debe eliminarse toda frase falsa o cualquier presentación que tienda a engañar al público. Por ello, agrega, es natural que las autoridades de salud pública de cada país controlen y aprueben previamente la propaganda que se haga de los productos medicinales dentro de su territorio. Termina pidiendo a la Comisión que sugiera a la Conferencia el estudio del problema para que, si lo considera conveniente, encargue al Director que lo incluya en el programa de temas de la próxima reunión del Consejo Directivo.

El Dr. HORWITZ (Chile) felicita al Representante de Panamá por su exposición y considera que el problema que ha planteado complementa el relativo al de registro de medicamentos y problemas afines que se acaba de examinar. Se trata de una cuestión de carácter intercontinental y el Estado debe tener en cualquier país la facultad de controlar la propaganda de las medicinas que se hace entre el público. Señala que en Chile este tipo de propaganda está en cierto modo controlado por una Comisión del Servicio Nacional de Salud integrada por médicos y farmacéuticos, y que se diferencia claramente de la que se realiza entre los profesionales y aquella otra destinada al público. De todas maneras, se ha logrado establecer una especie de *modus vivendi* con la industria

¹Véase acta de la sexta sesión de la Comisión I, págs. 348-349.

²Véase Parte V, Anexo 6, págs. 527-528.

farmacéutica, la cual ya va habituándose a un determinado tipo de propaganda.

Insiste en que el problema, por su carácter general, debe ser tomado en cuenta por la Oficina, ya que la gran industria farmacéutica del mundo distribuye los principales medicamentos desde los pocos laboratorios de producción a la totalidad de los países del Continente, y las medidas que no sean tomadas en algunos de ellos pueden afectar a los otros desde este punto de vista. Termina apoyando la propuesta del Representante de Panamá.

El Dr. ORELLANA (Venezuela) se adhiere también a la propuesta del Representante de Panamá y suscribe las manifestaciones del Dr. Horwitz. Considera igualmente que la propaganda de los productos medicinales debe ser autorizada de un modo oficial, prohibiéndose la utilización de ciertos medios, como ya se hace en Venezuela; pero reconoce que, por muy activos que sean los organismos de control, se tropieza con la presión de las empresas productoras, sobre todo cuando dos o más de ellas venden cada una un producto de características similares.

El Dr. BERTOLINI (Uruguay) se manifiesta complacido por la iniciativa de la Delegación de Panamá y afirma que el Uruguay ha controlado ya la propaganda de los productos medicinales. No se permite en los medicamentos títulos de fantasía, ni textos que no estén redactados en español; la venta de los específicos se canaliza en dos sentidos: si se trata de productos banales, la propaganda puede efectuarse entre el público, y en otro caso solamente entre profesionales, y no se pueden vender más que previa presentación de la receta médica.

Las autoridades aprueban la propaganda cuando la realización de ésta es solicitada debidamente, presentando una muestra del producto para su análisis; el texto de la propaganda es sometido a la aprobación antes de ser impreso, con el fin de que las autoridades de sanidad modifiquen o eliminen del mismo aquellas expresiones que sean exageradas.

El Dr. PINEDA (El Salvador) informa que su Gobierno, en virtud de un mandato constitucional, creó en 1956 el Consejo Superior de Salud Pública, organismo a través del cual son controlados los profesionales médicos, odontólogos, farmacéuticos y además los medicamentos, y que dicho organismo procede en la actualidad a elaborar los

correspondientes reglamentos que se espera estarán terminados para 1959.

Decisión: Por unanimidad se acuerda recomendar a la Conferencia que encomiende al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que en el programa de temas de la XI Reunión del Consejo Directivo se incluya uno sobre los problemas que plantea la propaganda de productos medicinales.¹

Tema 35: Resoluciones de la 11a Asamblea Mundial de la Salud y de la 21a y 22a Reuniones del Consejo Ejecutivo de la OMS, de interés para el Comité Regional

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP) hace la presentación del tema y señala los cinco puntos que el Director somete a la consideración de la Conferencia. El primero se refiere a la erradicación de la malaria y a las resoluciones pertinentes adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud, cuestiones que ya han sido examinadas y sobre las que ha recaído acuerdo del pleno de la Conferencia, por lo cual es obvio entrar en discusión nuevamente sobre ellas.

En relación con el segundo punto, referente a la erradicación de la viruela, indica que ha sido también estudiado por el pleno de la Conferencia.

Sobre el tercer punto, que se refiere a estudios sobre organización regional, señala que teniendo en cuenta el informe que sobre la evolución de la organización regional se ha publicado en el volumen titulado *Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud*, y los debates que sobre este asunto tuvieron lugar en la Reunión Conmemorativa del décimo aniversario de la OMS y en la 11a Asamblea Mundial de la Salud, el Consejo Ejecutivo de la OMS acordó, por su Resolución EB22.R23, que no era necesario por el momento continuar el estudio sobre la organización regional.

Con respecto al cuarto punto, que trata de la participación de la OMS en el Programa Ampliado de Asistencia Técnica, el Dr. Wegman informa que ha habido una resolución en la 21a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS confirmada por la 11a Asamblea Mundial de la Salud, en su Resolución WHA11.48, y el Director General de la OMS desea llamar especialmente la atención del Comité Regional con respecto a la

¹Véase acta de la duodécima sesión plenaria, pág. 227.

parte cuarta de la resolución del Consejo Ejecutivo que dice así: "Considerando que los comités regionales, en sus reuniones de 1957, y el Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud, en distintas ocasiones, han expresado el parecer de que los proyectos regionales (interpaíses) son importantes para el mejoramiento de las condiciones sanitarias: 1) reafirma la importancia de los proyectos regionales establecidos a petición de los Gobiernos, por considerar que ciertas actividades sanitarias, y en particular las de lucha contra las enfermedades transmisibles, las encaminadas a su erradicación y determinados proyectos de formación profesional, podrán llevarse a cabo con mayor eficacia si se fundan en la cooperación entre los países y 2) confía en que al preparar los planes de utilización de los recursos del Programa Ampliado se tendrá muy presente la importancia de los proyectos regionales y no se restringirá arbitrariamente la cuantía de los correspondientes créditos".

Por lo que respecta a este punto, el Dr. Wegman recuerda que la Comisión I ya ha aprobado una resolución especial sobre los proyectos regionales (interpaíses) que será incluida en el segundo informe del Relator, y estima que, a su juicio, esto satisfará los deseos del Director General, excepto en lo que se refiere al apoyo que debe dar cada país a los proyectos interpaíses del Programa de Asistencia Técnica. Señala que la aprobación de estos proyectos no implica gastos con cargo a la cantidad global de fondos de Asistencia Técnica asignada a los distintos países.

Por lo que concierne al quinto punto, que se refiere a revisión de sueldos, subsidios y prestaciones del personal, señala que su estudio ha sido asignado a la Comisión II (Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos).

Decisión: Por unanimidad se acuerda recomendar a la Conferencia que tome nota de las Resoluciones WHA11.42 (Programa de Erradicación del Paludismo), WHA11.16 (Cuenta Especial para la Erradicación del Paludismo), WHA11.54 (Erradicación de la viruela), EB22.R23 (Estudio sobre organización regional), EB21.R48 (Participación de la OMS en el Programa Ampliado de Asistencia Técnica), y EB21.R53 (Revisión de sueldos, subsidios y prestaciones del personal).¹

Tema 38: Estudio del problema de la diabetes en América²

El PRESIDENTE somete a consideración el tema 38, relativo al problema de la diabetes en América, propuesto por el Gobierno del Uruguay, e invita al Representante de este país a que haga la exposición del tema.

El Dr. BERTOLINI (Uruguay) dice que la diabetes es una de las enfermedades crónicas que más se han difundido en el siglo actual. Las conquistas en el tratamiento de la diabetes han ampliado notablemente el ciclo de vida de los diabéticos, siendo esta enfermedad más frecuente en los países de mejor situación económica y de mayor abundancia de alimentos y más común en las grandes ciudades que en las pequeñas o en los medios rurales.

Cita las cifras de mortalidad por diabetes en algunos países de las Américas, que en 1954 alcanzó la siguiente proporción por cada 100.000 habitantes: Estados Unidos, 15,6; Uruguay, 12,9; Canadá, 10,6; Argentina, 7,5; Chile, 6,4; Brasil, 5,6; México, 4,5; Costa Rica, 4,7; y Colombia, 3,3. Los sondeos realizados en diversos países han demostrado que el número de diabéticos desconocidos iguala al de los casos conocidos, lo que pone de relieve la necesidad de llevar a cabo en forma sistemática programas para intensificar el diagnóstico precoz de la diabetes y combatirla en forma apropiada, estableciendo un examen sistemático y periódico de la orina para todos los adultos, especialmente para los obesos y los que tienen antecedentes familiares de diabetes. Es necesario difundir en el público, mediante la propaganda adecuada, los síntomas de la diabetes y señala que esta obra ha sido llevada a cabo en el Uruguay, con excelentes resultados, por la Asociación de Diabéticos.

El Dr. Bertolini propugna porque los Gobiernos participen, por medio de sus organismos sanitarios, en esta tarea y apoyen la obra de las asociaciones de diabéticos, tanto aportando recursos económicos como por medio de sus departamentos de educación sanitaria. Como datos complementarios, señala la labor que desarrolla la Asociación de Diabéticos que funciona en su país y que cuenta con una subvención oficial de 30.000 pesos y un elevado número de socios que contribuyen a la campaña antidiabética con cuotas

¹Véase acta de la duodécima sesión plenaria, págs. 227-228.

²Véase Parte V, Anexo 7, págs. 528-529.

mínimas, organiza conferencias y cursos de divulgación, y además publica una revista y dispone de los elementos necesarios tanto para la adquisición como para la distribución de insulina.

Estima que ha creído conveniente que los países de la Región tengan conocimiento de esta actividad, para que apliquen, si se cree oportuno, los métodos seguidos en el Uruguay. Termina indicando que en su país hay interés en conocer el problema que la diabetes representa en los pueblos del Continente.

El Dr. MUÑOZ (Perú) manifiesta que, aunque hay cuestiones de mayor urgencia para la Oficina, deben acogerse con agrado iniciativas como la del Dr. Bertolini y recomendar al Consejo Directivo que la tenga en cuenta cuando lo considere oportuno.

El Dr. ORELLANA (Venezuela) afirma que ve con simpatía la inquietud que siente el Repre-

sentante del Uruguay por un problema tan importante, pero considera que más que encargar su estudio al Consejo Directivo para que formule un programa de lucha contra la diabetes, deberá interesarse a los Gobiernos para que intensifiquen sus esfuerzos, tanto oficiales como privados, para el diagnóstico precoz de esta enfermedad, y que la Oficina considere esta cuestión como uno de los temas que requieren estudio más detallado.

Decisión: Por unanimidad se acuerda proponer a la Conferencia que recomiende a los Gobiernos de los Países Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana que, dentro de sus planes de medicina preventiva, formulen programas para intensificar el diagnóstico precoz de la diabetes y estimulen la utilización de los recursos públicos y privados para el adecuado tratamiento y asistencia del diabético.²

Se levanta la sesión a las 23 h. 15 m.

SEXTA SESION

Martes, 30 de septiembre de 1958, a las 17 h.

Presidente: Dr. HORACE P. S. GILLETTE (Reino Unido)

Tema 34: Registro de medicamentos y problemas afines (conclusión)¹

Modificación del proyecto de resolución

El PRESIDENTE, habiendo el quórum reglamentario, abre la sesión y anuncia que la Comisión General en su sesión de hoy ha considerado que la redacción del párrafo cuarto del proyecto de resolución sobre control de drogas y alimentos que la Comisión I, en su quinta sesión, acordó someter al pleno de la Conferencia, podría ocasionar dificultades porque no se ajusta a lo dispuesto en el Artículo XIII del Reglamento Financiero de la Oficina, y sugiere que se proceda a darle otra redacción que, sin alterar el espíritu en que se inspira, trate de obviar dichas dificultades.

El Dr. WEGMAN (Secretario General, OSP) lee la nueva redacción preparada al objeto de obviar las complicaciones mencionadas y que dice así:

Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que en los futuros programas procure realizar la más amplia divulgación de las publicaciones sobre los progresos realizados en la terapéutica y farmacología; la organización de reuniones regionales para tratar sobre el problema de control de medicamentos y alimentos; y la concesión de un mayor número de becas para la formación de personal especializado en las técnicas de control, a fin de mejorar la calidad de dichos productos.

El Dr. SOPER (Director, OSP) señala que en la sesión de la Comisión General sugirió la modificación del texto, fundándose en el hecho de que el Artículo XIII del Reglamento Financiero de la Oficina Sanitaria Panamericana establece que ni la Conferencia Sanitaria Panamericana, ni el Consejo Directivo ni el Comité Ejecutivo tomarán una decisión que implique gastos a menos que se le haya presentado un informe del Director sobre las consecuencias administrativas y fi-

¹Véase Parte V, Anexo 5, págs. 524-527.

²Véase acta de la duodécima sesión plenaria, pág. 228.

nancieras de la propuesta, y que cuando, a juicio del Director, los gastos propuestos no puedan ser imputados a los créditos existentes, no se efectuarán hasta que la Conferencia Sanitaria Panamericana o el Consejo Directivo hayan consignado los fondos necesarios, a menos que sea posible cubrir tales gastos conforme a las condiciones estipuladas en la resolución del Consejo Directivo referente al Fondo Rotatorio para Compras de Emergencia. Hace constar que, como ha demostrado en los dos últimos años, pone todo su interés en facilitar el desarrollo del programa referente al control de drogas y alimentos, pero que es preciso evitar un procedimiento que fue muy común antes de 1950, consistente en encomendar programas al Director sin establecer la fuente de los recursos necesarios para ejecutarlos. En la XIII Conferencia, celebrada en Ciudad Trujillo en 1950, se resolvió eximir al Director de la responsabilidad de ejecutar aquellos programas para los cuales no se hubieran asignado los correspondientes fondos. La ligera modificación propuesta da margen al Director para ampliar los futuros programas, como será necesario si se quiere que la campaña sea útil.

El Dr. ORELLANA (Venezuela) declara que la

modificación sugerida no afecta al espíritu del proyecto de resolución de que se trata, sino que se limita a quitarle su carácter imperativo, con el objeto de que no cree dificultades financieras.

El PRESIDENTE somete a votación la nueva redacción del párrafo cuarto.

Decisión: Por 12 votos a favor, ninguno en contra y una abstención, se acuerda someter al pleno de la Conferencia la nueva redacción propuesta para el párrafo cuarto del proyecto de resolución, en el sentido de que se encomiende al Director de la Oficina que en los futuros programas procure realizar la más amplia divulgación de las publicaciones sobre los progresos realizados en la terapéutica y farmacología; la organización de reuniones regionales para tratar sobre el problema del control de medicamentos y alimentos; y la concesión de un mayor número de becas para la formación de personal especializado en las técnicas de control, a fin de mejorar la calidad de dichos productos.¹

Se levanta la sesión a las 17 h. 10 m.

¹Véase acta de la duodécima sesión plenaria, pág. 228.

COMISION II (Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos)

PRIMERA SESION

Martes, 23 de septiembre de 1958, a las 16 h.

Presidente: Dr. CARLOS DÍAZ COLLER (México)

El PRESIDENTE, habiendo el quórum reglamentario, declara abierta la sesión y anuncia que por delegación del Director de la Oficina, actuará de Secretario de la Comisión II el Sr. Donald F. Simpson (Jefe de la División de Administración, OSP).

Elección del Vicepresidente y del Relator

El PRESIDENTE, a continuación, invita a los señores representantes a formular propuestas para el cargo de Vicepresidente de la Comisión II.

El Sr. PARADA (Chile) propone al Representante del Brasil. Apoyan la proposición del Representante de Chile el Dr. BISSOT (Panamá), Dr. BARAHONA (Honduras), Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia) y Dr. BERTI (Venezuela).

Decisión: Se aprueba por unanimidad el nombramiento del Representante del Brasil, Dr. Bichat Rodrigues, para el cargo de Vicepresidente de la Comisión II.

El PRESIDENTE, invita a formular propuestas para el cargo de Relator.

El Dr. BARAHONA (Honduras) propone al Representante de Panamá. Esta proposición es apoyada por el Sr. PARADA (Chile), Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua), Dr. BERTI (Venezuela) y Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia).

Decisión: Por unanimidad se aprueba la designación del Representante de Panamá, Dr. Alberto Bissot, Jr., para el cargo de Relator de la Comisión II.

Tema 12: Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1957

El Sr. SIMPSON (Jefe, División de Administración, OSP) explica que el *Documento Oficial No.*

26 consta de dos partes: la primera es el Informe Financiero del Director y la segunda el Informe del Auditor Externo, correspondientes al año 1957. Indica que el total de fondos invertidos para las actividades combinadas de la OSP y de la Oficina Regional de la OMS, ascendió, en 1957, a \$8.209.293, de los que \$1.760.376 correspondieron a los servicios de compras en las Américas. El total de egresos de la OSPA fue de \$2.365.333, frente a una asignación de \$2.400.000, por lo que quedó un saldo de \$34.667, o sea, el 1,4 por ciento. El 31 de diciembre de 1957, las cuotas de los Gobiernos Miembros, pendientes de pago, ascendían a la cantidad de \$502.632. Informa también que la cantidad de \$150.221, que representa el superávit de los ingresos sobre los gastos, en 1957, fue transferida al Fondo de Trabajo; de dicha cantidad se destinaron \$125.080 a cubrir el déficit procedente del ejercicio económico de 1956. Con el saldo adicional de \$25.141, el Fondo de Trabajo se elevó al nivel de \$1.225.141, pero el nivel autorizado para el mismo, en el ejercicio económico de 1957, era \$1.440.000. El Sr. Simpson declara que esta diferencia constituye un problema constante, del que se tratará más tarde, al discutirse el tema sobre recaudación de las cuotas. Termina indicando que el Director considera que para el desarrollo de las actividades de la Oficina, continúa siendo de importancia decisiva el mantenimiento de una sólida situación financiera.

El Dr. ALLARIA (Argentina) declara que no tiene ninguna objeción que hacer al fondo de los informes. Señala que en el estado de cuotas de los mismos figura su Gobierno con un saldo deudor de \$24.270, el 31 de diciembre de 1957, cifra que era exacta en la fecha en que se redactó el informe; sin embargo, con posterioridad a ella, el Gobierno de la Argentina pagó esta cantidad, y actualmente el estado de cuentas de su país con

la OSPA arroja un saldo de \$92.030 en relación con la cuota de 1958.

El Dr. BISSOT (Panamá) declara que el saldo que aparece con cargo a su país en dicho estado, o sea \$7.130, ya ha sido pagado.

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua) informa que su Gobierno ha liquidado ya el saldo pendiente, que era de \$240.

El Sr. SIMPSON (Jefe, División de Administración, OSP) señala que, en efecto, los saldos mencionados han sido pagados, y destaca que las cifras contenidas en el *Documento Oficial No. 26* corresponden al estado existente en 31 de diciembre de 1957.

El PRESIDENTE propone que se tome nota del Informe Financiero del Director y del Informe del Auditor Externo.

Decisión: Por unanimidad se acuerda tomar nota del Informe Financiero del Director y del Informe del Auditor Externo, correspondientes a 1957, e incluir esta decisión en el informe de la Comisión a la Conferencia.¹

Tema 13: Informe sobre la recaudación de cuotas

El Sr. SIMPSON (Jefe, División de Administración, OSP) resume el informe sobre recaudación de cuotas que presenta el Director de acuerdo con el Artículo V, párrafo 5.7 del Reglamento Financiero y contenido en el Documento CSP15/14.² El Director, dice, recalca la importancia, para la ejecución satisfactoria del programa de la Organización, de mantener al corriente el pago de las cuotas liquidándolas lo más temprano posible dentro del año correspondiente. El mismo punto fue puesto de relieve por el Auditor Externo en su informe para 1957, en el que se destaca "la importancia de que las cuotas se paguen en fecha temprana del año a que correspondan, con el fin de que la Oficina pueda desarrollar sus actividades en la forma y en el momento proyectados".

Refiriéndose a las cuotas atrasadas hasta 31 de julio de 1958, advierte el Sr. Simpson que hay que hacer unos cambios en el cuadro correspondiente, debido a las cuotas recibidas hasta el 18 de septiembre de 1958. Costa Rica, por ejemplo, hizo un pago parcial de su cuota de 1958 y sólo

adeuda la cantidad de \$709,80. Nicaragua ha pagado su cuota de 1957 y el saldo de 1958 es de \$1.740. Panamá pagó su cuota de 1957 y tiene pendiente un saldo de \$7.130 en la de 1958. Paraguay ha pagado los saldos de 1955 y 1956 que ascendían a \$9.840. Uruguay ha pagado \$40.356,80 correspondiente a un saldo que restaba de 1951 y a las cuotas de 1952 y 1953. Con todo, hay un total de \$978.111,72 en cuotas atrasadas y cuotas de 1958 que todavía no han sido pagadas.

El Dr. RODRIGUES (Brasil) informa que su Gobierno siempre ha pagado a su debido tiempo las cuotas que le corresponden, pero que por razón de trámites especiales, aún no ha podido hacerlo con la de 1958. Agrega que antes de salir de Río de Janeiro le notificaron que ya se habían adoptado las medidas pertinentes para pagar dicha cuota.

El PRESIDENTE, hablando en su calidad de Representante de México, informa que el período fiscal de su Gobierno termina el 31 de diciembre de 1958 y que la cuota pendiente estará saldada para dicha fecha.

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua) aclara que el sistema presupuestario de su Gobierno empieza el 1 de julio y agrega que cuando hay un aumento en las cuotas asignadas, necesariamente aparece por ello un pequeño saldo pendiente todos los años. En cuanto al saldo pendiente, ya ha sido remitido en parte a la Oficina hace unos días.

El Sr. PARADA (Chile) explica que en el estado de cuotas de su Gobierno figura con un saldo deudor de \$42.733,66 para 1957, pero desea señalar que ya se ha dado orden de pagarlo, faltando solamente hacer el depósito en la Oficina Sanitaria Panamericana. En cuanto a la cuota de 1958, informa que su monto será pagado antes del 31 de diciembre.

El Dr. BISSOT (Panamá) hace observar que el ejercicio financiero de Panamá también termina el 31 de diciembre y que la cuota de 1958 será pagada antes de esta fecha.

El PRESIDENTE pone de relieve la importancia de encontrar una fórmula para acelerar el pago de las cuotas atrasadas. Estima, sin embargo, que no sería correcto urgir el pago a los Gobiernos Miembros cuyo año fiscal termina el 31 de diciembre.

¹Véase acta de la octava sesión plenaria, pág. 176.

²Documento mimeografiado.

El Sr. PARADA (Chile) se muestra de acuerdo con el Presidente. Cree que bastaría con hacerles presente a los Gobiernos la situación expuesta por el informe.

El Dr. ALLARIA (Argentina) piensa que debería hacerse llegar a los Gobiernos una indicación de la Conferencia para que, dentro de las normas de cada país se acelere el pago de las obligaciones internacionales, con el fin de que la situación financiera de la Oficina sea satisfactoria en todo momento.

El Dr. RODRIGUES (Brasil) está de acuerdo con que se exponga la situación a los Gobiernos. Señala que el año fiscal de la OSPA es de enero a diciembre. Estados Unidos, en cambio, lo tiene de mitad a mitad de año natural. Estima que tal vez convendría recordar a los Gobiernos que la OSPA no tiene el mismo año fiscal que el país en el que se encuentra su sede.

El Sr. SIMPSON (Jefe, División de Administración, OSP) pone de relieve que el Fondo de Trabajo de que dispone la Oficina le permite hacer frente a sus compromisos financieros durante la primera mitad del año, período en el cual los Gobiernos hacen, en general, las asignaciones para el pago de las cuotas. Señala que el problema de incrementar el Fondo de Trabajo hasta el nivel recomendado por el Auditor Externo y aprobado por el Consejo Directivo en su X Reunión, descansa primordialmente en dos fuentes de recursos: de acuerdo con la Resolución VI adoptada por el Consejo Directivo en su X Reunión, se transfieren al Fondo de Trabajo los fondos de superávit; por otra parte, la Oficina ha procurado eliminar algunos fondos de reserva que ahora ya resultan innecesarios, como el establecido para el subsidio de repatriación.

El PRESIDENTE sugiere que sería oportuno dirigir una comunicación a los Gobiernos informándoles de las fechas del año fiscal de la Organización, y recomendándoles que atiendan a tiempo al pago de las cuotas.

El Dr. ALLARIA (Argentina) pide que se informe acerca de la situación en que se halla actualmente el Fondo de Trabajo, antes de adoptar ninguna decisión.

El Sr. SIMPSON (Jefe, División de Administración, OSP) explica que el problema del Fondo de Trabajo es que no tiene suficiente dinero para sus

necesidades en los primeros seis o siete meses del año, hasta que se reciben las cuotas más cuantiosas. Los gastos de la OSPA son alrededor de \$250.000 mensuales. Hasta finales del sexto mes del año fiscal, se reciben cuotas por menos del diez por ciento del total, de modo que la Oficina se ve obligada a girar contra el Fondo de Trabajo para cubrir sus operaciones corrientes hasta que empiezan a llegar la mayoría de las cuotas. Hasta ahora nunca han faltado fondos; pero cuando se gasta a razón de \$250.000 mensuales, a menos que se disponga de una cantidad suficiente para los primeros seis o siete meses del año, se puede presentar una situación en que no sea posible atender las nóminas y otras obligaciones de la Oficina.

Este es el problema que preocupa al Director y al Auditor Externo y que se planteó a la X Reunión del Consejo Directivo. En ella se decidió, por la Resolución VI, que todos los fondos de superávit se transfieran al Fondo de Trabajo con el fin de aumentarlo. Informa también el Sr. Simpson, que este año, igual que el pasado, se reciben cantidades substanciales en pago de cuotas atrasadas; pero aun se necesita más. El pago de cuotas atrasadas constituye la manera más importante de aumentar el Fondo de Trabajo. Otra manera es la posible transferencia, al Fondo de Trabajo, del Fondo de Reserva para el subsidio de repatriación, como ya se ha mencionado. El problema se reduciría considerablemente si la Oficina recibiera el pago de las cuotas correspondientes al año fiscal tan temprano como fuese posible.

El Dr. SOPER (Director, OSP) señala, a título informativo, que hay una diferencia entre el Fondo de Trabajo de la OSP y el de la OMS, así como de otras organizaciones internacionales las cuales asignaron a los Gobiernos ciertas cantidades para el Fondo de Trabajo, en adición a las cuotas ordinarias. El Fondo de Trabajo de la OSP se creó en 1947, al verse que los fondos disponibles eran insuficientes para atender a las obligaciones, hasta que se recibía la mayor parte de las cuotas. Se autorizó entonces al Director para que solicitara aportaciones voluntarias a los Gobiernos con el fin de establecer el Fondo de Trabajo. En 1948 y 1949, cierto número de países hicieron aportaciones voluntarias que permitieron crear el Fondo de Trabajo. La Oficina ha podido mantener este Fondo de Trabajo sin asignar cuo-

tas adicionales debido a que, además de las cuotas voluntarias que se recibieron inicialmente, se pudieron transferir al Fondo ciertas partidas de superávit del presupuesto ordinario. Actualmente, agrega el Dr. Soper, la Oficina ha mejorado su organización y gasta cerca del total del presupuesto. Cabe esperar que se pueda continuar sin que se adopte ninguna nueva decisión sobre este asunto, aplicando las medidas aprobadas al respecto por el Consejo el año pasado.

El Sr. SOMMER (Estados Unidos) pregunta si el porcentaje del Fondo de Trabajo en relación con el presupuesto se considera adecuado, y sugiere la posibilidad de que la Conferencia encomiende al Director que realice un estudio de la relación entre el Fondo de Trabajo y el nivel presupuestario.

El Dr. SOPER (Director, OSP) señala que el Auditor Externo sugirió el nivel actual de 60 por ciento del presupuesto de gastos, pues consideró que el Fondo de Trabajo es algo bajo, y dice que el problema está siempre en estudio.

El Sr. SOMMER (Estados Unidos) pregunta si al ponerse al día las cuotas atrasadas no cambiaría la situación, pues podría aumentar la proporción del Fondo de Trabajo.

El Sr. SIMPSON (Jefe, División de Administración, OSP) respondiendo al Representante de los Estados Unidos, dice que quisiera señalar que hay dos factores que mejorarían la situación del Fondo de Trabajo. El primero sería el pago pronto de las cuotas en el presente año, y el segundo que los Gobiernos con atrasos las pagaran próximamente. Sin embargo, hay que guiarse por la experiencia de los pasados años y tomar en cuenta los procedimientos presupuestarios y de asignación que usan los Gobiernos Miembros para hacer sus asignaciones de cuotas. Basándose en esto, el Auditor Externo, después de analizar el historial de cierto número de años en relación con los pagos de las cuotas, llegó a la conclusión de que el nivel óptimo en que debería mantenerse el Fondo de Trabajo es de 60 por ciento.

El Sr. SOMMER (Estados Unidos) indica que, en vista de que esta proporción parece ser más alta, comparada con la de otras organizaciones internacionales, y en vista de que el proceso de los cobros de la OSP es más lento y más bajo de lo normal, pues sólo recibió un promedio de aproximadamente el 86 por ciento de las cuotas durante

los últimos cinco años, cree que sería oportuno proponer una resolución que cubra todos los extremos relativos al cobro de cuotas y a la relación que éstas deben tener con el Fondo de Trabajo.

El Dr. SOPER (Director, OSP), en relación con las observaciones que se han hecho sobre la diferencia entre los ejercicios fiscales de algunos de los Gobiernos Miembros y el año fiscal de la OSPA, dice que éste empieza el primero de enero de cada año, mientras que el ejercicio fiscal de cierto número de países, entre ellos el que paga la cuota mayor, que alcanza a las dos terceras partes del presupuesto de la OSPA, empieza seis meses más tarde. De modo que, aun recibándose con prontitud los pagos de las cuotas sobre la base de los ejercicios fiscales de los Gobiernos Miembros, siempre habrá necesidad de un sólido Fondo de Trabajo.

El Sr. SOMMER (Estados Unidos) pone de relieve que catorce Gobiernos Miembros cuyas cuotas cubren el 29 por ciento del presupuesto, tienen el año fiscal que comienza el 1 de enero, mientras que siete Gobiernos Miembros, cuyas cuotas cubren el 71 por ciento del presupuesto, tienen un ejercicio fiscal que empieza el primero de julio o en fecha posterior a ésta. Anuncia su deseo de presentar a la consideración de la Comisión II un proyecto de resolución que exprese en términos firmes la situación del Fondo de Trabajo tal y como ha sido revelada por el informe del Auditor Externo, y que sugiera, como se ha indicado, la conveniencia de que las cuotas anuales se paguen con puntualidad y lo más temprano posible cada año, y que respetuosamente solicite que los Gobiernos Miembros tengan en cuenta la necesidad de mantener el Fondo de Trabajo en el nivel que ha sido recomendado y hagan un esfuerzo para liquidar a la mayor brevedad posible los saldos atrasados.

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua) señala que surgen frecuentemente dificultades para el pago de cuotas por la falta de coincidencia entre los ejercicios fiscales de la OSPA y de los Gobiernos Miembros. Por ejemplo, se producen diferencias entre las cuotas asignadas, cuando hay aumento del presupuesto de la OSPA, y las aprobadas con anterioridad en los presupuestos nacionales, y se producen también discrepancias entre los gastos presupuestados para ciertos proyectos ejecutados en colaboración con la OSP y que realmente

aprueban los Gobiernos. Por ello, estima que sería conveniente que coincidieran los años fiscales de la OSPA y los de los Gobiernos Miembros.

El Dr. ALLARIA (Argentina) pregunta si no sería conveniente preparar un proyecto de resolución encargando que se hiciera una encuesta sobre las épocas en que cada país elabora sus presupuestos, a fin de decidir si es oportuno modificar el año fiscal por el que se rige la OSPA.

El PRESIDENTE aclara que, según le informa el

Sr. Simpson, la OSPA dispone de datos precisos sobre los trámites de elaboración presupuestaria y los años fiscales de cada Gobierno Miembro y los toma en cuenta para el cobro de cuotas. Acto seguido propone suspender la sesión a fin de que todos los señores representantes puedan concurrir a la recepción ofrecida por el Honorable Gobernador del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, dejando pendiente para la sesión siguiente la discusión del proyecto de resolución anunciado por el Representante de los Estados Unidos.

Se levanta la sesión a las 17 h. 15 m.

SEGUNDA SESION

Miércoles, 24 de septiembre de 1958, a las 15 h.

Presidente: Dr. CARLOS DÍAZ COLLER (México)

El PRESIDENTE, habiendo el quórum reglamentario, abre la sesión, y anuncia la continuación del debate sobre el tema 13.

Tema 13: Informe sobre la recaudación de cuotas (conclusión)

El Sr. SIMPSON (Jefe, División de Administración, OSP) para poner al día su información sobre el estado de recaudación de cuotas, comunica que la Oficina ha recibido del Gobierno de Cuba un pago de \$32.654,11 como abono parcial de la cuota de 1957, y que el Reino Unido también ha pagado el total de su cuota de 1958 por \$20.714,29. A continuación da lectura a un proyecto de resolución presentado por la Delegación de los Estados Unidos, en el que se propone que tome nota del informe del Director sobre la recaudación de cuotas, contenido en el Documento CSP15/14; exprese su preocupación por la situación del Fondo de Trabajo que refleja el informe del Auditor Externo correspondiente a 1957; señale la conveniencia de que los pagos de cuotas se hagan lo más temprano posible dentro del año correspondiente; y solicite respetuosamente de los Gobiernos Miembros que, tomando en cuenta la necesidad de mantener el Fondo de Trabajo al nivel establecido por el Consejo Directivo en su X Reunión, y con el fin de que la labor de la Organi-

zación Sanitaria Panamericana no se vea entorpecida, procuren por todos los medios efectuar lo más pronto posible el pago de sus cuotas atrasadas.

El Dr. BISSOT (Panamá) opina que este proyecto de resolución compendia todo lo sugerido acerca del tema en el seno de la Comisión y manifiesta que lo apoya.

Decisión: Por unanimidad se acuerda recomendar a la Conferencia que adopte una resolución en los términos del proyecto presentado por la Delegación de los Estados Unidos.¹

Tema 14: Fondo Rotatorio de Emergencia

El Sr. SIMPSON (Jefe, División de Administración, OSP) presenta el Documento CSP15/11,² y resume la utilización del Fondo Rotatorio de Emergencia. Explica que, en agosto y noviembre de 1957 a solicitud del Ministerio de Salud Pública de Nicaragua, se adquirieron y enviaron a Managua suministros de emergencia para poner a salvo la salud de las personas expuestas a la rabia y que el 19 de marzo de 1958 se recibió del mismo Ministerio una tercera solicitud de envío urgente de vacuna antirrábica.

Se adquirieron también en septiembre y octu-

¹Véase acta de la octava sesión plenaria, pág. 177.

²Documento mimeografiado.

bre de 1957, a petición del Oficial Médico Principal de Granada, Indias Occidentales Británicas, suministros de emergencia para proteger la salud de las personas expuestas a la rabia y se enviaron a St. Georges.

A solicitud del Oficial Médico Jefe de Jamaica, Indias Occidentales Británicas, se enviaron a Kingston, en octubre de 1957, suministros de emergencia para uso de viajeros y como medida preventiva contra el cólera.

A petición del Administrador de las Islas Vírgenes (R.U.) se adquirieron y enviaron a Tórtola, en octubre de 1957, suministros para proteger la salud de personas expuestas al tifo.

De acuerdo con las disposiciones que rigen el Fondo Rotatorio de Emergencia, el Director se dirigió el 7 de marzo de 1958 a los Gobiernos que recibieron dichos suministros para gestionar los reembolsos al Fondo. De Granada, Indias Occidentales Británicas, se ha recibido un reembolso parcial, y los demás Gobiernos mencionados en el informe han efectuado ya el reembolso total.

El Dr. SWELLENGREBEL (Reino de los Países Bajos) recuerda que en relación con el funcionamiento del Fondo se presentaron hace tiempo ciertos inconvenientes en el despacho de algunos productos por parte de las compañías de aviones. Pide que se informe si estos inconvenientes se han vuelto a presentar.

El Sr. SIMPSON (Jefe, División de Administración, OSP), en respuesta a la pregunta del Representante del Reino de los Países Bajos, informa de que hubo algunas dificultades en unos envíos de vacuna con destino a la Argentina. Esta vacuna requería cámaras de refrigeración y una de las tres compañías de transportación aérea descargó el envío en un aeropuerto de empalme. La OSP formuló la protesta correspondiente ante las empresas en cuestión y ante la Asociación Internacional de Transporte Aéreo (AITA). Las compañías presentaron sus excusas y dieron seguridades de que tratarían de evitar estos trastornos en lo futuro. Y, en efecto, dice el Sr. Simpson, no se han repetido en relación con envíos hechos por la Oficina. La Asociación Internacional de Transporte Aéreo informó que había estudiado el asunto y que consideraba adecuada la reglamentación existente en relación con este tipo de carga. Agrega el señor Simpson que el Director no acepta como definitiva la respuesta de la AITA y que continuará haciendo gestiones con el fin de

hallar una solución permanente a este problema.

El Dr. BISSOT (Panamá) indica que el caso citado no es el único ni el último. Dice que en Panamá no es raro que lleguen con demoras de dos o tres días los envíos de vacuna que requiere refrigeración. Por esto le complace que el Director continúe sus gestiones y no acepte como definitiva la respuesta de la AITA.

El Dr. SOPER (Director, OSP) señala que toda información que se proporcione a la Oficina sobre demoras en este tipo de embarques será de mucha utilidad para poder documentar las quejas. Reafirma que la Oficina no está satisfecha con la actitud de las compañías aéreas ni con la de la Asociación Internacional de Transporte Aéreo.

El Sr. SOMMER (Estados Unidos) pregunta si es adecuada la cantidad de que dispone el Fondo Rotatorio de Emergencia, o sea, \$50.000, pues por el informe aparece que esta cantidad está casi reembolsada por completo.

El Dr. SOPER (Director, OSP) recuerda que la Oficina tiene diez años de experiencia con el funcionamiento de este Fondo. Hasta la fecha, declara, el Fondo ha sido suficiente para las necesidades a que está destinado. Señala que el hecho de que nunca se han necesitado los \$50.000 que lo integran, no es indicio de que ello no pueda ocurrir en lo futuro. Esto dependerá de los acontecimientos, ya que el propósito del Fondo es atender a urgencias imprevistas. El Fondo no es para ayudar a los Estados Miembros en casos en que se requieren cantidades considerables, sino para casos de verdadera emergencia. La Cruz Roja y otras organizaciones se ponen en condiciones de administrar socorro en gran escala. Para dar una idea de la función de la Oficina en este aspecto indica que, hace algún tiempo, Argentina solicitó el envío de suero para combatir un brote de botulismo. El pedido se recibió un viernes por la noche y el sábado en la tarde ya salía el suero por vía aérea. Insiste el Dr. Soper en que, hasta ahora, el nivel del Fondo ha sido adecuado, pero agrega que no se atrevería a sugerir su reducción.

El PRESIDENTE propone que la Comisión tome nota del informe sobre el Fondo Rotatorio de Emergencia.

El Dr. BISSOT (Panamá) sugiere que, además, se manifieste la satisfacción por la forma en que los Gobiernos han reembolsado al Fondo y tam-

bién por la eficiencia de la Oficina en las actividades relacionadas con él.

Decisión: Por unanimidad se acuerda tomar nota del informe sobre el Fondo Rotatorio de Emergencia (Documento CSP15/11) y expresar la satisfacción por la forma en que los Gobiernos efectúan sus reembolsos a dicho Fondo y la eficacia con que la Oficina Sanitaria Panamericana interviene en los casos de urgencia en que reclaman sus servicios, recomendando a la Conferencia que adopte una resolución en estos términos.¹

Tema 16: Enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

El Sr. SIMPSON (Jefe, División de Administración, OSP) explica que los Documentos CSP15/27 y CE35/2² contienen las enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana que fueron sometidas a la consideración de la 34a y 35a Reuniones del Comité Ejecutivo, y que éste confirmó. Estas modificaciones se basan en cambios análogos adoptados por la OMS y puestos en vigor el 1° de enero y el 1° de julio de 1958. Se refiere al cuadro explicativo que contiene el texto anterior de los artículos modificados, el texto confirmado en la 34a Reunión del Comité Ejecutivo y el texto confirmado en la 35a Reunión del mismo Comité y, finalmente, observaciones justificativas de los cambios introducidos.

El Dr. BISSOT (Panamá) pide que se proceda a la lectura de las observaciones relativas a los textos que modifican el Reglamento del Personal de la OSP, contenidas en el Documento CE35/2.

El Sr. SIMPSON (Jefe, División de Administración, OSP) lee las modificaciones y agrega que éstas fueron adoptadas para poner en práctica recomendaciones formuladas por el Comité de Revisión de Sueldos de las Naciones Unidas y adaptar el Reglamento del Personal de la OSP al de la OMS.

El PRESIDENTE recuerda que los cambios han sido ya confirmados por la 35a Reunión del Comité Ejecutivo.

El Dr. JAVIER (Honduras) pide explicaciones sobre el alcance del Artículo 740, en el que se dispone que en caso de fallecimiento de un miem-

bro del personal cuya defunción no dé lugar a indemnización alguna en virtud de la póliza de seguro contra accidentes y enfermedad de la Oficina, "se efectuará un pago al cónyuge a su cargo, si lo tuviere, y en caso contrario a cualesquiera hijos a su cargo", de acuerdo con la escala que el propio artículo establece. Considera arbitrario el pago a "cualesquiera hijos a su cargo" porque parece, dice, que encierra la posibilidad de excluir a alguno de tales hijos.

El PRESIDENTE señala que el propósito del precepto es efectuar un pago a los familiares del funcionario fallecido, de acuerdo con la escala que establece dicho artículo.

El Dr. BARAHONA (Honduras) manifiesta que el texto, a su modo de ver, debe interpretarse en el sentido de que si existen varios hijos todos ellos comparten el pago que se efectúe por la Oficina.

El PRESIDENTE precisa que, en efecto, la frase "cualesquiera hijos a su cargo" debe interpretarse en el sentido de que todos ellos comparten el pago.

El Dr. SOPER (Director, OSP) puntualiza que la frase correspondiente, en el texto inglés, equivale a incluir a todos los hijos y no permite escoger a cualquiera de ellos, porque los engloba a todos.

El Dr. BARAHONA (Honduras) cree que el texto en inglés es perfectamente claro, pero que la frase en español podría prestarse a diversas interpretaciones.

El PRESIDENTE propone que en el texto español del Artículo 740 del Reglamento del Personal de la OSP se substituya la palabra "cualesquiera" por la palabra "los".

Así se acuerda.

Seguidamente, el PRESIDENTE somete a votación las enmiendas al Reglamento de Personal.

Decisión: Por unanimidad se acuerda tomar nota de las enmiendas introducidas por el Director en el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana que figuran en el Documento CE35/2, y que se incluya esta decisión en el informe de la Comisión a la Conferencia.³

Tema 37: Proyecto de procedimiento para la pos-

¹Véase acta de la octava sesión plenaria, pág. 177.

²Documentos mimeografiados.

³Véase acta de la octava sesión plenaria, pág. 177.

tulación y elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

El PRESIDENTE recuerda que este tema, sobre el que no se ha presentado ningún documento para ser sometido a la Comisión, se incluyó en el programa a solicitud del Delegado de Costa Rica, que no se encuentra presente en este momento. Agrega que en una conversación que sostuvo con el Delegado de dicho país, éste sugirió que se formase un grupo de trabajo para estudiar el tema y presentar sus puntos de vista a la Comisión II, a fin de que la misma los discutiera y sometiera después a la Conferencia. Si se aceptara la sugestión del Delegado de Costa Rica, siguió diciendo el Presidente, podría fijarse un plazo al grupo de trabajo propuesto, por ejemplo, hasta el próximo lunes, para efectuar el estudio en cuestión.

El Sr. SOMMER (Estados Unidos) sugiere que sería más atinado que este tema lo examinara el Comité Ejecutivo.

El PRESIDENTE manifiesta que, como no se ha presentado ningún documento, no se conocen con exactitud las razones que motivaron la solicitud de inclusión del tema en la Conferencia, aunque quizá el motivo haya podido ser la consideración de que sólo la Conferencia puede modificar la Constitución.

El Dr. SOPER (Director, OSP) recuerda, a título de información, que en la X Reunión del Consejo Directivo el Representante de la Argentina propuso que un Comité estudiara el procedimiento de elección de Director, y las normas para la selección de candidatos, a fin de que se proporcionaran a la Conferencia los antecedentes necesarios respecto a las personas en las que pudiera recaer la elección; esta proposición fue rechazada, al igual que la formulada por el Representante de México, en el sentido de incluir el tema en el programa de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana. El Director lee a continuación la carta dirigida al Dr. Oscar Vargas Méndez, Director General de Salubridad de Costa Rica, con fecha 5 de marzo de 1958, en la que se dice textualmente:

Tengo el honor de acusarle recibo de su atenta comunicación número 142-58 de 24 de febrero próximo pasado, en la que de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 10, inciso c) del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, se solicita que se incluya en el programa de temas de la 34a Reunión de dicho cuerpo

directivo, el siguiente punto: "Proyecto para la postulación y elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana". El Consejo Directivo, en su última reunión, rechazó no solamente la propuesta presentada por el señor Representante de Argentina sobre el tema "Procedimiento a seguir para la elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana", sino también la moción formulada por el Representante de México que encomendaba al Director la inclusión de dicho tema en el Programa de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana. Quedó claramente establecido el derecho de los Gobiernos a incluir ese o cualquier otro tema en el programa que se preparará para la XV Conferencia. Me permito, pues, señalar a su atención el hecho de que pueda suscitarse que la inclusión del tema de que se trata en el programa de una reunión del Comité Ejecutivo esté en contradicción con las decisiones tomadas por el Consejo Directivo en su última reunión. Del debate que aparece en el Acta que le adjunto, parece desprenderse que es ésta una cuestión reservada exclusivamente a la Conferencia. La posición de la Secretaría es realmente muy delicada en este asunto, en el que desea cumplir la solicitud presentada por usted, pero no quisiera infringir decisiones tomadas por el Consejo Directivo. Mucho le estimaría que quisiera examinar este punto y darme su opinión, con el fin de llegar a una decisión satisfactoria.

El Dr. BISSOT (Panamá) destaca el interés de la cuestión suscitada y la trascendencia del tema. Opina que aun cuando se designara el grupo de trabajo que se propone, éste carecería de base sobre la que trabajar, ya que no se ha presentado texto concreto. El tema no es fácil y no debe ser examinado en forma rápida.

El Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia) indica que en la Constitución de la Organización está prevista la forma como debe efectuarse la elección de Director y no acierta a encontrar qué pueda agregarse al precepto constitucional.

El PRESIDENTE manifiesta que, al parecer, algunas delegaciones tienen la idea de que se establezca un sistema de postulaciones con suficiente anticipación.

El Dr. HURTADO (Cuba) dice que el nombramiento de Director está regulado en la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, documento que encarga en forma precisa la elección a la Conferencia. Existen, por otra parte, las disposiciones contenidas en el Reglamento Interno de la Conferencia. Tal vez se afirme, agrega, que el sistema establecido en el Artículo 4-E de la Constitución tiene defectos y ha provocado dudas de interpretación, tanto en el texto inglés como en el español. De aceptarse esto, el tema pro-

puesto por el Delegado de Costa Rica podría significar que se trata de modificar el Artículo 4-E de la Constitución mediante enmiendas y adiciones que lo aclaren. Ello equivaldría a una enmienda constitucional, y ha de notarse que las reformas a la Constitución están, a su vez, sujetas a reglas de procedimiento de las que no es posible apartarse. En consecuencia, debe tenerse en cuenta, ante todo, el procedimiento para proponer las enmiendas, porque no se trata de propuestas corrientes. La proposición para reformar la Constitución tiene que emanar de la iniciativa de los cuerpos directivos de la Organización o bien del representante de un Gobierno en uno de estos cuerpos, o puede proceder, por último, de los Gobiernos Miembros, y en este caso deben presentarse los proyectos en tiempo oportuno y ser conocidos por todos los países con la anticipación necesaria.

Suponiendo que se cumplieran todos los preceptos aludidos y que la Comisión y el pleno de la Conferencia aprobaran las reformas, no entrarían en vigor hasta después de que se diera cuenta de ellas a los Gobiernos Miembros. En el orden práctico, es oportuno señalar que se tiene a la vista la elección de Director, en el curso de la XV Conferencia. Por consideraciones de índole ética, afirma el Dr. Hurtado, no sería posible estudiar con espíritu sereno este tema y, además, ningún acuerdo al que se llegara ahora podría aplicarse a la XV Conferencia. Opina que no hay, en consecuencia, urgencia y que la urgencia sería la única razón que justificaría la discusión en la forma propuesta. Si lo que se acuerde no puede tener aplicación hasta otra Conferencia, es lógico que se conozca previamente el proyecto, y que éste pase a los cuerpos directivos para que lo estudien con todo detenimiento. Cree que incluso convendría que un grupo de trabajo especial estudiara el problema, es decir, los aspectos relativos a la elegibilidad, los sistemas de postulación y el procedimiento de elección del Director. Resume su intervención proponiendo que la Conferencia se limite a tomar nota del tema propuesto y lo pase al Consejo Directivo para que los órganos constitucionales correspondientes o un grupo de trabajo especial redacten oportunamente, como resultado de sus estudios, un reglamento que regule la materia.

El PRESIDENTE resume los puntos de vista expuestos por los Representantes de Panamá, Co-

lombia y Cuba, y declara que conforme al Artículo 25 de la Constitución de la OSPA, la Conferencia o el Consejo Directivo podrá aprobar y poner en vigencia, de acuerdo con las normas que determine, las enmiendas a la Constitución.

El Dr. BISSOT (Panamá) estima que el Delegado de Costa Rica, que no asiste a la sesión, posiblemente por estar en la otra Comisión, ni ha redactado ningún documento, podría formular a su debido tiempo una propuesta concreta en el seno del Consejo Directivo.

El Dr. HURTADO (Cuba) declara que por no haber asistido a la primera parte de la sesión, pues se encontraba en la Comisión I, no estaba enterado de que el Delegado de Costa Rica no había presentado ningún documento escrito, lo que tiene como consecuencia que se discuta en el vacío. Insiste en que no hay posibilidad de que lo que se acuerde pueda aplicarse a la XV Conferencia y, por tanto, la Comisión no debe dedicar al tema ni un minuto más. Recuerda que el asunto no fue considerado por el Consejo Directivo. Se anunció un documento que iba a presentar el Representante de la Argentina y que no se presentó. Si Costa Rica hubiera enviado una comunicación o utilizado otra vía constitucional para introducir el tema, éste podría ser discutido; pero el tema ha llegado a la Comisión sin documentación alguna y en condiciones que no permiten su consideración. Propone, por lo tanto, que se suspenda el debate sobre este tema hasta disponer de los antecedentes necesarios para continuarlo.

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua) se suma al criterio expresado por el Representante de Cuba en el sentido de que se suspenda el debate.

Así se acuerda.

Tema 25: Nombre de la Organización y títulos de sus altos funcionarios

El Dr. SOPER (Director, OSP) informa que el Comité Ejecutivo, en su 34a Reunión, acordó recomendar a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana determinadas enmiendas a la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana referentes al nombre de ésta y a los títulos de sus altos funcionarios. Refiriéndose a la primera parte del documento CSP15/7, "Nombre de la Organización",¹ señala que actualmente hay dos

¹Documento mimeografiado.

organismos, la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Sanitaria Panamericana. En la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, de 1947, se estableció la Organización y en la I Reunión del Consejo Directivo, en Buenos Aires, se creyó que se le daría el nombre de Organización Panamericana de la Salud. El Gobierno de la Argentina preparó una medalla conmemorativa con este nombre. En las deliberaciones de Buenos Aires se hizo referencia al Código Sanitario Panamericano que se refiere a la Oficina Sanitaria Panamericana, y como el Código es un tratado ya ratificado, el Consejo resolvió utilizar la palabra "Sanitaria" en lugar de la expresión "de la Salud". En aquella época no se apreciaba claramente la diferencia entre la Organización Sanitaria Panamericana y la Oficina. La Organización se compone de la Conferencia, órgano supremo legislativo que se reúne cada cuatro años, el Consejo Directivo, que se reúne en los años en que no se celebra la Conferencia y tiene poderes para aprobar el programa y el presupuesto y las mismas facultades que la Conferencia; y el Comité Ejecutivo, compuesto por representantes de siete países que se reúnen cuando menos dos veces al año, y, como cuarto componente de la Organización, la Oficina Sanitaria Panamericana, que es el órgano ejecutivo y de secretaría de la Organización.

Existe cierta dificultad para distinguir la Oficina de la Organización, dificultad aumentada por la semejanza de nombres. Hace cincuenta años la palabra "Sanitaria" significaba lo referente a la salud; pero el desarrollo posterior del saneamiento del medio y de la ingeniería sanitaria ha hecho que la palabra esté limitada a una rama especial de la salud y ahora el público, especialmente el de habla inglesa, tiene dificultades para comprender los objetivos concretos que persigue la Organización. El cambio de la palabra "Sanitaria" por la expresión "de la Salud" en el nombre de la Organización facilitaría, pues, la distinción entre la Oficina y la Organización. La Oficina Sanitaria Panamericana conservaría su denominación porque ésta es la que figura en el Código Sanitario Panamericano.

El Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia) quiere saber si los cuerpos directivos, en caso de aprobarse la modificación, se denominarían Consejo Directivo y Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud.

El PRESIDENTE aclara que la Oficina sería el

único organismo que seguiría conservando su denominación actual, junto con la Conferencia.

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua) señala que el término "Sanitaria" es más limitado que la expresión "de la Salud". Entiende, pues, que si se desea conservar la palabra "Sanitaria" para la Oficina, habría de precisarse si con ello no se limitaría su esfera de acción.

El Dr. HURTADO (Cuba) recuerda que el cambio de nombre figuraba entre las propuestas de reformas de la Constitución sometidas a la XIV Conferencia, por el Gobierno de Cuba, reformas que se malograron. Considera que, de aceptarse el cambio, debería mantenerse lo que se podría llamar la arquitectura de las denominaciones. El Gobierno de Cuba, dice, apoyaba entonces los cambios y también los apoya ahora, a condición de que sean cambios de los nombres de todos los organismos de la Organización. Estima que se debe ser consecuente en los cambios, y ya que éstos se efectúan, debe hacerse en forma completa y general, para la Conferencia y la Oficina lo mismo que para la Organización.

El Dr. SOPER (Director, OSP) indica que el Artículo 3 de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana establece que la misma comprenderá: 1) la Conferencia Sanitaria Panamericana; 2) el Consejo Directivo; 3) el Comité Ejecutivo, y 4) la Oficina Sanitaria Panamericana. Por otra parte, el artículo LIV del Código Sanitario Panamericano dice que "la organización, funciones y deberes de la Oficina Sanitaria Panamericana deberán incluir aquello que hasta ahora han dispuesto o determinado las varias conferencias sanitarias internacionales y otras conferencias de las Repúblicas Americanas y también las funciones y deberes administrativos adicionales que en lo sucesivo dispongan o prescriban las Conferencias Sanitarias Panamericanas". No se ha sugerido el cambio de nombre de la Conferencia y de la Oficina, que datan de 1902, y el único cambio previsto es el del nombre de la Organización, que data de 1947.

El Dr. HURTADO (Cuba) señala que no afecta a la cuestión la fecha en que se adoptaron los nombres. Con el nombre de la Oficina se identifican ciertas funciones y cuando se creó la Organización Sanitaria Panamericana, la Oficina quedó incluida en ella. A juicio del orador, la Oficina no tiene personalidad, pues solamente la

tiene la Organización. Dice que se han hecho reformas al Código Sanitario de 1924, único instrumento americano que alcanzó la ratificación de todos los países del Continente, reformas contenidas en dos protocolos adicionales, el de Lima de 1927 y el de La Habana de 1952. El Código Sanitario no es un instrumento cerrado, sino abierto a las reformas y no niega la posibilidad de introducir en él cambios y enmiendas. No cree absolutamente necesario cambiar el nombre de la Organización, pero insiste en que si se hace, debe ser en forma integral.

El Dr. SOPER (Director, OSP) explica que en 1948, teniendo necesidad de defender la posición de la Organización Sanitaria Panamericana y de la Oficina Sanitaria Panamericana en la Novena Conferencia Internacional de los Estados Americanos, en Bogotá, hizo un estudio profundo de la cuestión. Hay dos documentos vigentes, el Código Sanitario Panamericano, que está ratificado por todas las Repúblicas, y la Constitución de la OSPA. En la lucha librada en Bogotá para evitar la absorción de la OSPA, se pudo utilizar el Código, pero no la Constitución. Los nombres establecidos en el Código son la Oficina Sanitaria Panamericana y la Conferencia. Para cambiar el nombre de la Organización, que existe en la Constitución, se necesitaría modificar ésta; pero para cambiar el de la Oficina y el de la Conferencia se necesitaría modificar el Código. La Constitución de la OSPA declara en su Artículo 24 que el Director de la Oficina preparará las revisiones periódicas del Código Sanitario Panamericano de acuerdo con las necesidades y normas generales determinadas por la Conferencia o por el Consejo; que estas revisiones serán consideradas por el Comité Ejecutivo y sometidas a la aprobación de la Conferencia o del Consejo, y luego se someterán a los Gobiernos participantes para su debida ejecución, como recomendaciones de la Conferencia o del Consejo. Se está, por lo tanto, en condiciones de modificar el nombre de la Organización y, si la Conferencia lo determina, se puede también preparar la documentación para cambiar el nombre de la Oficina y de la Conferencia.

El Dr. RODRIGUES (Brasil) sugiere, de acuerdo con el Representante de Cuba, que si se cambia el nombre de la Organización se tomen las disposiciones convenientes para cambiar también el de los demás organismos.

El Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia) dice que ha estado revisando las notas de la pasada Conferencia de Chile y que no ha encontrado en ellas razones suficientes para justificar el cambio de nombre de la Organización. Cita el artículo primero de la Constitución de la Organización que indica los propósitos fundamentales de la misma. No cree que con cambiar el término "Sanitaria" por la expresión "de la Salud" se mejore la definición de los objetivos de la Organización. Por razones de tradición y hasta sentimentales, no vería con agrado que se modificara el nombre de la Organización, por la cual guardan tan hondo afecto todos los pueblos latinoamericanos.

El Dr. HURTADO (Cuba) señala que al discutirse el procedimiento de reforma del Código Sanitario Panamericano se ha omitido toda referencia al Protocolo Anexo de 1952, aprobado en La Habana, cuyo Artículo II dice: "En adelante cualquier reforma periódica que fuere procedente introducir en los títulos, secciones o artículos del Código Sanitario Panamericano, quedará a cargo de la Conferencia Sanitaria Panamericana; siendo necesario, para que sean válidas las enmiendas, que se aplique en su tramitación lo dispuesto en la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana". La Conferencia, pues, opina el Dr. Hurtado, tiene capacidad legal para cambiar todo lo que se refiera al Código Sanitario Panamericano. Vuelve a citar el Protocolo de 1952, cuyo Artículo V dice: "Este Protocolo entrará en vigencia el día primero de octubre de 1952 para aquellos Estados que ratifiquen este instrumento antes de la citada fecha. Para los demás Estados entrará en vigencia a partir de la fecha en que lo ratifiquen".

El Dr. JAVIER (Honduras) manifiesta que, según entiende, la tendencia de esta discusión es la de poner a tono el nombre de la OSPA con el concepto moderno de la salud. El asunto, pues, parece se convierte en una cuestión de semántica. Cree que el concepto sanitario abarca etimológicamente el de salud y que no se agrega nada con el cambio propuesto. Pregunta si el Protocolo de 1952 ha sido ratificado por todos los países.

El PRESIDENTE advierte que la dificultad no está en el uso del concepto en el idioma español, sino en el significado que se le da en inglés.

El Sr. PARADA (Chile) pregunta si el asunto del Protocolo Anexo de 1952 del Código Sanitario

Panamericano fue ratificado por el número de países necesario para entrar en vigencia.

El Dr. ALLARIA (Argentina) manifiesta que su Delegación ha estudiado este asunto, por entender que no era un capricho lo que indujo a proponer el cambio de nombre de la Organización. Comprende los razonamientos, aunque no los comparte. No ve motivo para cambiar un nombre ya tradicional y prestigioso en castellano para ajustarse al idioma inglés. Anuncia que, por esta razón, la Delegación de la Argentina se abstendrá en la votación sobre este tema.

El Dr. SOPER (Director, OSP) se refiere al Artículo II del Protocolo de 1952 y señala que su segunda parte dice que es necesario, para que sean válidas las enmiendas al Código Sanitario Panamericano, que se aplique en su tramitación lo dispuesto en la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana. Esta tramitación la establece el Artículo 24 de la Constitución de la Organización. Aclara que la palabra "Sanitaria" está bien en español, pero que para el público de habla inglesa dicho término tiene un significado restringido que hace que la OSPA aparezca al público de habla inglesa como una organización de ingenieros sanitarios. El significado del término "Sanitary" ha sido modificado por el uso, en los Estados Unidos, y su empleo ofrece dificultades para los fines de publicidad y conocimiento de lo que verdaderamente es la Organización, cosa importante tratándose de países cuya colaboración es valiosa para la OSPA. Por esto sería conveniente cambiar el nombre en inglés por el de "Pan American Health Organization".

El PRESIDENTE sugiere que al dirigirse a personas de habla inglesa se podría usar la expresión

de "Oficina Regional de la OMS" en inglés, para obviar el inconveniente señalado por el Director.

El Dr. HURTADO (Cuba), en respuesta al Representante de Honduras, indica que el Protocolo de 1952 del Código Sanitario Panamericano ha sido ratificado por varios Estados, pero no puede precisar exactamente cuántos. En relación con el Artículo 24 de la Constitución, insiste en que no impide que sea la Conferencia la encargada de modificar o revisar el Código. Aunque toque a los Gobiernos poner en vigencia las reformas, no desea debatir si debe o no debe cambiarse el nombre. Por ahora solamente quiere insistir en que la Conferencia puede cambiarlo.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) manifiesta que su Delegación es favorable al cambio de nombre de la Organización, pero no desea insistir porque ha notado la falta de interés con que la sugestión ha sido recibida por algunos países. Declara que los Estados Unidos continuarán prestando su más firme apoyo a la Organización Sanitaria Panamericana, independientemente del nombre que tenga. El Gobierno de los Estados Unidos, dice, no ha dejado nunca de interpretar acertadamente los objetivos de la Organización.

El Dr. BERTI (Venezuela) entiende que el cambio es más necesario en lo referente al idioma inglés que al español. Opina que la palabra "Sanitaria", tiene un significado más amplio que la palabra "Health". El nombre de la Organización Sanitaria Panamericana, agrega, goza de gran prestigio por la labor que ha realizado. Sugiere, por consiguiente, que cuando se utilice el inglés se use el vocablo "Health", y cuando se utilice el español se emplee el vocablo "Sanitaria".

Se levanta la sesión a las 18 h. 20 m.

TERCERA SESION

Jueves, 25 de septiembre de 1958, a las 15 h.

Presidente: Dr. CARLOS DÍAZ COLLER (México)

El PRESIDENTE, habiendo el quórum reglamentario, declara abierta la sesión.

Primer Informe del Relator

El Dr. BISSOT (Panamá), en su calidad de Re-

lator de la Comisión II, da lectura al texto del primer informe de la Comisión a la Conferencia, en el que figuran los proyectos de resolución preparados de acuerdo con las decisiones de la Comisión II sobre los temas 12 (Informe Financiero

del Director e Informe del Auditor Externo, correspondientes a 1957); 13 (Informe sobre la recaudación de las cuotas); 14 (Fondo Rotatorio de Emergencia), y 16 (Enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana).

Decisión: La Comisión aprueba por unanimidad el primer informe del Relator.¹

Tema 25: Nombre de la Organización y títulos de sus altos funcionarios (continuación)

El PRESIDENTE anuncia que se va a continuar discutiendo el tema 25, iniciado en la sesión anterior.

El Dr. SOPER (Director, OSP) presenta el addendum del Documento CSP15/7,² que contiene la resolución adoptada por el Consejo de la Organización de los Estados Americanos el 3 de septiembre de 1958, basada en un informe presentado por su Comisión de Organismos Interamericanos, en relación con los cambios proyectados en la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana. La resolución del Consejo de la OEA dice que éste no tiene recomendaciones que formular acerca de los mencionados cambios. Agrega el Dr. Soper que la semejanza de los títulos de la Organización Sanitaria Panamericana y la Oficina Sanitaria Panamericana, da lugar a confusiones, y esto motiva muchos inconvenientes. Por estas razones, estima que una diferenciación en los nombres ayudaría a que se viera que no se trata del mismo organismo. Cree muy útil la sugestión hecha por el Representante de Venezuela en la sesión anterior, en el sentido de usar la palabra "Sanitaria" en el título en español y la palabra "Health" en el título en inglés.

El Dr. ALLARIA (Argentina) manifiesta que lamenta plantear a la Comisión una cuestión muy delicada, pero de suma importancia y de carácter previo. Explica que la Comisión, que él preside, designada por la Conferencia para estudiar el Artículo 53 del Reglamento Interno, ha estado estudiando numerosos documentos y ha encontrado fallas y deficiencias en los documentos básicos de la Organización. Hay necesidad de someter dichos textos a un estudio profundo, con asesoramiento jurídico, para que la Organización pueda funcionar sobre un firme cimiento legal.

Señala que la Resolución XXXIX de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana³ fijó un procedimiento para aprobar enmiendas a la Constitución, en el cual se considera necesario el voto afirmativo de dos tercios de los Gobiernos participantes, con derecho a voto, que estén representados y presentes en el momento de la votación en sesión plenaria. Indica que el texto de esta resolución contiene ya el problema en que ha trabajado durante los últimos días la Comisión que él preside. Anuncia que, en vista de que cualquier propuesta de enmienda a la Constitución debería votarse siguiendo procedimientos descritos confusamente en los textos legales de la Organización la Delegación de la Argentina se abstendrá de participar en la votación de cualquier proyecto de enmienda a la Constitución, en la presente Conferencia. Estima que cualquier proyecto de enmienda de la Constitución debería aplazarse hasta que el Consejo Directivo, con el asesoramiento jurídico pertinente, estudiase la cuestión.

El PRESIDENTE hace observar que la Comisión sólo está discutiendo una posible recomendación a la Conferencia y que sobre esto se puede adoptar una decisión por simple mayoría de votos.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) señala que la cuestión planteada por el Representante de la Argentina no se refiere propiamente al tema en debate, pues éste se limita al estudio de si conviene o no conviene cambiar el nombre de la Organización. Sugiere que si se modificara únicamente el nombre en inglés, podría hacerse como una nueva traducción, y pregunta si ello entrañaría una reforma de la Constitución. Estima que el tema ha sido ampliamente debatido.

El Dr. SOPER (Director, OSP) informa que la Resolución XXXIX de la XIV Conferencia, a la que se ha referido el Representante de la Argentina, se limitaba a señalar el procedimiento para las enmiendas a la Constitución recomendadas por la Comisión II de dicha Conferencia. No se trató entonces de establecer un procedimiento para casos futuros.

El Dr. ALLARIA (Argentina) señala que, como se ve examinando el Documento CE34/7,⁴ al modificarse el Artículo 4-E de la Constitución para cambiar el nombre de la Organización, forzosamente habrá de hacerse una modificación total

¹Véase acta de la octava sesión plenaria, pág. 177.

²Documento mimeografiado.

³Documento Oficial de la OSPA 14, 673.

⁴Documento mimeografiado.

del Artículo 4-E, en vista de los problemas que la interpretación del mismo ha planteado a la Conferencia. Opina que cualquier enmienda constitucional colocaría a la Organización en una situación confusa y peligrosa para su seguridad jurídica. Insiste en que ante todo debería discutirse si es o no oportuno debatir cualquier proyecto de enmienda a la Constitución.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) señala que su Delegación estaría dispuesta a apoyar una recomendación de que se hiciera una nueva traducción al inglés del nombre de la Organización, pues cree que con ello se podrían obviar los problemas surgidos.

El Dr. HURTADO (Cuba) recuerda que en la sesión anterior afirmó que la Conferencia tiene poderes para introducir enmiendas en la Constitución; que puede cambiar los nombres y los títulos y revisar los documentos básicos para darles la máxima congruencia. En cuanto al fondo de la cuestión, o sea, si se debe considerar ahora el proyecto de enmiendas, se siente inclinado a compartir el criterio del Representante de la Argentina. Dice que al iniciar el estudio del Artículo 53 en el seno de la Comisión encargada de ello, los representantes que la forman creyeron que se trataría meramente de cotejar y mejorar textos. Pero que al profundizar en la materia y examinar numerosos documentos, a él le sucedió lo mismo que al Representante de la Argentina; quedó vivamente impresionado ante el hecho de que todos los documentos legales de la Organización están sembrados de contradicciones y de ambigüedades. Ante esta situación, se pregunta si vale la pena de discutir cambios de menor cuantía, como son los de nombres y títulos. Informa que la citada Comisión recomendará a la Conferencia que cree un subcomité encargado de hacer un estudio de la documentación básica para eliminar de ella toda ambigüedad. Cree que la Conferencia debe designar un subcomité permanente para estudiar constantemente las reformas necesarias con el fin de poner al día la Constitución y otros textos básicos de la Organización. Por lo tanto, la Delegación de Cuba no votará a favor de que se recomiende proyecto alguno de enmienda a la Constitución en esta Conferencia.

El Dr. SOPER (Director, OSP) señala que sería oportuno escuchar la opinión de los Representantes de Francia y Brasil acerca de qué palabra,

“Sanitaria” o “Salud”, es más conveniente en el idioma del país respectivo.

El Dr. OLLÉ (Francia) declara que por tratarse de problemas lingüísticos, que conciernen a los países de habla española e inglesa, no se había sentido inclinado a participar en el debate. Indica que en francés el término apropiado es la palabra “Santé”, palabra que figura en el nombre del Ministerio y la Dirección General pertinentes del Gobierno de Francia.

El Dr. RODRIGUES (Brasil) manifiesta que el criterio del Representante de Francia concuerda perfectamente con el suyo propio. La palabra “Sanitaria” tiene en portugués un sentido más restringido que la palabra “Saúde”, y ésta es más adecuada. Estima, sin embargo, que se debe recomendar a la Conferencia que encargue a un subcomité especial hacer un estudio de todos los textos básicos de la OSPA, para eliminar de una vez todas las dudas sobre su interpretación. Apoya, por consiguiente, la actitud de los Representantes de la Argentina y Cuba, en el sentido de que no se proponga ninguna enmienda constitucional hasta que se haya realizado el mencionado estudio.

El Dr. PRÍNCIPE (Venezuela) considera que después de las intervenciones de los Representantes de la Argentina, Cuba y Brasil procede decidir, como moción previa, si hay que continuar el estudio de las reformas propuestas y, por lo tanto, si debe proseguir o no la discusión.

El Dr. ALLARIA (Argentina) comparte los puntos de vista expresados por el Representante de Venezuela e insiste en la conveniencia de que se discuta previamente el asunto que ha planteado.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) se muestra partidario, en general, de que no se efectúen cambios constitucionales, pues la interpretación de los textos oscuros puede hacerse por medio de otras medidas. En toda institución, sin embargo, es necesario algunas veces actualizar los textos legales. Recuerda que cuando en la XIV Conferencia se propuso reformar la Constitución, se iniciaron los trabajos, y después de ocho o nueve sesiones muy laboriosas, la Comisión II que estudió la propuesta, aprobó el proyecto de la Resolución XXXIX ya citado. Cree que no procede introducir ahora cambios en la Constitución, porque las modificaciones constitucionales tienen al-

cance mayor que el de simples cambios de nombre y al hacerse precipitadamente se pueden originar nuevas contradicciones en el corto tiempo que dura una Conferencia. Sugiere que la Comisión proponga a la Conferencia la creación de un subcomité jurídico encargado de llevar a cabo los estudios legales y técnicos necesarios y de presentar propuestas de reformas a la Constitución en una próxima Conferencia. Personalmente, cree conveniente el cambio del nombre de la Organización y también de los títulos de los funcionarios; pero estima que ello debe acordarse después del estudio que realice el subcomité cuya formación sugiere.

El Dr. ALLARIA (Argentina) propone que se someta a votación si se deben debatir las propuestas de enmiendas a la Constitución o si, en vista de todo lo expuesto, se dejan para cuando los textos básicos de la Organización hayan sido estudiados debidamente. Por ello, presenta una moción de clausura de debate.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) consume su turno en contra de la moción de clausura del debate. Insiste en que es conveniente el cambio de nombre de la Organización, en inglés. Señala que si se aprobara lo propuesto por el Representante de la Argentina, la Conferencia no podría examinar varios temas de su programa, entre ellos un cambio importante en el procedimiento de preparación del presupuesto de la Organización.

El PRESIDENTE anuncia que va a someter a votación la proposición de clausura del debate del Representante de la Argentina.

Decisión: Por 5 votos a favor, 5 en contra y 2 abstenciones, queda rechazada la moción de clausura del debate.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) manifiesta que, a su parecer, se ha llegado a un punto en la discusión en que hay que resolver el problema analizando el cambio de nombre de la Organización, idioma por idioma. Recuerda que el Representante del Brasil prefiere el término "Saúde", en portugués; que el Delegado de Francia prefiere la palabra "Santé", y que en cuanto al inglés es preferible usar la expresión "Health". Opina que, más que un problema constitucional, es una cuestión de reajuste de palabras de la traducción a dichos idiomas de la palabra "Sanitaria".

El Dr. HURTADO (Cuba) sostiene que procede

analizar si es conveniente o no introducir reformas en la Constitución en el curso de la XV Conferencia. Si se decidiera que no lo es, automáticamente quedaría bloqueada la posibilidad de seguir la discusión. Considera que no es un problema de idioma, sino constitucional, que afecta a la identificación de la Organización. Lo que debe decidirse, por lo tanto, es si se acepta o no el criterio de que pueden efectuarse ahora enmiendas a la Constitución. Explica que en la XIV Conferencia se presentó un proyecto completo de reformas a la Constitución, en vista de que la actual adolece de defectos y lagunas múltiples. Por la misma amplitud de las reformas propuestas en aquella ocasión, el proyecto fracasó. Por eso cree que hay que ser parcos y cuidadosos en las reformas a la Constitución.

En cuanto a la proposición del Representante de los Estados Unidos, de modificar el texto inglés, no discute la conveniencia de tal medida desde un punto de vista puramente semántico, pero como ello representaría una reforma constitucional, teme que se abriría el paso a otras proposiciones de reforma que podrían convertirse en un alud de cambios. Cualquier modificación a la Constitución tiene que ser documentada, distribuida a los Gobiernos con anticipación. Si esta Conferencia lo acordara, podría estudiar la reforma constitucional que se propone respecto al nombre de la Organización. Se muestra partidario de lo sugerido por el Representante de Costa Rica en el sentido de que la Conferencia establezca un subcomité jurídico permanente para estudiar las reformas que se estimen necesarias; éste no sería un subcomité para proponer resoluciones de reforma a la próxima Conferencia, porque no se puede esperar cuatro años; hay un organismo, el Consejo Directivo, que se reúne anualmente y que tiene facultades para modificar la Constitución. Cree que la Comisión II debe proponer, pues, que la Conferencia organice un subcomité permanente de asuntos jurídicos, para que informe a los cuerpos directivos y recomiende las modificaciones oportunas a la Constitución, no sólo en una próxima ocasión para solventar las dificultades actuales de interpretación, sino de un modo constante, para ir adaptando la Constitución a las necesidades cambiantes de un mundo en transformación.

El Dr. ALLARIA (Argentina) declara que, en la rapidez de la discusión, se rechazó su moción so-

bre el cierre del debate basándose en la interpretación de que un empate significa denegar una moción. Como no encuentra en el Reglamento Interno ninguna disposición en tal sentido, expresa su disconformidad con el tratamiento a su moción, sin que por ello quiera volver a abrir la cuestión, pero sí señala a la Presidencia que ese tratamiento no ha pasado inadvertido a su Delegación.

La recomendación de modificar el nombre de la Organización, surge, al parecer, de la necesidad de contar con un nombre, en lengua inglesa, que sea claro en la enunciación de los objetivos de la Organización. No le consta, dice, que tal necesidad surja del funcionamiento de la Organización, en cuanto a sus tareas específicas, que son las de promover o mejorar las condiciones de salud en las Américas, circunstancia que, a criterio de su Delegación, sería la única de valor, por partir de los que reciben el beneficio, no de los que lo dan.

Señala que la población de habla inglesa en las Américas es de 187 millones contra 189 millones de habla española, de modo que habría una diferencia de dos millones de personas que reconocen mejor a la Organización por su actual nombre en español. Cree que los éxitos de la Organización Sanitaria Panamericana no han sido hasta ahora desvalorizados por ningún comentario respecto a que por la denominación de la Organización determinadas poblaciones no hayan podido ser beneficiadas por no cumplirse las finalidades específicas de la Organización, que son las de mejorar la salud, y no las de facilitar los trámites administrativos de los distintos países.

Agrega que la abstención de su Delegación sobre este punto se basa también en razones de carácter antropológico-cultural. La OSPA y la OMS, como los otros organismos especializados de las Naciones Unidas, están reconociendo el valor, cada día mayor, de la participación activa de la comunidad en los programas sanitarios, y son precisamente los antropólogos culturales los que han enseñado a los sanitaristas que deben tener en cuenta, además de las razones técnicas, el lenguaje, las costumbres, el idioma y las tradiciones de los pueblos a los cuales se dedican los programas. Afortunadamente, hasta ahora, los programas de la OSPA se han cumplido con absoluta eficacia, sin que el nombre de la Organización lo haya dificultado. Anuncia que su Delegación solamente levantaría su abstención para

no obstruir las necesidades administrativas de las oficinas públicas de habla inglesa, si se hiciera una propuesta de que en los documentos de la OSPA en inglés figure entre paréntesis la designación de la Organización, como las necesidades de dicho idioma lo aconsejen.

El PRESIDENTE aclara que se atuvo al texto del Artículo 22 del Reglamento Interno al dar por desechada la moción relativa al cierre del debate, y cita el Artículo 75 del Reglamento Interior de la Asamblea Mundial de la Salud, en el que se dice textualmente: "Si en asunto distinto de una elección se dividieran por igual los votos, se considerará rechazada la propuesta sometida a votación", y manifiesta que este Reglamento se considera complementario y supletorio, por práctica, de las disposiciones de la OSPA.

El Dr. ALLARIA (Argentina) manifiesta que no le satisface la explicación dada por el Presidente, puesto que podía haber procurado el desempate mediante otra votación. Agrega que el Artículo 22 del Reglamento Interno de la Conferencia se limita a precisar que las resoluciones serán adoptadas por el voto afirmativo de la mayoría de los representantes, y que donde no se establece una distinción en un texto legal, no debe ser interpretado éste como si en realidad existiera en él una distinción.

El Dr. RODRIGUES (Brasil) se refiere a la intervención del Representante de los Estados Unidos sobre la modificación del nombre inglés de la Organización y anuncia que, si se aceptara, debería hacerse también en el nombre en portugués. Pero insiste en que es fundamental decidir primero si se trata de una reforma constitucional o no y resolver si se admite la discusión de propuestas de reformas constitucionales. El procedimiento de efectuar un simple cambio de nombre tampoco resuelve el problema, a su juicio, porque se entraría entonces en una serie de pequeñas concesiones y se produciría una cadena de reformas.

El Dr. SOPER (Director, OSP) informa que, en 1947, se pensó en adoptar el nombre de Organización Panamericana de la Salud, pero al considerarse en la I Reunión del Consejo Directivo la denominación que debía darse a la Organización, se recordó que el Código Sanitario Panamericano ratificado por todos los países del Continente y que era la base legal en que tenía que apoyarse

aquella, hablaba sólo de la Oficina Sanitaria Panamericana. Entonces, ante el temor de que pudieran surgir complicaciones legales, se resolvió no adoptar el nombre de Organización Panamericana de la Salud. Este hecho es tan cierto que incluso el Gobierno de la República Argentina acuñó una medalla conmemorativa de la I Reunión del Consejo Directivo en la que figura la leyenda "Organización Panamericana de la Salud". El problema planteado no existe en portugués ni en francés, porque no hay traducciones oficiales en estos idiomas, y por tanto puede modificarse el nombre sin ninguna dificultad. En la Constitución redactada y aprobada en octubre de 1947, en la I Reunión del Consejo Directivo, el texto español dice "Organización Sanitaria Panamericana" y el nombre inglés es una traducción oficial del español.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) pregunta al Director si se considera autorizado para modificar una traducción oficial.

El Dr. SOPER (Director, OSP), contestando la pregunta del Representante de los Estados Unidos, hace notar que la traducción al inglés del texto aprobado se hizo por una autorización específica del Consejo Directivo, y por tanto estima que no se debe modificar la traducción sin un acuerdo en tal sentido de la Conferencia o del Consejo. La necesidad del cambio de nombre se planteó ya en la XIII Conferencia, pero ésta no tomó ninguna decisión al respecto y creó, para que estudiara las propuestas de reforma a la Constitución, un Comité permanente formado por representantes de la República Dominicana, Chile y Estados Unidos. Durante cuatro años, el Comité celebró no menos de 38 o 39 reuniones. El estudio efectuado por dicho Comité fue enviado a los Gobiernos Miembros y presentado a la XIV Conferencia. En el grupo de trabajo sobre reformas constitucionales, establecido en la XIV Conferencia, hubo largas discusiones y, por fin, no se efectuó ninguna modificación a la Constitución. Al cabo de otros cuatro años, el Director en vista de la importancia del problema decidió volver a plantearlo a los cuerpos directivos. El Director agrega que si ha sugerido las reformas, transcurridos once años, es por creer que son de importancia; pero no quiere hacerlas, como Director, sin estar debidamente autorizado.

El Sr. WILSON (Estados Unidos), después de lamentar la duración del debate afirma que la

denominación de la Organización no influye en el grado de interés que los Estados Unidos muestran por la labor que realiza la Organización Sanitaria Panamericana y, por lo tanto, su Delegación no tiene ningún interés especial en el cambio del nombre inglés de la OSPA. Cree que el cambio del nombre actual de la Organización, en inglés, sería simplemente una cuestión de traducción, y sugiere como solución que el Director publique una nueva traducción oficial, en inglés, del nombre dado a la OSPA en la Constitución que se redactó en español.

El Dr. HURTADO (Cuba) puntualiza que el nombre adoptado fue el de Organización Sanitaria Panamericana y su traducción al inglés fue aprobada por el Consejo Directivo, por lo que es improcedente sortear el problema presentándolo como un mero cambio de traducción. Considera que ésta no puede enmendarse, pues el cambio de nombre es, a su juicio, una enmienda substancial, y solo puede realizarse con la aprobación previa de un nuevo texto en español, medida que constituye una reforma constitucional parcial que está dispuesto a aceptar.

El Dr. ALLARIA (Argentina) dice que comparte los argumentos expuestos por el Representante de Cuba. Como fórmula transaccional sugiere que se autorice al Director para que en lo futuro, debajo de las versiones del nombre de la Organización en inglés, francés y portugués, aparezca en las publicaciones, entre paréntesis, la traducción más adecuada, en cada país, para expresar los fines que persigue la Organización.

El Dr. HURTADO (Cuba) opina que esa fórmula parece aceptable, porque con ella no sería necesaria una reforma constitucional.

El Dr. BISSOR (Panamá) recuerda que la proposición original del Representante de Costa Rica sugiere la creación de un subcomité permanente del Consejo Directivo para que estudie las reformas a la Constitución. Sería preferible, dice, que tal organismo no fuera permanente sino que se le diera un plazo de 3 a 6 meses para el estudio, el cual debería presentarse al Consejo Directivo. Este, en su caso, podría prorrogar el término de actuación del subcomité, en la medida necesaria.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) hace notar que la propuesta del Representante de la Argentina daría la impresión de que la Organización tiene un nombre que no es el oficial y el hecho

crearía aun mayor confusión que la que se trata de evitar.

El PRESIDENTE anuncia que en vista de que la proposición del Representante de la Argentina es la más alejada de la proposición original, se procederá a votación empezando por ella.

El Dr. ALLARIA (Argentina) señala, como ilustración de su propuesta, el Instituto Interamericano del Niño que usa, después de esta denominación y entre paréntesis, la frase "Ex Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia".

El Dr. RAMÍREZ (Ecuador) pregunta si la propuesta del Representante de la Argentina no significa de todos modos una reforma constitucional, y entiende que el ejemplo dado por dicho Representante sobre el Instituto Interamericano del Niño no es aplicable al caso que se debate.

El PRESIDENTE anuncia que de acuerdo con el Artículo 50 del Reglamento Interno, va a someter a votación la clausura del debate.

El Dr. ALLARIA (Argentina) pide que se le permita contestar al Representante del Ecuador.

El PRESIDENTE insiste en que se va a proceder a la votación.

El Dr. ALLARIA (Argentina) pregunta si el Representante del Ecuador no desea conocer la opinión del Representante de la Argentina.

El Dr. RAMÍREZ (Ecuador) opina que es muy respetable la opinión del Representante de la Argentina y que él no se niega a escucharla, pero señala que el Presidente ha sometido a votación la clausura del debate.

Se procede a la votación sobre la clausura del debate.

Decisión: Por 7 votos a favor, 6 en contra y ninguna abstención, se declara clausurado el debate.

El PRESIDENTE anuncia que va a someter a votación la propuesta del Representante de la Argentina, que dice:

Considerando que la propuesta de modificar el nombre de la Organización, presentada por el Director, implicaría la reforma del texto constitucional y, con el fin de obviar las dificultades que surgirían de la propuesta del Director, la Comisión de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos recomienda a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana que autorice al Director de la Oficina a que debajo de los

nombres en inglés, francés y portugués de la Organización Sanitaria Panamericana, se imprima, entre paréntesis, el texto que, en cada uno de esos idiomas, resulte de mayor utilidad para los países en que se hablen los idiomas mencionados.

El Dr. BISSOT (Panamá) pregunta si en la votación podrán intervenir los representantes de los territorios. Personalmente opina que sí, puesto que no se trata de ninguna modificación constitucional.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) coincide con esta opinión.

El PRESIDENTE declara que ésta es también su interpretación de los textos constitucionales.

Decisión: Por 4 votos a favor, 6 en contra y una abstención, queda rechazada la propuesta del Representante de la Argentina.

El Dr. ALLARIA (Argentina) agradece al Representante del Ecuador sus anteriores manifestaciones y aclara que su ejemplo sobre el Instituto Interamericano del Niño era sólo para ilustrar su propuesta en el aspecto tipográfico.

El Dr. RODRIGUES (Brasil) entiende que a continuación debe votarse acerca de si se acepta o no el discutir propuestas de reformas constitucionales.

El Dr. HURTADO (Cuba), por su parte, considera que debe someterse a votación un proyecto de resolución inspirado en la Resolución XIII de la 34a Reunión del Comité Ejecutivo.¹

El PRESIDENTE declara que, de conformidad con el párrafo 5 de la Resolución II de la II Reunión del Consejo Directivo,² en esta votación no podrán participar los representantes de países con territorios en las Américas, por tratarse de una materia constitucional.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) señala que el Artículo 15 del Reglamento Interno se refiere a las reuniones de la Conferencia y que en el concepto de reuniones hay que incluir las de las Comisiones. Por lo tanto, los países con territorios en las Américas no pueden participar en la votación.

El Dr. ALLARIA (Argentina) objeta esta interpretación, por entender que no se votará sobre una enmienda a la Constitución, sino sobre una

¹Véase Parte IV, pág. 406.

²Publicación de la OSP 246, 13.

recomendación de la Comisión a la Conferencia. Ruega que se solicite asesoramiento jurídico sobre este punto y que se suspenda la discusión hasta la próxima sesión, con el fin de obviar cualquier enojosa situación que pudiera derivarse de este aspecto del debate.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) apoya la propuesta de suspender la sesión. El Dr. HURTADO (Cuba) y el Sr. WILSON (Estados Unidos) tam-

bién apoyan la suspensión, pero entienden que el Presidente ha interpretado correctamente los textos legales.

El PRESIDENTE anuncia que va a suspender la sesión para que los representantes puedan atender los demás compromisos que tengan contraídos.

Se levanta la sesión a las 19 h. 10 m.

CUARTA SESION

Lunes, 29 de septiembre de 1958, a las 15 h.

Presidente: Dr. CARLOS DÍAZ COLLER (México)

(Después) Dr. BICHAT RODRIGUES (Brasil)

El PRESIDENTE, habiendo quórum, declara abierta la sesión. Anuncia que va a continuar la discusión de la primera parte del tema 25, o sea, la propuesta de cambiar el nombre de la Organización, sobre la que se inició el debate en la tercera sesión.

Tema 25: Nombre de la Organización y títulos de sus altos funcionarios (conclusión)

El PRESIDENTE recuerda que al final de la sesión anterior se suscitó la cuestión de si podían intervenir en la discusión de este punto los representantes de los territorios y que el Representante de la Argentina pidió que se solicitase asesoramiento jurídico sobre este punto. El Presidente lee el dictamen de un asesor jurídico, concebido en estos términos:

Los proyectos de resolución que figuran en el Documento CSP15/7¹ hablan de enmienda a la Constitución y, en su preámbulo, hacen referencia al Artículo 25 de la Constitución, que es el relativo a enmiendas a la Constitución. Queda claramente establecido que estamos ante una materia constitucional.

Añade el Presidente que el Reglamento Interno del Consejo Directivo dice claramente que, tratándose de asuntos constitucionales, los representantes de territorios no deben votar. Por tanto, no podrán participar en la votación sobre el cambio de nombre de la Organización.

El Dr. PRÍNCIPE (Venezuela) dice que no sería

inoportuno recalcar que no se va a hacer cambio alguno en el nombre de la Oficina Sanitaria Panamericana, que es de más reciente formación.

El Dr. RODRIGUES (Brasil) señala la conveniencia de examinar más detenidamente el asunto y decidir si conviene introducir ahora cambios constitucionales o dejar que los estudie el Comité Ejecutivo o un comité especial debidamente asesorado por juristas. Propone que la Comisión se pronuncie sobre este punto.

El Dr. SOPER (Director, OSP) dice que interesa recordar la experiencia anterior en cuanto a este problema. Recuerda que en la XIII Conferencia, celebrada en 1950, no figuraba en el programa ningún tema que entrañara modificaciones de la Constitución, pero en la Conferencia misma se propusieron modificaciones y se nombró un Comité para estudiarlas. El Comité trabajó cuatro años, celebró más de 30 reuniones, y sometió sus recomendaciones a la XIV Conferencia, en la que no consiguieron la aprobación del Pleno. Los cambios que ahora se proponen a la XV Conferencia han sido sometidos a la consideración de los Gobiernos Miembros y al Comité Ejecutivo, y figuran en el programa de temas de la Conferencia. Estos cambios, propuestos por el Director, no implican reformas de fondo en la Organización, pues su finalidad es simplemente corregir defectos que afectan el funcionamiento administrativo de la Oficina. No corregir, por ejemplo, el título del Secretario General, tercer funcionario

¹Documento mimeografiado.

administrativo de la Oficina, sería someter a este funcionario a dificultades derivadas de la situación actual de este cargo. Respecto del uso práctico de la palabra "Sanitary" y "Health", recuerda que en los primeros diez años de este siglo la palabra "Sanitary" era comúnmente empleada. Por ejemplo, en 1908 se organizó la "Rockefeller Sanitary Commission", pero, unos años después, al crearse la Fundación Rockefeller, se estableció el "International Health Board".

El Dr. ALLARIA (Argentina) dice que examinando las actas de la XIV Conferencia y estudiando la Constitución, encuentra que el Artículo 25 de ésta fija que la Conferencia o el Consejo Directivo podrá aprobar y poner en vigencia, de acuerdo con las normas que determinen, las enmiendas a la Constitución. Entiende, por tanto, que de no aprobarse la propuesta del Representante del Brasil, sería preciso comenzar por establecer las normas con arreglo a las cuales se habrían de votar las propuestas de enmienda. Así se hizo en la Resolución XXXIX de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

El PRESIDENTE propone que se vote primero sobre la proposición del Representante del Brasil, por ser la más alejada del tema 25.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) opina que deben continuarse discutiendo las propuestas de enmienda a la Constitución y pregunta si hay alguna razón sólida para no cambiar el nombre de la Organización, dado que este cambio, aunque de poca cuantía en sí mismo, tiene importancia en relación con las operaciones de la Oficina Sanitaria Panamericana. Es cierto que un texto constitucional no debe ser objeto de constantes modificaciones, pero tampoco ha de ser rígido e inadaptable a los cambios que aconsejen las nuevas situaciones que se vayan produciendo.

El PRESIDENTE vuelve a sugerir que se ponga a votación la proposición del Representante del Brasil y pide a éste que la exponga en forma concreta. Resume el estado de la discusión hasta ese momento, y aclara que si se aprobara la proposición del citado Representante no habría necesidad de continuar discutiendo el tema 25 ni el 26.

El Dr. RODRIGUES (Brasil) precisa su propuesta en el sentido de que no se discutan proyectos de reforma constitucional por la Comisión II y que se recomiende al Pleno que encargue al Comité Ejecutivo el estudio de tales proyectos, de acuer-

do con lo propuesto ya por la Comisión designada para estudiar el Artículo 53 del Reglamento Interno de la Conferencia.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) señala que esta Comisión solo hizo recomendaciones respecto a un punto de la Constitución: el de elección del Director.

El Dr. RODRIGUES (Brasil) contesta que él tiene la impresión de que la Comisión, al hacer su recomendación, entendió que el Comité Ejecutivo debía efectuar un análisis completo del problema. A su modo de ver, la modificación de una sola palabra en la Constitución constituye una reforma constitucional.

El PRESIDENTE observa que ya el Comité Ejecutivo estudió estos proyectos de enmienda, y, por tanto, no se trata de una cuestión improvisada o que se esté considerando a la ligera. Estima, por lo tanto, que se debe poner a votación la proposición del Representante del Brasil.

Decisión: Por 3 votos a favor, 6 en contra, y 4 abstenciones, queda rechazada la propuesta del Representante del Brasil.

El PRESIDENTE pone a votación la propuesta de cambio del nombre de la Organización Sanitaria Panamericana.

Decisión: Por 6 votos a favor, uno en contra y 2 abstenciones, se acuerda proponer a la Conferencia el cambio de nombre de la Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud, e incluir esta decisión en el informe de la Comisión a la Conferencia.¹

El PRESIDENTE pone a discusión, acto seguido, la segunda parte del tema 25, sobre los títulos de los altos funcionarios de la OSP.

El Dr. SOPER (Director, OSP) llama la atención sobre el hecho de que en el texto que se propone sobre el Artículo 4-E hay un cambio relativo al título del Director, puesto que se señala que la Conferencia "elegirá al Director de la Organización Panamericana de la Salud", y precisa que éste será el "principal funcionario técnico y administrativo de la Organización y representante legal de la misma". La nueva redacción tiene en cuenta el cambio de nombre de la Organización Sanitaria Panamericana por el de Or-

¹Véase acta de la duodécima sesión plenaria, pág. 229.

ganización Panamericana de la Salud y confiere la representación de la misma al Director, al igual que sucede en la OMS.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) señala que en la sesión pasada se opuso inicialmente a que se efectuaran reformas a la Constitución, pero que al avanzar la discusión tanto él como el Representante de Cuba aceptaron la fórmula transaccional de aceptar el cambio de nombre de la Organización y someter las restantes propuestas de la Constitución al estudio de un comité especial. Ahora bien, estima que las restantes modificaciones son de mayor trascendencia y que, por lo tanto, deben ser sometidas al estudio del comité cuya formación se propuso.

El PRESIDENTE dice que habiendo sido rechazada la proposición del Representante del Brasil, la alternativa que se ofrece a los señores representantes es la de rechazar el cambio o aprobarlo.

El Dr. BISSOT (Panamá) hace notar que, a su entender, en la sesión pasada quedó manifiesto el interés especial de todos en mantener vivo el nombre de Oficina Sanitaria Panamericana, y pregunta si ahora, al darse al Director el título de Director de la Organización Panamericana de la Salud, ello no tendrá por consecuencia que vayan cayendo en olvido la Oficina y su nombre.

El Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia) indica que se opuso al cambio de nombre de la Oficina Sanitaria Panamericana porque es el reconocido en el Código Sanitario Panamericano y por el prestigio de que goza. Pero cree que si la Organización se llama Panamericana de la Salud, lógicamente los funcionarios de la misma deben llevar el mismo nombre, aunque teme, como el Representante de Panamá, que ello acarree el olvido gradual del nombre prestigioso de la Oficina.

El Dr. SOPER (Director, OSP) manifiesta, a título informativo, que el Código Sanitario Panamericano, que data de 1924, es un tratado ratificado por todos los países del Continente. En 1952 se introdujeron ciertas modificaciones al Código, ratificadas ya por la mayor parte de los países. Se ha insistido en conservar la denominación de la Oficina porque forma parte del Código, que es la base sobre la que se sustenta la Organización. Específicamente el Artículo LIV del Código precisa que "la organización, funciones y deberes de la Oficina Sanitaria Panamericana deberán incluir aquello que hasta ahora han dis-

puesto o determinado las varias conferencias sanitarias internacionales y otras conferencias de las Repúblicas Americanas y también las funciones y deberes administrativos adicionales que en lo sucesivo dispongan o prescriban las Conferencias Sanitarias Panamericanas". Subraya la frase "las funciones y deberes administrativos adicionales que en lo sucesivo dispongan o prescriban las Conferencias" diciendo que eso es lo importante, porque la Oficina Sanitaria Panamericana se basa en el Código y, asimismo, en las Conferencias, que tienen autoridad sobre la Oficina y su programa, conforme a dicho Código.

No se debe cambiar, por ello, el nombre de la Oficina, ni el de la Conferencia. Hace notar que el Comité Ejecutivo y el Consejo Directivo son órganos constitucionales y que respecto a ellos se puede proceder con relativa libertad, de acuerdo con los procedimientos establecidos para modificar la Constitución, documento que no ha pasado por el proceso de ratificación. En cambio, el Código no puede ser alterado sino con arreglo al procedimiento establecido y sujetando las reformas, en su caso, a la ratificación de los países.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) hace notar que las modificaciones propuestas están estrechamente ligadas entre sí y señala que cree que no afectarán la denominación de Oficina Sanitaria Panamericana que se desea respetar y que se halla en el Código Sanitario Panamericano.

El Dr. BISSOT (Panamá) comenta que no hay duda de que el nombre de la Oficina quedará en el Código; pero que, a todos los efectos prácticos, el nombre tan prestigiado en América y que miles de personas conocen, va a desaparecer, porque en adelante en todos los documentos y en la propaganda que se realice, se utilizará el de Organización Panamericana de la Salud.

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua) sostiene que en la práctica no existe problema, toda vez que el Director siempre puede seguir denominándose, además, Director de la Oficina.

El PRESIDENTE señala que es conveniente aceptar o rechazar globalmente los cinco puntos que encierran las reformas propuestas.

El Dr. ALLARIA (Argentina) declara que se siente alarmado porque interpreta las palabras del Presidente en el sentido de que está cambiado ya el nombre de la Organización y, de ser así, ello le obligaría a considerar que la Comisión ha pro-

puesto una enmienda a la Constitución sin atenderse a la necesidad, que él ha señalado al principio de la sesión, de fijar previamente las normas de votación para las propuestas de reforma constitucional.

El PRESIDENTE precisa que todos están de acuerdo en considerar que se trata sólo de una recomendación de la Comisión II y que el cambio de denominación de la Organización sólo se considera aprobado a los efectos de la discusión en el seno de la misma. La Comisión, declara, no puede cambiar nada en la Constitución; esto compete al pleno de la Conferencia.

El Dr. ALLARIA (Argentina) dice que solicitó a la Presidencia, al principio de la sesión, que tuviera en cuenta que, antes de pasar a tratar cualquier proyecto de enmienda a la Constitución, era indispensable contar con el instrumento legal para votar la aprobación del proyecto de enmienda. Indica que se trata de un proceso en tres etapas. El Director presenta un proyecto de enmienda, en cuanto a la denominación. Ese proyecto de enmienda debe ser votado mediante un instrumento, para ser aprobado, y de ser aprobado pasa, como recomendación, a la sesión plenaria. Lo que no se ha tratado en la Comisión es el segundo aspecto. ¿Con qué instrumentos, es decir, con qué reglas, se votó la aprobación del proyecto de enmienda presentado por el Director?, pregunta el Dr. Allaria.

Como antecedente jurídico señala que en la XIV Conferencia se preparó una resolución que expresaba la necesidad de la mayoría de los dos tercios de los países votantes para aprobar los proyectos de enmienda a la Constitución. Si la votación en el seno de la Comisión, hoy, hubiese sido por unanimidad, no por ello se anularía el razonamiento jurídico de que la votación no se efectuó mediante un instrumento legal. De modo que entiende que la Delegación de la Argentina está en condiciones de impugnar la votación realizada, porque no se aprobó, previa a la votación del proyecto de enmienda, un instrumento legal para aprobar el proyecto de referencia. Si este punto no quedara suficientemente aclarado, su Delegación, para mantener en estos aspectos la misma posición que ha venido manteniendo desde que fue honrada con la Presidencia de la Comisión designada para estudiar el Artículo 53 del Reglamento Interno, debería sostener, ante la sesión plenaria, la impugnación que formula.

Ruega al Presidente que, como moción de orden, revise la cuestión, porque entiende que la impugnación de la Delegación de la Argentina se basa en argumentos suficientes para ser considerada en esta oportunidad.

El PRESIDENTE llama la atención sobre el Artículo 25 de la Constitución que indica que la Conferencia o el Consejo Directivo podrá aprobar y poner en vigencia, de acuerdo con las normas que determine, enmiendas a la Constitución. El Representante de la Argentina se queja de que no se determinaron normas. La realidad es que el Pleno podrá hacerlo cuando trate de este asunto, pero no está obligado a ello, pues puede aplicar el Artículo 22 del Reglamento Interno, que establece la mayoría simple para las votaciones. Este es el criterio que ha seguido la Comisión.

El Dr. ALLARIA (Argentina) recuerda las palabras del Presidente en las que expresó que la Comisión es también la Conferencia. De modo que se siente un tanto extrañado porque ahora la Presidencia expresa una opinión distinta.

El Dr. SOPER (Director, OSP) informa que en la XIV Conferencia, las decisiones de la Comisión se adoptaron por mayoría simple, y sólo el Pleno estableció, para la XIV Conferencia, la norma de los dos tercios en lo referente a las enmiendas de la Constitución. En la página 423 del *Documento Oficial No. 14* se halla un ejemplo de una propuesta de enmienda a la Constitución aprobada por mayoría.

El Dr. ALLARIA (Argentina) lamenta estar en desacuerdo con el antecedente que cita el Director. Señala que la XIV Conferencia adoptó la Resolución XXXIX, que establece las normas para aceptar enmiendas a la Constitución. Insiste en que en la Comisión no se votó con un instrumento legal previo. Solicita que se consulte, como antecedente, el acta de la décima sesión plenaria de la XIV Conferencia. En dicha acta hay suficientes argumentos que prueban que todo proyecto de revisión de la Constitución debe tratarse con arreglo a un instrumento de votación, que en este caso no se ha establecido previamente, y señala que en la Comisión, hoy, se está discutiendo un proyecto de revisión de la Constitución.

El Dr. SOPER (Director, OSP), para esclarecer el punto planteado por el Representante de la Argentina, pregunta si la discusión a la que se ha referido el mismo no se desarrolló en la sesión

plenaria, mientras que la cita hecha por el propio Director, en su intervención anterior, tomó como ejemplo un caso de la Comisión II, en el cual la decisión se adoptó por simple mayoría.

El Dr. ALLARIA (Argentina) declara que lo señalado por el Director no anula su razonamiento, porque lo importante es que en la votación que impugna no se establecieron previamente las normas a las que debería sujetarse, fueran de la simple mayoría, de los dos tercios o cualquier otra.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) precisa que la discusión gira en torno a la interpretación del alcance de la frase "de acuerdo con las normas que determine" del Artículo 25 de la Constitución. Considera que la versión inglesa debe entenderse en el sentido de que faculta para que se puedan determinar estas normas, pero no dice que deban o tengan que establecerse forzosamente. A su juicio, debe aplicarse el Artículo 22 del Reglamento Interno de la Conferencia, que estipula que las decisiones se adoptarán por el voto afirmativo de la mayoría. La decisión de los dos tercios que figura en la Resolución XXXIX de la XIV Conferencia debía aplicarse únicamente a esa Conferencia.

El Dr. AGUILAR (El Salvador) pregunta si en otros casos se han establecido antes las normas a que alude el Representante de la Argentina.

El PRESIDENTE considera que es aplicable el Artículo 22 del Reglamento Interno, al que da lectura, y que previene que las resoluciones serán adoptadas por el voto afirmativo de la mayoría de los representantes.

El Dr. ALLARIA (Argentina) opina que se están afectando intereses jurídicos fundamentales y sugiere la suspensión de la sesión por unos minutos para esclarecer el problema mediante cambios de puntos de vista entre los representantes.

El PRESIDENTE pide al Representante de la Argentina que presente una proposición concreta.

El Dr. ALLARIA (Argentina), como moción de orden, solicita que se anule la votación anterior y que se vuelva a votar posteriormente.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) precisa de nuevo que el texto de la Constitución, en su Artículo 25, es suficientemente claro en inglés, y de acuerdo con el mismo, no es imperativo establecer reglas para aprobar decisiones.

El PRESIDENTE pregunta a la Secretaría qué dispone el Reglamento Interno respecto a la votación de una moción como la presentada.

El Sr. SIMPSON (Jefe, División de Administración, OSP) informa que a la Comisión, como parte de la Conferencia, se aplica el Reglamento Interno de ésta y que, de acuerdo con el Artículo 22 del mismo, las votaciones son por mayoría de votos afirmativos.

El PRESIDENTE somete a votación la moción del Representante de la Argentina.

Decisión: Por un voto a favor, 8 en contra y 4 abstenciones, queda rechazada la moción de nulidad presentada por el Representante de la Argentina.

El PRESIDENTE pone a votación las modificaciones a la Constitución propuestas en la Resolución XIV de la 34a Reunión del Comité Ejecutivo.¹

Decisión: Por 7 votos a favor, uno en contra y 4 abstenciones, se decide recomendar a la Conferencia que apruebe las enmiendas a la Constitución, referentes a los títulos de los altos funcionarios de la Oficina, sugeridas por la Resolución XIV de la 34a Reunión del Comité Ejecutivo.²

Tema 26: Modificaciones a los Artículos 12-C y 15 de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana

El Sr. SIMPSON (Jefe, División de Administración, OSP) presenta el Documento CSP15/13³ que tiene dos partes, una referente a la mesa directiva del Comité Ejecutivo y la otra al método de elaboración del presupuesto de la Organización. Ambos extremos fueron estudiados oportunamente por el Comité Ejecutivo.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) sugiere, refiriéndose al primer punto de dicho documento, que en el Artículo 15 de la Constitución no se mencione expresamente al Consejo Directivo al hablar de la elección de nuevos miembros del Comité Ejecutivo ya que, como en los años de Conferencia, es ésta la que los elige, la mención exclusiva de aquél podría prestarse a dudas sobre si también ésta queda comprendida. Con la eliminación de dicha referencia se evitaría toda confusión.

¹Véase Parte IV, págs. 407-408.

²Véase acta de la duodécima sesión plenaria, pág. 229.

³Documento mimeografiado.

Decisión: Por 8 votos a favor, ninguno en contra y una abstención, se decide proponer a la Conferencia que el Artículo 15 de la Constitución quede redactado en los siguientes términos: "El Comité Ejecutivo elegirá entre sus miembros un Presidente y un Vicepresidente, quienes permanecerán en funciones hasta que sean elegidos sus sucesores. Las elecciones se celebrarán cada año en la primera reunión del Comité Ejecutivo que siga a la elección de sus nuevos miembros".

El PRESIDENTE pone a discusión la segunda parte del tema 26, o sea, la modificación del Artículo 12-C de la Constitución.

El Sr. SIMPSON (Jefe, División de Administración, OSP) informa que si se aceptara la modificación propuesta, el Artículo 12-C de la Constitución, diría así:

Considerar y someter a la Conferencia o el Consejo, con las recomendaciones que estime convenientes, el proyecto de programa y presupuesto preparado por el Director.

El PRESIDENTE pregunta si hay alguna objeción a esta enmienda, y no habiéndola, la somete a votación.

Decisión: Por 9 votos a favor, ninguno en contra y una abstención se aprueba la modificación del Artículo 12-C de la Constitución recomendada por el Comité Ejecutivo en la Resolución XVII de su 34a Reunión, y se resuelve incluir esta decisión en el informe de la Comisión a la Conferencia.¹

El Sr. WILSON (Estados Unidos) llama la atención sobre el hecho de que el Documento CSP-15/13² señala unos cambios que deben introducirse en el Reglamento Financiero al aprobarse la enmienda del Artículo 12-C de la Constitución, y pregunta si tales cambios entrarían en vigor automáticamente de aprobarse por la Conferencia la modificación del Artículo 12-C o si deben ser sometidos a la consideración del Consejo Directivo.

El Sr. SIMPSON (Jefe, División de Administración, OSP) contesta que se podría solicitar a la Conferencia que aprobara los cambios en el Reglamento Financiero que sean necesarios para

armonizarlo con la modificación al Artículo 12-C, si ésta se acepta por el Pleno.

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua) entiende que lo que el Representante de Estados Unidos desea se le aclare es si los cambios en el Reglamento Financiero deben ser automáticos o si se espera que el Consejo vea si la modificación del Artículo 12-C surte algún efecto.

El Sr. SIMPSON (Jefe, División de Administración, OSP) informa que el párrafo 15.1 del Reglamento Financiero establece que los cambios en el Reglamento Financiero son efectivos al ser aprobados por el Consejo Directivo o por la Conferencia. De modo que, al aprobarse la modificación del Artículo 12-C, se podrían introducir los cambios correspondientes en el Reglamento Financiero y proponer que los apruebe la Conferencia.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) anuncia que su Delegación apoya los cambios propuestos en el Reglamento Financiero.

Decisión: Por 8 votos a favor, ninguno en contra y una abstención, se aprueban los cambios del Reglamento Financiero contenidos en el Documento CSP15/13, y se resuelve incluir esta decisión en el informe de la Comisión a la Conferencia.³

El Dr. Rodrigues (Brasil) pasa a ocupar la Presidencia.

Tema 33: Edificios e Instalaciones de la Sede y las Oficinas de Zona de la Oficina Sanitaria Panamericana

El Sr. SIMPSON (Jefe, División de Administración, OSP) presenta el Documento CSP15/15,⁴ en el que se expone la situación de las distintas Oficinas de Zona y de la sede en lo referente a locales e instalaciones.

El Dr. BURNEY (Estados Unidos) declara que su Gobierno se siente sumamente satisfecho y honrado por haber tenido en su territorio la sede de la Organización durante tantos años. Como administrador de salud pública, reconoce que el personal de una organización es esencial para su actividad, y expresa su aprecio por la eficiencia y competencia del personal de la OSP en los últimos años. Señala que, aparte de contar con per-

¹Véase acta de la duodécima sesión plenaria, págs. 240-241.

²Documento mimeografiado.

³Véase acta de la duodécima sesión plenaria, págs. 240-241.

⁴Documento mimeografiado.

sonal competente y bien adiestrado, toda organización necesita disponer de un edificio adecuado para su sede. Recuerda que el Gobierno de los Estados Unidos ofreció un solar para la sede en Bethesda, Maryland, pero tras un detenido estudio se llegó a la conclusión de que el sitio no era adecuado. El Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos está construyendo en ese lugar la Biblioteca Nacional de Medicina, pero conviene en que aquel solar se halla muy lejos del centro de la ciudad de Washington. El Dr. Burney tiene la satisfacción de informar que su Gobierno se complace en ofrecer otro solar para la sede de la Oficina. El Departamento de Estado, con la cooperación de otros Departamentos del Gobierno de los Estados Unidos, ha convenido en presentar al Congreso, en enero próximo, un proyecto de asignación de los fondos necesarios para adquirir ese solar en Washington, situado en un lugar céntrico de la ciudad, cerca de las embajadas extranjeras, de los hoteles y de instituciones públicas, y mejor situado que las oficinas del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. Cree que el referido solar es muy apropiado para el edificio de la sede y en un paraje digno del prestigio de la Organización. Declara que su Delegación apoya el proyecto de resolución sugerido por el Director para ser presentado por la Comisión II a la consideración de la Conferencia.

El Dr. SWELLENGREBEL (Reino de los Países Bajos) manifiesta que él tuvo ocasión de visitar la sede de la Oficina en Washington y que le impresionó profundamente lo inapropiado del edificio. Recuerda que desde hace muchos años se viene hablando de buscar una sede adecuada, de lo cual se complacía, pero ahora se complacerá más si este proyecto se convierte en realidad.

El Dr. DÍAZ COLLER (México) llama la atención sobre el hecho de que en el Documento CSP15/15 son frecuentes las expresiones que denotan urgencia en resolver el problema del edificio para la sede. Reconoce que este problema se ha agudizado, pero cree oportuno señalar que no conviene, en este momento, adoptar decisiones apresuradas. La resolución sugerida indica que el Subcomité Permanente de Edificios y Obras formule con el Director, inmediatamente, la selección del solar, el método de financiamiento, la contratación de servicios de arquitectos para trazar los planos y la construcción del edificio que será sede permanente de la Organización. Es decir, que se empie-

cen a llevar a cabo estos planes y que se informe sobre estos particulares a la próxima reunión de los cuerpos directivos de la Organización.

Está de acuerdo con lo dicho por el Representante del Reino de los Países Bajos, o sea, que de este problema se ha hablado durante muchos años; sin embargo, a pesar de las dificultades que ofrecen los edificios actuales, no considera del todo imposible que se pueda seguir trabajando en ellos por algún tiempo. No debe haber tanta prisa, dice, cuando existen tantos programas que requieren la atención de la Organización. Estaría conforme con que el Subcomité Permanente de Edificios y Obras colabore en la selección del solar cuando éste haya sido ofrecido en firme, lo que de todos modos no sería antes de enero, y una vez ofrecido el solar, el Consejo Directivo podría tomar una decisión. La Delegación de México no se opone a la idea de un nuevo edificio, pero sí se opone a la prisa con que se desea proceder.

El Dr. SÁNCHEZ VIGIL (Nicaragua) discrepa del Representante de México. Estima impostergable el atender al problema de establecer la sede adecuada de la Organización y de sus Oficinas de Zona. Opina que Washington es el punto apropiado para la sede, debido a que es un centro de actividad internacional y está cerca de numerosos centros científicos. Dice que ya se ha esperado demasiado, unos diez años, para resolver este problema. Señala que los planos que se hagan para el edificio no se pierden aunque se cambie de lugar. Apoya el proyecto de resolución y pide que se apruebe por unanimidad.

El Dr. LÓPEZ HERRARTE (Guatemala) señala que no ha entendido que el Representante de México se oponga a que la ciudad de Washington sea la sede de la Organización; a lo que se opone es a la premura que inspira la resolución. En esto último, sin embargo, no está de acuerdo con el Representante de México, porque podría temerse que si se acoge con tibieza la generosa oferta del Gobierno de los Estados Unidos, tal vez no se mantuviera. Apoya, por lo tanto, el proyecto de resolución propuesto.

El Dr. HURTADO (Cuba) declara que, desde el punto de vista jurídico, para él no hay duda de que la sede de la Organización se halla en los Estados Unidos, pues así lo decidió la XIII Conferencia. Observa que el proyecto de resolución

presentado por el Director no tiene el carácter alarmante que se le atribuye. Agradece en nombre de su Gobierno la oferta amplia y generosa del Gobierno de los Estados Unidos. Recuerda que ya anteriormente, dicho Gobierno hizo otra oferta que no pudo ser aceptada por la Organización. Ahora, generosamente, se reitera la oferta. Interpreta que se trata de darle a la Organización la oportunidad de adquirir un solar en un sector de reforma urbana de la ciudad de Washington. Pide al Dr. Burney le aclare si eso es lo que se ofrece ahora.

El Dr. BURNLEY (Estados Unidos), en respuesta al Representante de Cuba, declara que el Departamento de Estado y otros departamentos del Gobierno de los Estados Unidos han sido autorizados para proponer al Congreso de dicho país que conceda una asignación de fondos para adquirir un solar en un sitio adecuado y prestigioso, destinado a establecer en él la sede de la Oficina. La oferta de referencia, pues, es para la adquisición de un solar, que se entregaría a la Oficina sin costo alguno para ésta. Dice que por razones obvias, de carácter administrativo, no puede dar a conocer cuál es el solar. En vista de las inquietudes expresadas por el Representante de México, que el orador comprende perfectamente, sugiere un cambio en el proyecto de resolución, en el sentido de que se encomiende al Director que continúe negociando con el Gobierno de los Estados Unidos el asunto del solar y que investigue los problemas de financiamiento a fin de informar a la 37a Reunión del Comité Ejecutivo. Esto eliminaría el párrafo tercero de la parte dispositiva del proyecto.

El Dr. HURTADO (Cuba) expresa de nuevo su agradecimiento por la generosa oferta del Gobierno de los Estados Unidos. Cree que acaso se podría construir un edificio que se pagara con el producto de sus propios alquileres, y que además la Organización haría un beneficio neto al vender sus actuales propiedades en Washington. De modo que está en disposición de apoyar el proyecto de resolución.

El Dr. DÍAZ COLLER (México) propone que se elimine el tercer párrafo de la parte dispositiva del proyecto, que se deje el primer párrafo como está y que se enmiende el segundo párrafo para que se solicite del Director que continúe las negociaciones con el Gobierno de los Estados Uni-

dos, a fin de buscarle solución al problema de la sede, y que luego lleve el resultado a la consideración de la 37a Reunión del Comité Ejecutivo, en vez de limitarse a informar de él.

El Dr. BURNLEY (Estados Unidos) cree oportuno agregar a lo sugerido por el Dr. Díaz Coller una frase que incluya la preparación por el Director de sugerencias en cuanto al financiamiento del proyecto, sobre las que se informaría también a la 37a Reunión del Comité Ejecutivo.

El Dr. HURTADO (Cuba) señala que en el cambio propuesto por el Representante de México debe substituirse la fórmula "solicitar del Director" por la de "encomendar al Director". Además, a su juicio, conviene que el Subcomité Permanente de Edificios y Obras colabore con el Director en las negociaciones aludidas.

El Dr. SOPER (Director, OSP) recuerda que la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, en 1950, autorizó al Director y a un Subcomité para que diera los pasos necesarios con el fin de adquirir el edificio para la sede. En diciembre de 1951 se ofrecieron tres edificios contiguos y se propuso comprarlos. La Oficina no contaba con fondos para ello en aquel entonces y, sin embargo, el Director, con la autorización que tenía, y trabajando conjuntamente con el Subcomité de Edificios y Obras, logró comprar dos de esos edificios, y, además, consiguió un préstamo sin interés para efectuar el pago, sin necesidad de esperar a la reunión del Consejo Directivo. No cree que ahora se pueda presentar una situación que exija actuar con la misma rapidez. La proposición que se hace es con el objeto de obtener autorización de la Conferencia para que algún grupo, sea el Comité Ejecutivo o un subcomité de éste, vaya adoptando decisiones en cuestiones de detalle dentro del cuadro general que ha sido discutido.

Puntualiza que el Gobierno de los Estados Unidos se propone lograr del Congreso de su país una asignación de fondos para adquirir un solar determinado, que el Director conoce y que estima adecuado para las actividades de la Organización Sanitaria Panamericana y de la Organización Mundial de la Salud.

También quisiera el Director aclarar la cuestión del tiempo necesario para construir un edificio adecuado. Hay que recordar, en primer término, que la acción de los Gobiernos en estas decisiones internacionales lleva tiempo. Los dos edificios

que actualmente ocupa la Oficina fueron adquiridos a principios de 1951; hubo que hacer modificaciones en ellos, y al autorizarse los gastos correspondientes, se calculó que la Oficina ocuparía los referidos edificios por un período de diez

años; de esto hace ya más de siete años, de modo que cuando se pueda trasladar la Oficina a un nuevo edificio, se habrán cumplido los plazos previstos.

Se levanta la sesión a las 18 h. 40 m.

QUINTA SESION

Lunes, 29 de septiembre de 1958, a las 20 h. 30 m.

Presidente: Dr. BICHAT RODRIGUES (Brasil)

El PRESIDENTE, habiendo el quórum reglamentario, abre la sesión.

Tema 33: Edificios e Instalaciones de la Sede y las Oficinas de Zona de la Oficina Sanitaria Panamericana (conclusión)

El Sr. SIMPSON (Jefe, División de Administración, OSP) lee el proyecto de resolución en que se recogen las modificaciones sugeridas por el Representante de los Estados Unidos en la sesión anterior.

Decisión: Por 11 votos a favor, ninguno en contra y una abstención se acuerda recomendar a la Conferencia que tome nota de las decisiones adoptadas por el Director respecto a la instalación de las oficinas de zona y encomiende al Director que continúe las negociaciones con el Gobierno de los Estados Unidos para solucionar la cuestión del solar para el edificio de la sede, que estudie sugerencias respecto al financiamiento y los planos del edificio y que informe de todo ello a la 37a Reunión del Comité Ejecutivo.¹

Tema 37: Proyecto de procedimiento para la postulación y elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (conclusión)

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) explica que la Delegación de Costa Rica ha presentado un proyecto de resolución sobre este asunto, con motivo de la prolongada discusión sobre el Artículo 53 del Reglamento Interno de la Conferencia. Recuerda que cuando en reuniones anteriores se trató del procedimiento de postulación y elección del Director, los cuerpos directivos estimaron que

tal asunto era de la competencia de la Conferencia. Por consiguiente, la Delegación de Costa Rica ha creído oportuno presentar ahora el citado proyecto de resolución, redactado en los siguientes términos:

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Considerando que ni en la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana ni en los reglamentos vigentes se fija un procedimiento detallado y claro para la elección del Director ni se indica la forma y duración de su contrato;

Teniendo en cuenta que los Gobiernos Miembros han encontrado dificultades de interpretación al consultar la Constitución y los reglamentos;

Considerando que durante las elecciones del Director en las Conferencias anteriores y en la XV Conferencia se ha puesto de manifiesto la necesidad de aclarar los textos constitucionales y reglamentarios; y

Considerando que debe adoptarse un método de selección y postulación de candidatos con suficiente antelación a la celebración de la Conferencia,

RESUELVE:

Encomendar al Comité Ejecutivo la creación de un grupo de trabajo que efectúe un estudio de los problemas legales y de procedimiento inherentes a la selección y elección del Director de la Oficina, y, previa consulta con los Gobiernos Miembros, lo presente al Consejo Directivo para su aprobación y adopción definitiva.

Añade el Dr. Vargas Méndez que, a su juicio, una reglamentación que incluyera algunas de las disposiciones de la Organización Mundial de la Salud al respecto, además de otros puntos que el Comité Ejecutivo estimare necesarios, no requeriría modificación constitucional alguna.

El Dr. PRÍNCIPE (Venezuela) sugiere que, en la parte dispositiva, se use la palabra "postulación" en vez de "selección".

¹Véase acta de la duodécima sesión plenaria, pág. 243.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) acepta la enmienda del Representante de Venezuela.

El Dr. ALLARIA (Argentina) sugiere que en la parte expositiva del proyecto de resolución del Representante de Costa Rica se haga referencia a las recomendaciones formuladas por la Comisión designada para el estudio del Artículo 53 del Reglamento Interno de la Conferencia.

El Dr. HURTADO (Cuba) manifiesta que, en principio, respaldará este proyecto de resolución, así como la sugestión del Representante de la Argentina. Advierte, sin embargo, que no se deben usar las palabras "selección" ni "postulación" porque se trata de una elección y no existe el procedimiento de la postulación previa, sino el de la libre elección por la Conferencia. Una postulación o selección supondría, dice, fijar los requisitos o condiciones que debe reunir el candidato, es decir, hacer lo que se pide que haga el grupo de trabajo del Comité Ejecutivo cuya creación se propone, grupo que habría de contar con el debido asesoramiento jurídico.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) acepta las sugerencias de los Representantes de la Argentina y Cuba.

El Dr. ALLARIA (Argentina) pregunta si el empleo de la palabra "definitiva" en la última frase del proyecto de resolución no impediría que la próxima Conferencia pudiera introducir enmiendas, si así lo desea, al acuerdo que pueda adoptar el Consejo Directivo.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) explica que el propósito de su proyecto de resolución es precisamente evitar que la XVI Conferencia se encuentre con dificultades respecto al procedimiento de elección del Director.

El Dr. AGUILAR (El Salvador) sugiere que para solucionar el problema se elimine del texto la palabra "definitiva."

El Dr. HURTADO (Cuba) manifiesta que se trata del procedimiento para la elección del Director, que tiene lugar en el seno de la Conferencia. Por consiguiente, este procedimiento debe establecerse, a más tardar, por la reunión del Consejo Directivo que preceda a la próxima Conferencia. Recuerda que la XII Conferencia, celebrada en Caracas, fijó las bases de la Organización Sanitaria Panamericana y dio al Consejo Directivo la facultad de redactar y promulgar la Constitución.

Igual puede hacer ahora la Conferencia con el tema que se discute. Lo que no debería hacerse es que la misma Conferencia que elija al Director, establezca el procedimiento de elección, pues ello sería contrario a la ética.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) dice que apoya los propósitos que persigue el proyecto de resolución, los cuales son similares a los que persigue el cuarto párrafo del informe de la Comisión designada para el estudio del Artículo 53 del Reglamento Interno. Agrega que su interpretación de dicho párrafo es que en él está implícito que ha de haber cambios en la Constitución. No sabe qué efecto puede surtir la referencia al informe mencionado, propuesta por el Representante de la Argentina. Le parece que la XV Conferencia podría resolver mejor la cuestión si se reunieran en una sola resolución el proyecto del Representante de Costa Rica y las recomendaciones del informe de la citada Comisión. Opina que no es necesario hacer referencia, en la parte expositiva, a anteriores Conferencias ni a la actual. La actual Conferencia no ha elegido aún al Director, y no le parece justificado afirmar que la necesidad de aclarar los textos ha surgido precisamente en relación con la elección de Director en esta Conferencia. Sugiere que se omita el tercer párrafo del preámbulo del proyecto de resolución, ya que, de todos modos, el segundo párrafo expresa lo mismo, al decir que los Gobiernos Miembros han encontrado dificultades de interpretación al consultar la Constitución y los reglamentos.

En cuanto al cuarto párrafo del preámbulo, duda que, antes del estudio de los problemas legales envueltos en el procedimiento, se debe afirmar que hay necesidad de adoptar un procedimiento para la selección o postulación del Director. Esto, a su entender, sería juzgar por adelantado el asunto que se pide sea estudiado por un grupo de trabajo del Comité Ejecutivo. Bastaría, dice, con que el párrafo cuarto indicara simplemente que se debe preparar un procedimiento para la elección del Director con antelación a la celebración de la Conferencia. Este es precisamente el punto que planteó el Representante de la Argentina sobre el empleo de la palabra "definitiva" en la resolución. Observa que la Constitución dispone en su Artículo 7-F que la Conferencia debe adoptar sus propias reglas de procedimiento; de modo que no existe la posibili-

dad de que se pueda dar una aprobación final al procedimiento de elección del Director en ocasión anterior a la Conferencia. En resumen, sugiere que el procedimiento propuesto por el grupo de trabajo del Comité Ejecutivo se someta al Consejo Directivo para que éste lo considere, con lo que la Conferencia próxima tendría un texto ya aceptado por los representantes de los 21 Gobiernos.

El Dr. HURTADO (Cuba) no cree que se deba decir que el problema surgió en las "Conferencias anteriores", ya que donde verdaderamente ha surgido es en la actual. Propone, además, que en la parte dispositiva se indique que el estudio propuesto se presente a la XIII Reunión del Consejo Directivo, que precederá a la XVI Conferencia.

El Dr. JAVIER (Honduras) manifiesta que estima peligroso el empleo de la frase "previa consulta con los Gobiernos Miembros", ya que con ello se pueden producir demoras.

El Sr. WILSON (Estados Unidos) declara que no se opone al proyecto del Representante de Costa Rica. Lo que desea es que se llegue a un acuerdo para preparar una resolución eficaz.

El Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia) sugiere que se suspenda la sesión por unos momentos para redactar el texto enmendado del proyecto de resolución.

Así se acuerda.

Se suspende la sesión a las 22 h. y se reanuda a las 22 h. 15 m.

Al reanudarse la sesión, el Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) anuncia que, junto con los Representantes de Colombia, Venezuela y Estados Unidos ha preparado un nuevo texto, al que da lectura, en el que se han incorporado las diversas modificaciones propuestas en el curso del debate.

El PRESIDENTE somete a votación el texto revisado del proyecto de resolución.

Decisión: Por 15 votos a favor, ninguno en contra y una abstención, se decide recomendar a la Conferencia que encomiende al Comité Ejecutivo la creación de un grupo de trabajo que, con asesoramiento jurídico, efectúe un estudio de los problemas inherentes a la elección del Director y, previa consulta con los Gobiernos Miembros, presente un proyecto a la XIII Reunión del Consejo Directivo, para adoptar un

procedimiento específico que rijan la elección del Director.¹

Tema 17: Proyecto de nuevas condiciones de empleo²

El Sr. SIMPSON (Jefe, División de Administración, OSP) presenta el Documento CSP15/12 relativo a este tema dividido en dos partes: la primera relativa a la revisión de sueldos, subsidios y prestaciones que se somete a la Conferencia a solicitud del Director General de la Organización Mundial de la Salud, y la segunda concerniente a los principios para nuevas condiciones de empleo, que se presenta como consecuencia de la decisión adoptada por el Comité Ejecutivo en su 34a Reunión. Se indica en el citado documento que la Décima Asamblea Mundial de la Salud pidió al Consejo Ejecutivo de la OMS que se pusiera de acuerdo con el Consejo Directivo de la OSPA en cuanto a la adopción de medidas adecuadas sobre los sueldos y subsidios del personal, adaptadas a las necesidades de las organizaciones sanitarias internacionales y que presentara las recomendaciones que estimase oportunas a la Asamblea Mundial de la Salud.

La 21a Reunión del Consejo Ejecutivo pidió al Director General que invitara a todos los Comités Regionales a expresar sus opiniones sobre este asunto, para que el Consejo Ejecutivo pueda examinarlas cuando vuelva a estudiar el asunto en su 23a Reunión. La X Reunión del Consejo Directivo estudió la cuestión de las condiciones de empleo y transmitió al Comité Ejecutivo, para nuevo estudio, un documento presentado por el Director sobre los principios básicos para el establecimiento de nuevas condiciones de empleo. Al propio tiempo, rechazó una propuesta de supresión de los subsidios familiares adicionales no computables a efectos de pensión, que había sido formulada por el Director. El Sr. Simpson señala que la parte segunda del Documento CSP15/12 es similar al informe presentado a la X Reunión del Consejo Directivo sobre este mismo tema. Llama la atención sobre el problema de los sueldos, declarando que el aspecto más importante del documento es el referente a él. Afirma que los sueldos de los organismos sanitarios internacionales ya no son apropiados para la contratación de especialistas profesionales y técnicos de destacada compe-

¹Véase acta de la duodécima sesión plenaria, págs. 243-244.

²Véase Parte V, Anexo 10, págs. 546-553.

tencia por lo que es preciso introducir con urgencia aumentos substanciales.

El Dr. DÍAZ COLLER (México) manifiesta que contribuye a la dificultad de contratación de personal el hecho de que los sueldos no sean atractivos en comparación con los que se ofrecen en otros organismos internacionales, y subraya la necesidad de que se mejoren las condiciones actuales de empleo. Llama especialmente la atención sobre la parte segunda del informe, en lo relativo a los subsidios por familiares a cargo, y considera que no deberían eliminarse. Señala que en la actualidad hay en la Oficina vacantes por cubrir y no se consigue personal adecuado para cubrirlos. Cree que ello se debe en buena parte a que las condiciones de empleo no son adecuadas.

El Sr. SOMMER (Estados Unidos) pide que en el documento en discusión se suprima el segundo párrafo del capítulo relativo a "Remuneración", en el que se hace referencia a los sueldos que paga la ICA. Estima que no es necesario comparar los salarios de la OSP con los que paga un organismo del Gobierno de los Estados Unidos, como una razón para justificar el aumento de la escala de sueldos, pues la Organización puede demostrar por otros medios que la escala actual es inadecuada.

Se refiere al punto relativo a los subsidios por familiares a cargo. Explica que, en la X Reunión del Consejo Directivo, el Representante de Estados Unidos apoyó la proposición para no incluir la propuesta encaminada a eliminarlos. Cree finalmente que procedería recomendar a la OMS la eliminación de los ajustes de reducción.

El Ing. OLIVERO (Guatemala) se refiere al punto relativo a los subsidios por familiares a cargo. Recuerda que el Consejo Directivo acordó que no debía incluirse en la lista de principios básicos sobre este tema la propuesta del Director para suprimirlos. El Representante de Guatemala propuso entonces, como miembro del Comité Ejecutivo, que tales subsidios no se suprimieran y reitera su punto de vista de que se mantengan.

El PRESIDENTE ruega a la Secretaría que dé lectura al proyecto de resolución.

El Sr. SIMPSON (Jefe, División de Administración, OSP) señala que, a su parecer, el proyecto de resolución sobre este tema abarca la mayoría de los puntos discutidos, y dice que el Director

ha incluido de nuevo sus puntos de vista sobre los subsidios por familiares a cargo para la decisión final de la Conferencia, ya sea en acuerdo con lo resuelto por la X Reunión del Consejo Directivo, que suprimió este punto, o en acuerdo con lo que el Director opina. Con referencia al comentario sobre la comparación con los sueldos pagados por la ICA, el Sr. Simpson declara que considera que esta comparación es legítima, porque la ICA compite con la OSP/OMS para la contratación de ciudadanos de los Estados Unidos para trabajar en las Américas. Además los Estados Unidos constituyen uno de los más importantes puntos de contratación de personal para la Oficina, pues cuenta con el mayor número de personal adiestrado para los servicios de salud pública. Sin embargo, dice, el Director no insiste en mantener el párrafo en cuestión.

El Sr. Simpson, entonces, da lectura a un proyecto de resolución sobre este tema, en el que se recomienda a la Conferencia:

1) que apruebe la declaración de principios básicos contenida en el Documento CSP15/12, con excepción de lo referente a los subsidios por familiares a cargo que fue excluido por el Consejo Directivo en su X Reunión, como guía, en lo general, para el desarrollo de un mejor sistema de administración del personal de la Oficina Sanitaria Panamericana y que recomiende la adopción de estos principios a la Organización Mundial de la Salud;

2) que recomiende que la Organización Mundial de la Salud adopte una política de no aplicación de los ajustes de reducción, igual a la aplicada por la Oficina Sanitaria Panamericana y confirmada por el voto unánime del Consejo Directivo;

3) que recomiende la adopción de prontas medidas para el aumento de los sueldos del personal profesional de la Organización Mundial de la Salud y de la Oficina Sanitaria Panamericana, con el fin de atraer a su servicio a los trabajadores de salud pública más capacitados;

4) que recomiende que la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana establezcan métodos que faciliten la rotación del personal profesional;

5) que autorice al Comité Ejecutivo para negociar con el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud la aplicación de dichos principios mediante la adopción de un Estatuto y Reglamento del Personal revisados, que estén basados en aquéllos; y

6) que recomiende que la Organización Mundial de la Salud invoque, si fuere necesario, el Artículo 3.2 del Estatuto del Personal, que permite separarse de la escala de sueldos y subsidios de las Naciones Unidas, si las necesidades de la Organización Mundial de la Salud obligaran a ello.

El Dr. VARGAS MÉNDEZ (Costa Rica) quiere

saber si el Subdirector General de la OMS, que asiste a la sesión, tiene algún comentario que hacer.

El Sr. SIEGEL (Subdirector General, OMS) lamenta que, por lo avanzado de la hora, no sea posible discutir con mayor detalle este importante tema. Sin embargo, como se han solicitado sus observaciones, procurará ser tan breve como pueda en las presentes circunstancias. Desea señalar que ésta es la ocasión más oportuna para que la Región de las Américas exprese sus puntos de vista sobre el estudio que el Consejo Ejecutivo ha pedido al Director General que prepare, para examinarlo en su 23a Reunión en enero de 1959. Cree que el documento presentado, aunque se refiera a cierto número de principios, que ya han sido aprobados, contiene una serie de explicaciones que, en su opinión, no podrían considerarse como justificación de tales principios. Se refiere a las actas y a la resolución de la 34a Reunión del Comité Ejecutivo sobre este punto y a la declaración del Representante de México, Dr. Díaz Coller, quien dijo que ya que el Comité Ejecutivo había rechazado la propuesta sobre supresión de los subsidios por familiares a cargo, la resolución que se iba a aprobar debía referirse a los principios como una guía en lo general. Señala también la observación formulada por el Representante de los Estados Unidos y sugiere que, en vista de que el proyecto de resolución se refiere a la aprobación de los principios como una guía en lo general, se puede dar por entendido que las explicaciones detalladas contenidas en el documento no describen forzosamente los principios puestos a debate que han de usarse como guía en lo general.

Cree que la Comisión puede tener interés en saber que, en lo referente a pensiones, el Comité de Expertos nombrado para estudiar esta cuestión ha recomendado que, por la complejidad del tema, se necesita seguir estudiándolo. Puede preverse que transcurrirán otros dos años antes de que se puedan mejorar las disposiciones sobre pensiones.

Con referencia a la recomendación acerca de los ajustes de reducción, informa que este asunto se discutió en detalle hace un año en la reunión de este grupo, y luego en la 34a Reunión del Comité Ejecutivo. Expresa su seguridad de que el Consejo Ejecutivo de la OMS acogerá con interés las recomendaciones respecto a este punto, pero debe señalar que existen problemas impor-

tantes que habrá que tomar en cuenta, entre ellos en particular el hecho de que en el Programa Ampliado de Asistencia Técnica se aplican los ajustes de reducción por decisión de la Junta de Asistencia Técnica. Considera, sin embargo, que debe hacerse todo lo posible para mantener un sistema común dentro de las organizaciones sanitarias internacionales, independientemente de las fuentes de donde procedan los fondos empleados para pagar los sueldos y subsidios del personal.

Otro problema relativo a los ajustes de reducción es el que se suscita cuando un país devalúa su moneda y puede argüirse que ello puede exigir que se hagan ciertos ajustes, al menos por un breve período, en los sueldos del personal.

Termina señalando que, de no ser por lo avanzado de la hora, habría aceptado con agrado la ocasión de estudiar en detalle algunos otros aspectos de este tema. Sin embargo, el texto del proyecto de resolución que ha sido propuesto parece apropiado, tal como lo entiende, para dar al Consejo Ejecutivo de la OMS la información relativa a la posición de la Región de las Américas sobre este importante tema.

El Sr. SOMMER (Estados Unidos) manifiesta que la supresión del párrafo segundo del capítulo relativo a "Remuneración" antes sugerida, haría aceptable el documento para el Gobierno de los Estados Unidos. Agrega que si se entiende que la guía que constituyen los principios contenidos en el Documento CSP15/12 es de carácter general y no para fines específicos, no hay objeción a que se mantenga el mencionado párrafo en el informe. Preferiría, de todas suertes, la supresión del párrafo.

El PRESIDENTE somete a votación la supresión del citado párrafo.

Decisión: Por unanimidad se decide suprimir el párrafo segundo del capítulo relativo a "Remuneración", en la parte II del Documento CSP15/12.

Seguidamente el PRESIDENTE somete a votación el proyecto de resolución presentado sobre el tema en discusión.

Decisión: Por unanimidad se acuerda recomendar a la Conferencia, la aprobación del proyecto de resolución antes mencionado.¹

¹Véase acta de la duodécima sesión plenaria, págs. 244-245.

Reuniones de los cuerpos directivos de la Organización Sanitaria Panamericana

El PRESIDENTE señala que el proyecto de resolución sobre las reuniones de los cuerpos directivos, presentado por las Delegaciones de Nicaragua, México, Costa Rica, Estados Unidos, Guatemala, Panamá y Argentina, autoriza dos reuniones del Comité Ejecutivo por año y encomienda al Director que proyecte las reuniones del Consejo Directivo de forma que en las mismas se emplee el menor tiempo posible.

El Ing. OLIVERO (Guatemala) propone que se dé una nueva redacción a la parte dispositiva, para que el texto sea más claro y se ajuste a los preceptos constitucionales.

El Dr. DÍAZ COLLER (México) y el Sr. SOMMER (Estados Unidos) se muestran de acuerdo, sugiriendo, a su vez, que en lugar de emplear la frase "autorizar dos reuniones ordinarias del Comité Ejecutivo" se encomiende al Director la convocatoria de dos reuniones del Comité al año, sin fijar fecha para las mismas en la resolución.

El Dr. GONZÁLEZ (Subdirector, OSP) señala que en la resolución que se propone se podrían incluir también las reuniones de las Conferencias, porque la experiencia ha demostrado que si se pudieran suprimir las Comisiones, por ejemplo, la Oficina se ahorraría de \$25.000 a \$30.000 y el Gobierno del país sede de la Conferencia una suma igual. Acortar la duración de las Conferencias significaría también un considerable ahorro.

El Sr. PARADA (Chile) se muestra de acuerdo con esta sugerencia y con las enmiendas propuestas anteriormente.

El Dr. DÍAZ COLLER (México) da lectura al texto enmendado.

Decisión: Por unanimidad se acuerda recomendar a la Conferencia que encomiende al Director la convocatoria de dos reuniones del Comité Ejecutivo por año y que proyecte las reuniones del Consejo Directivo y de la Conferencia de forma que en las mismas se emplee el menor tiempo posible.

Se levanta la sesión a las 23 h. 50 m.

SEXTA SESION

Martes, 30 de septiembre de 1958, a las 17 h. 30 m.

Presidente: Dr. CARLOS DÍAZ COLLER (México)

El PRESIDENTE, habiendo el quórum reglamentario, declara abierta la sesión.

Segundo Informe del Relator

El Dr. BISSOT (Panamá), en su calidad de Relator de la Comisión II, da lectura al texto del segundo informe de la Comisión a la Conferencia, en el que figuran los proyectos de resolución preparados de acuerdo con las decisiones de la Comisión II sobre los temas 25 (Nombre de la Organización y títulos de sus altos funcionarios); 26 (Modificaciones a los Artículos 12-C y 15 de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana); 33 (Edificios e instalaciones para la sede y las Oficinas de Zona de la Oficina Sanitaria Panamericana); 37 (Proyecto de procedimiento para la postulación y elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana); y 17

(Proyecto de nuevas condiciones de empleo). El informe contiene asimismo el proyecto de resolución presentado por las Delegaciones de Nicaragua, México, Costa Rica, Estados Unidos, Guatemala, Panamá y Argentina, sobre las reuniones de los cuerpos directivos.

El Dr. PATIÑO CAMARGO (Colombia) y el Dr. ALLARIA (Argentina) anuncian que se abstendrán de votar en cuanto a los proyectos de resolución relativos a reformas constitucionales, y piden que conste así en acta.

El PRESIDENTE somete a votación la parte del informe que contiene los dos proyectos de resolución relativos al tema 25 y los dos referentes al tema 26.

Decisión: Por 11 votos a favor, ninguno en contra y 2 abstenciones, se aprueba la parte del

segundo informe del Relator que contiene los cuatro proyectos de resolución sobre los temas 25 y 26.

El PRESIDENTE somete a votación la parte del informe del Relator correspondiente a los temas 33, 37 y 17.

Decisión: Por unanimidad se aprueba la parte del segundo informe del Relator que contiene los proyectos de resolución sobre los temas 33, 37 y 17.

El Dr. HURTADO (Cuba) propone que se modifique el texto de la parte dispositiva del proyecto de resolución sobre las reuniones de los cuerpos directivos, a fin de que no se limite el número de reuniones anuales del Comité Ejecutivo.

Después de un breve debate, el PRESIDENTE da

lectura a un nuevo texto preparado, que dice así: "Instruir al Director para que al convocar a la Conferencia, al Consejo Directivo y al Comité Ejecutivo proyecte sus reuniones de manera que se realicen con el menor número de sesiones, en el más breve tiempo y con la mayor economía posibles, dentro de límites compatibles con los requerimientos de sus respectivos programas de temas".

Decisión: Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución sobre las reuniones de los cuerpos directivos con la nueva redacción propuesta para la parte dispositiva del mismo.¹

Se levanta la sesión a las 18 h.

¹Véase acta de la duodécima sesión plenaria, pág. 245.

PARTE IV

ACTIVIDADES DEL COMITE EJECUTIVO

INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DEL COMITE EJECUTIVO¹

Presentado por el Ing. Humberto Olivero (Guatemala), Presidente de las 33a, 34a y 35a Reuniones del Comité Ejecutivo

En cumplimiento del Art. 8-C de la Constitución, tengo el honor de informar a la Conferencia Sanitaria Panamericana sobre las actividades desarrolladas por el Comité Ejecutivo, en el período comprendido entre septiembre de 1957 y septiembre de 1958, en que celebró sus 33a, 34a y 35a Reuniones.

La 33a Reunión tuvo lugar en Washington el 26 de septiembre de 1957, y en ella tomaron posesión de sus cargos el Dr. Carlos Díaz Coller, Representante del Gobierno de México y el Dr. Daniel Orellana, Representante del Gobierno de Venezuela, por haber elegido el Consejo Directivo a dichos países para formar parte del Comité. Asistieron además los siguientes representantes: Dr. Mario V. Guzmán Galarza (Bolivia), Dr. Félix Hurtado (Cuba), Ing. Humberto Olivero y Dr. Orlando Aguilar (Guatemala) y Dr. Manuel A. Sánchez Vigil (Nicaragua). El Representante del Perú, miembro del Comité, no participó en esta reunión. Concurrieron a ella, en calidad de observadores, el Dr. Luis Patiño Camargo (Colombia), Dr. Alberto Aguilar Rivas (El Salvador), Sr. Howard B. Calderwood (Estados Unidos de América), Dr. Paul V. Ollé (Francia), Dr. Alberto Bissot, Jr. (Panamá), Dr. N. H. Swellengrebel (Reino de los Países Bajos), y Sir Joseph Harkness (Reino Unido).

En la 33a Reunión tuve el honor de ser elegido Presidente del Comité para el período cubierto por este informe. La elección de Vice-presidente recayó en favor del Representante de Nicaragua, Dr. Manuel A. Sánchez Vigil.

A la 34a Reunión, celebrada también en Washington, del 15 al 20 de mayo de 1958, asistieron los siguientes representantes: Dr. Jorge Doria Medina (Bolivia), Dr. Félix Hurtado (Cuba), Ing. Humberto Olivero (Guatemala), Dr. Carlos Díaz Coller (México), Dr. Manuel A. Sánchez Vigil (Nicaragua), Dr. Jorge Estrella Ruiz (Perú) y Dr. Alejandro Príncipe (Venezuela). El Sr. Howard B. Calderwood, Dr. Arthur S. Os-

borne, Sr. Charles Sommer, Sr. Simon N. Wilson (Estados Unidos) y Sr. G. van Vloten (Reino de los Países Bajos) asistieron a la reunión en calidad de observadores.

La 35a Reunión se efectuó en San Juan, Puerto Rico, los días 17 y 18 de septiembre de 1958 y asistieron a ella los siguientes representantes: Dr. Félix Hurtado (Cuba), Ing. Humberto Olivero (Guatemala), Dr. Carlos Díaz Coller (México), Dr. Manuel A. Sánchez Vigil (Nicaragua) y Dr. Daniel Orellana y Dr. Alejandro Príncipe (Venezuela). No participaron en la Reunión los Representantes de Bolivia y Perú. El Sr. Charles Sommer y el Sr. Simon N. Wilson (Estados Unidos), el Dr. Paul V. Ollé (Francia), el Dr. Alberto Bissot (Panamá), el Dr. N. H. Swellengrebel y el Dr. Edwin van der Kuyp (Reino de los Países Bajos), y el Dr. Horace P. S. Gillette y el Dr. F. R. S. Kellett (Reino Unido) asistieron como observadores.

En la 33a Reunión actuó de Secretario el Dr. Myron E. Wegman, Secretario General de la Oficina Sanitaria Panamericana, y en las 34a y 35a Reuniones las funciones de secretaría correspondieron al Dr. Fred L. Soper, Director de la Oficina, en virtud de la modificación que en la 34a Reunión se introdujo en el Artículo 6 del Reglamento Interno del Comité.

A las 33a y 34a Reuniones asistieron funcionarios de la Organización Mundial de la Salud. A la 34a Reunión concurrió, además, el Dr. M. G. Candau, Director General de la OMS. También asistió a la 34a Reunión el Sr. O. H. Salzman, Jr., en representación de la OEA.

En las tres reuniones que he tenido el honor de presidir, se han estudiado asuntos de suma importancia para la Organización tanto en lo que respecta al contenido y orientaciones de su programa, dentro de las pautas señaladas por el Consejo Directivo, como a la adopción de métodos de trabajo, que permitan obtener la máxima eficacia en el desarrollo de las actividades. Todos los miembros del Comité aportaron constantemente una cooperación valiosa para el estudio de las cuestiones suscitadas durante el año.

¹Documento CSP15/28. Los informes finales de las 33a, 34a, 35a y 36a Reuniones del Comité Ejecutivo aparecen a continuación del presente informe.

Los principales temas examinados por el Comité fueron los siguientes:

Proyecto de Programa y Presupuesto para 1959

De acuerdo con el párrafo C del Artículo 12 de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, corresponde al Comité Ejecutivo preparar, con la cooperación del Director, un proyecto de presupuesto. Es ésta, sin duda, la más importante de las funciones que ha de desempeñar el Comité y requiere un estudio tanto de las necesidades sanitarias de este Hemisferio, como de las posibilidades económicas y técnicas para hacerles frente.

El Comité acordó recomendar a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, para 1959, un presupuesto para la OSPA por \$3.300.000, que representa un aumento de \$300.000 sobre el del año anterior.

Teniendo en cuenta el aumento que sufren los costos como resultado de la pérdida de poder adquisitivo de la moneda, se acordó recomendar a la Conferencia que estudie la posibilidad de introducir un nuevo incremento en dicho presupuesto en una proporción que compense tal pérdida; y, por otra parte, con el fin de que la Conferencia tenga a su disposición los antecedentes necesarios, se decidió presentarle el *Documento Oficial No. 21*, a título informativo.

La discusión del presupuesto dió lugar a una propuesta de enmienda constitucional a la que se hace referencia más adelante en este informe.

Proyecto de Programa y Presupuesto de la OMS, para la Región de las Américas, correspondiente a 1960

En su 35a Reunión, el Comité Ejecutivo examinó el proyecto de programa y presupuesto de la OMS para la Región de las Américas, correspondiente a 1960, que asciende a un total de \$1.687.400, sin incluir la suma de \$33.410, costo estimado de las reuniones de la Organización. Del total del presupuesto, \$1.223.000 corresponden a actividades de campo. El Comité aprobó el citado proyecto para su transmisión a la XV Conferencia, proponiendo a ésta que apruebe su transmisión al Director General de la OMS, a fin de que lo pueda tomar en cuenta en la preparación del presupuesto de dicha organización para 1960.

Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la OSPA para 1960

En la misma reunión, el Comité aprobó el anteproyecto que servirá de base para la preparación del proyecto de programa y presupuesto de la OSPA correspondiente a 1960, y que se habrá de someter a consideración de la 37a Reunión del Comité Ejecutivo y de la XI Reunión del Consejo Directivo, en 1959, para su aprobación definitiva. En el anteproyecto se propone un presupuesto por la suma de \$4.100.000 y el Comité decidió proponer a la Conferencia que tome nota del mismo.

Forma de presentación del presupuesto

El Comité examinó, en su 34a Reunión, la propuesta que formuló el Director para modificar la forma de presentación de algunas de las partidas de gastos enumerados en todos los programas que figuran en el Título III del presupuesto, así como los títulos de las dos primeras columnas de los cuadros del "Resumen de los programas por grupos de egresos". Estas modificaciones, que no afectan a los principios fundamentales recomendados por los cuerpos directivos, permitirán agrupar, por una parte, todos los gastos de viaje y subsidios reglamentarios y, por otra, los gastos de viajes en comisión de servicio. Con ello, se facilitará el examen de los proyectos por los cuerpos directivos, y se espera lograr una reducción en el volumen y el costo del documento presupuestario. El Comité aprobó estas modificaciones y acordó que se apliquen en la presentación del presupuesto de 1960.

Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1957

Estos informes fueron considerados en la 34a Reunión del Comité, que acordó tomar nota de los mismos y transmitirlos a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana.

Subcomité Permanente de Edificios y Obras

A. *Informe del Subcomité.* En su 34a Reunión, el Comité Ejecutivo tomó nota del Informe del Subcomité de Edificios y Obras, sobre las reparaciones efectuadas y proyectadas en los edificios de la sede.

B. Composición del Subcomité. En la 33a Reunión del Comité, se sugirió la conveniencia de designar nuevos miembros del Subcomité Permanente de Edificios y Obras, en vista de que dos de los componentes del mismo, Estados Unidos y la República Dominicana, habían dejado de formar parte del Comité Ejecutivo. Después de un breve debate se acordó dejar este asunto para la 34a Reunión. En consecuencia, en su 34a Reunión, y después de estudiar el asunto desde muy distintos puntos de vista, el Comité acordó designar a los Representantes de México y Venezuela para que, junto con el de Guatemala, formasen parte del Subcomité, y expresó su agradecimiento a los Representantes de los Estados Unidos y de la República Dominicana por los valiosos servicios prestados en el seno del citado Subcomité.

Fondo Rotatorio de Emergencia

En la 34a Reunión, el Comité acordó tomar nota del informe presentado por el Director sobre el empleo del Fondo Rotatorio para Compras de Emergencia.

Condiciones de empleo y enmiendas al Reglamento del Personal

El Comité Ejecutivo estudió, con interés, en su 34a Reunión, el documento presentado por el Director sobre nuevas condiciones de empleo. Se acordó recomendar a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana que aprobase el documento presentado por el Director, como declaración de principios básicos, que sirva de guía, en lo general, para el desarrollo de un mejor sistema de administración del personal; y que autorice al Comité Ejecutivo para negociar con el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud la aceptación de dichos principios y su aplicación mediante la adopción de un Estatuto y Reglamento del Personal basados en aquéllos.

En la misma reunión se acordó confirmar las enmiendas al Reglamento del Personal introducidas por el Director de la OSP, que respondían a modificaciones similares introducidas en el Reglamento del Personal de la OMS y que ya habían entrado en vigor.

En la 35a Reunión se adoptó un acuerdo similar, confirmando algunas modificaciones introducidas por el Director en el Reglamento del Per-

sonal para facilitar la interpretación de los artículos adoptados en cumplimiento de recomendaciones formuladas por el Comité de Revisión de Sueldos de las Naciones Unidas, así como para adaptar ciertos aspectos del Reglamento del Personal de la OSP al de la OMS.

Enmiendas a la Constitución de la OSPA

En su 34a Reunión, el Comité Ejecutivo acordó proponer a la XV Conferencia varias enmiendas constitucionales.

Una de ellas consiste en substituir la palabra "Sanitaria" por la expresión "de la Salud" en el título de la Organización. La nueva forma propuesta, que afecta a los Artículos 1, 2-A, 3, 19-B y 21-A, responde más exactamente a las funciones de la Organización en el campo de la salud, por lo que facilita la comprensión de sus actividades por parte del público en general.

Otra de las enmiendas se refiere a los títulos de los altos funcionarios de la OSP. Los utilizados actualmente son ambiguos y no reflejan exactamente las funciones y actividades desempeñadas. Por ello se acordó recomendar a la Conferencia el estudio de varias enmiendas en el articulado de la Constitución. De aprobarse éstas, el Director de la Oficina Sanitaria recibiría en lo sucesivo el título de Director de la Organización Panamericana de la Salud; y los títulos de los dos altos funcionarios que siguen en jerarquía al Director, serían el de Subdirector y Subdirector Adjunto. Además de estas enmiendas, relativas a los Artículos 4-E, 18-A, 4-B, 8-B, 8-C, 9-D, 10-B, 10-C, 12-A, 12-C, 14-A, 18-C, 20, 24-A, y 18-B, se propuso que al principio del Artículo 17 se añadiera la siguiente oración: "La Oficina Sanitaria Panamericana es la Secretaría General de la Organización Panamericana de la Salud."

Se aprobó otra propuesta de enmienda, con el fin de adaptar el Artículo 15 de la Constitución a la reglamentación aprobada por el Comité Ejecutivo, en su 29a Reunión, en el sentido de que el mandato del Presidente y del Vicepresidente se ejerzan durante el período comprendido entre dos reuniones del Consejo Directivo.

El Artículo 12-C de la Constitución, que se refiere a las funciones del Comité Ejecutivo, dice literalmente que éste ha de "preparar con la cooperación del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana un proyecto de presupuesto para someterlo a la consideración del Consejo". En

vista de que dicho artículo limita las facultades del Director en la presentación del presupuesto, a la cooperación con el Comité Ejecutivo, y teniendo en cuenta la conveniencia de que aquél pueda presentar por su parte el proyecto que estime más adecuado al caso, se acordó recomendar a la Conferencia que modifique el citado Artículo 12-C, redactándolo en la siguiente forma: "Considerar y someter a la Conferencia o al Consejo, con las recomendaciones que estime conveniente, el proyecto de programa y presupuesto preparado por el Director". De aprobarse esta recomendación, habría que introducir la correspondiente enmienda en el Reglamento Financiero de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Enmiendas al Reglamento Interno del Comité Ejecutivo

En la 34a Reunión, el Comité Ejecutivo, después de estudiar las observaciones y sugerencias formuladas por el Departamento de Asuntos Jurídicos de la Unión Panamericana, respecto a las enmiendas que convendría introducir en el Reglamento Interno del Comité, acordó modificar los Artículos 1, 6, 10, 12, 13, 17, 26, 28 y 32.

Discusiones Técnicas

En la 33a Reunión, se seleccionó como tema de las Discusiones Técnicas de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, "La prevención de los accidentes de la infancia", por considerar que es éste un asunto de gran importancia y que necesita mayor estudio en este Hemisferio. Asimismo, se acordó preparar un proyecto de reglamento para dichas discusiones. Ese proyecto fue estudiado en la 34a Reunión y se resolvió someterlo a la consideración de esta Conferencia.

Preparativos para la XV Conferencia Sanitaria Panamericana

En relación con la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, el Comité Ejecutivo examinó, en su 34a Reunión, el anteproyecto de programa de temas preparado por el Director, que fue aprobado por unanimidad, con ciertas enmiendas y adiciones, en la forma en que aparece en el documento CSP15/1, Rev. 2. Se autorizó al Director para que añadiera los nuevos temas que propusieran los Gobiernos Miembros y organizaciones con derecho a formular tal proposición.

El Comité tomó nota de las medidas adoptadas para la organización de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, expresó su agradecimiento al Gobierno de los Estados Unidos, al Estado Libre Asociado de Puerto Rico y a la Comisión Organizadora por la cooperación prestada en la preparación de la Conferencia.

En la 35a Reunión, se completaron los preparativos de la XV Conferencia, examinándose los aspectos relativos al proyecto de Reglamento Interno, proyecto de programa de sesiones, Reglamento para las Discusiones Técnicas, designación del jefe de delegación encargado de contestar a los discursos en la sesión inaugural y presidencia provisional y definitiva. En cuanto a esta última, el Comité Ejecutivo, teniendo en cuenta la valiosa cooperación prestada por el Dr. Guillermo Arbona como Secretario de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y como Presidente Ejecutivo de la Comisión que cooperó con la Oficina Sanitaria Panamericana en la organización de la XV Conferencia, acordó unánimemente y por aclamación proponer a esta Conferencia que lo designe como su Presidente.

Nombramiento de Subdirector de la Oficina

De acuerdo con el párrafo B del Artículo 17 de la Constitución, le corresponde al Comité Ejecutivo aprobar el nombramiento del Subdirector de la Oficina, a propuesta del Director. Durante este año el Dr. Carlos Luis González, quien se había retirado de la Oficina para ocupar un alto cargo en su país, fue propuesto de nuevo por el Director para ocupar el cargo de Subdirector, propuesta que fue aprobada por unanimidad y con verdadera complacencia por los miembros del Comité.

Al haber tenido el honor de presentar, ante esta magna XV Conferencia Sanitaria Panamericana, en una forma sucinta, las labores del Comité Ejecutivo durante el lapso de un año, he tratado de expresar e interpretar lo más fielmente posible las principales resoluciones y acuerdos que se tomaron por el Comité. Con orgullo menciono que si bien en ciertos casos hubo diferencias de opinión, ello no hace sino poner de manifiesto el celo y el interés que en todo momento privó en el seno del Comité por las labores a él encomendadas.

Quiero aprovechar esta oportunidad para expresar mi profundo agradecimiento a los miem-

bros del Comité Ejecutivo que me eligieron Presidente y que con tanta competencia y entusiasmo facilitaron mi gestión; así como también a la colaboración y asistencia que en todo momento se recibió del señor Director y de los funcionarios de la Oficina, que contribuyó a que la labor de este cuerpo directivo haya sido—así lo espero—provechosa para el desarrollo de la Organización Sanitaria Panamericana y para el mejoramiento de las condiciones de salud en las Américas.

INFORME FINAL DE LA 33a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO¹

Washington, D.C., 26 de septiembre de 1957

La 33a Reunión del Comité Ejecutivo del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana se celebró en Washington, D. C., en la Sala de Conferencias Internacionales de la Secretaría de Estado de los Estados Unidos de América, el 26 de septiembre de 1957, de acuerdo

con la convocatoria del Presidente del Comité Ejecutivo.

En la sesión plenaria única que celebró el Comité Ejecutivo estuvieron presentes los siguientes miembros del Comité, observadores y funcionarios de la Oficina.

Miembros:

Dr. Mario V. Guzmán Galarza
Dr. Félix Hurtado
Ing. Humberto Olivero
Dr. Orlando Aguilar
Dr. Carlos Díaz Coller
Dr. Manuel A. Sánchez Vigil
Dr. Daniel Orellana

BOLIVIA
CUBA
GUATEMALA
MÉXICO
NICARAGUA
VENEZUELA
PERÚ

Miembro ausente:

Miembro ex-officio

Dr. Fred L. Soper
Dr. Carlos Luis González

OFICINA SANITARIA
PANAMERICANA
OFICINA SANITARIA
PANAMERICANA

Secretario:

Dr. Myron E. Wegman

Observadores:

Dr. Luis Patiño Camargo
Dr. Alberto Aguilar Rivas
Sr. Howard B. Calderwood

COLOMBIA
EL SALVADOR
ESTADOS UNIDOS
DE AMÉRICA
FRANCIA
PANAMÁ
REINO DE LOS PAÍSES BAJOS
REINO UNIDO

Dr. Paul V. Ollé
Dr. Alberto Bissot, Jr.
Dr. N. H. Swellengrebel
Sir Joseph Harkness

Organización Mundial de la Salud:

Sr. Milton P. Siegel

Asesores del Director de la

Oficina Sanitaria Panamericana:

Dr. Gustavo Molina, Jefe de la División de Salud Pública

¹Documento CE33/2.

Sr. Donald F. Simpson, Jefe de la División de Administración

Jefe de los Servicios de Secretaría:

Sr. Guillermo A. Suro

Mesa Directiva

Abrió la reunión el Dr. Félix Hurtado (Cuba), elegido Presidente en la 30a Reunión del Comité, quien dió la bienvenida a los Representantes de México y Venezuela, nuevos miembros del Comité, elegidos por la X Reunión del Consejo Directivo para ocupar las vacantes producidas por haber llegado a su término el mandato de Colombia y Paraguay.

De conformidad con el Artículo 3 del Reglamento Interno, se procedió a la elección de Presidente y Vicepresidente. Antes de efectuarse la votación, el Ing. Olivero (Guatemala) suscitó la cuestión de si había quórum, pues no se hallaban presentes cinco miembros del Comité, aparte de los dos miembros recién elegidos. El Presidente contestó que estaba actuando de acuerdo con la práctica seguida en las reuniones del Comité Ejecutivo. Después de dos votaciones en las cuales obtuvieron dos votos el Representante de Guatemala y dos votos el Representante de Nicaragua, con un voto en blanco, el Presidente decidió que, por similitud con lo dispuesto en el Reglamento Interno del Consejo Directivo, se designaría por suerte al Presidente entre los dos Representantes que habían obtenido igual número de votos. Quedó elegido Presidente del Comité Ejecutivo el Representante de Guatemala, Ing. Humberto Olivero. Seguidamente fue elegido por unanimidad Vicepresidente el Representante de Nicaragua, Dr. Manuel A. Sánchez Vigil.

Programa de temas

Se aprobó el programa de temas presentado en el Documento CE33/1.¹

Temas tratados y resoluciones aprobadas

En el curso de la 33a Reunión del Comité Ejecutivo se examinaron los siguientes temas:

1. *Discusiones Técnicas de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana*

Al someter a discusión este tema, el Presidente llamó la atención del Comité respecto al hecho de

que la Resolución XVII de la X Reunión del Consejo Directivo,² por la que pidió al Comité Ejecutivo que tomara las medidas necesarias para seleccionar los temas de las Discusiones Técnicas para la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, tal vez no podía considerarse como aprobada definitivamente hasta que los Miembros del Consejo Directivo hubieran firmado el Informe Final de la reunión del mismo, y quiso dejar constancia de que iniciaba la discusión condicionada a la aprobación y firma de dicho informe por el Consejo Directivo.

El Dr. Díaz Coller (México) sugirió que se seleccionara un solo tema único y propuso el siguiente: "La prevención de los accidentes que amenazan al niño", poniendo de relieve que este tema es de gran importancia y existen sobre él muy pocos estudios en América Latina. El Dr. Hurtado (Cuba) y el Dr. Guzmán Galarza (Bolivia) se sumaron a la propuesta del Representante de México.

El Dr. Orellana (Venezuela) propuso que se seleccionaran diversos temas, entre ellos uno sobre administración de programas contra las diarreas infantiles. El Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua) propuso como tema: "Los problemas nutricionales de la niñez". El Presidente preguntó a la Secretaría si la experiencia indicaba si era más fácil realizar los preparativos para las Discusiones Técnicas cuando las mismas versan sobre un solo tema. El Dr. González (Subdirector, OSP) contestó que desde luego era más fácil y más económico preparar un tema que varios, pero que la Oficina estaba siempre dispuesta a hacer los esfuerzos necesarios para preparar el número de temas que el Comité decidiera y para buscar los expertos encargados de dicha preparación.

El Dr. Aguilar (Observador, El Salvador) sugirió como tema el siguiente: "Los progresos en los métodos administrativos y terapéuticos relativos a la tuberculosis". Tras un debate en el que intervinieron todos los miembros del Comité, el Presidente puso a votación, por dos veces, por haber habido empate en la primera, si se decidía seleccionar un solo tema o varios.

Decisión: Por 4 votos a favor y 2 en contra, se

¹Documento mimeografiado.

²Documento Oficial de la OSPA 22, 24-25.

acordó seleccionar un solo tema para las Discusiones Técnicas de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana.

A continuación, el Presidente sometió a votación el tema propuesto por el Representante de México y por 4 votos a favor y 2 en contra, se aprobó la siguiente

RESOLUCION I

El Comité Ejecutivo,

Teniendo en cuenta la Resolución XVII adoptada por el Consejo Directivo en su X Reunión, que autoriza al Comité Ejecutivo a que en su 33a Reunión tome las medidas necesarias para seleccionar los temas de las Discusiones Técnicas que tendrán lugar en la XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

Seleccionar como tema de las Discusiones Técnicas que tendrán lugar en la XV Conferencia Sanitaria Panamericana el siguiente: "La prevención de los accidentes que amenazan al niño".

El Presidente propuso que el encargo contenido en el párrafo segundo de la misma resolución, en el sentido de que el Comité preparara un proyecto de reglamento para dichas Discusiones Técnicas, lo cumpliera en su 34a Reunión, autorizando desde ahora al Director para que designe el experto encargado de preparar la exposición preliminar del tema, y encareciendo a la Oficina que procure enviar dicha exposición a los Gobiernos con suficiente antelación para permitir su estudio previo.

Así quedó acordado.

El Vicepresidente, Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua), pasó a ocupar la presidencia de la Reunión.

2. Proyecto de nuevas condiciones de empleo

Al proceder al examen de este tema, el Ing. Olivero (Guatemala) propuso que tal estudio se aplazara hasta la 34a Reunión del Comité Ejecutivo. Esta proposición fue apoyada por otros miembros del Comité.

Así quedó acordado.

3. Fecha y lugar de la 34a Reunión del Comité Ejecutivo

El Dr. Hurtado (Cuba) se mostró partidario de no variar la costumbre de que el Comité Ejecutivo celebre su reunión de la primavera en Washing-

ton. El Dr. Díaz Coller (México) propuso, en cambio, que, puesto que la Asamblea Mundial de la Salud, en 1958, tendrá lugar en Minneápolis, a partir del 26 de mayo, la 34a Reunión del Comité se celebre en dicha ciudad, para ahorrar tiempo a los representantes. El Dr. González (Subdirector, OSP) señaló que no ha habido ninguna negociación entre la OSPA y la ciudad de Minneápolis, y que la celebración de la reunión en ésta representaría gastos adicionales. El Sr. Calderwood (Observador, Estados Unidos) manifestó que, realmente, en la actualidad sería muy difícil celebrar la reunión en Minneápolis, por falta de tiempo para las negociaciones y por estar ya fijadas otras reuniones que han de tener lugar en esa ciudad en la misma época. Finalmente, a propuesta del Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua) se aprobó por unanimidad la siguiente

RESOLUCION II

El Comité Ejecutivo,

Teniendo en cuenta el Artículo 7 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

1. Celebrar la 34a Reunión del Comité Ejecutivo en la ciudad de Washington, D.C., en el mes de mayo de 1958.

2. Autorizar al Presidente del Comité Ejecutivo y al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para que, de común acuerdo, fijen la duración de la reunión, teniendo en cuenta el número y la naturaleza de los temas a tratar y la conveniencia de que la reunión se celebre inmediatamente antes de la 11a Asamblea Mundial de la Salud.

4. Estudio sobre el Reglamento Interno del Comité Ejecutivo

El Sr. Calderwood (Observador, Estados Unidos) sugirió que, para evitar problemas de interpretación como los surgidos al principio de la reunión, el Comité efectúe un estudio de las modificaciones que convendría introducir en su Reglamento Interno, pidiendo al Director que prepare un documento con la información necesaria para ello. El Dr. Hurtado (Cuba) se mostró de acuerdo con esa propuesta, a condición de que el estudio lo efectúe el propio Comité, designando un ponente a este fin. Anunció que propondrá la supresión del acto de firma del Informe Final, a pesar de que en ocasiones anteriores se había opuesto a esta supresión. El Dr. Díaz Coller (México) se mostró de acuerdo con esta última su-

gestión del Representante de Cuba. El Dr. Guzmán Galarza (Bolivia) se manifestó en favor de que se siga firmando el Informe Final, porque constituye una tradición de los organismos interamericanos. El Dr. González (Subdirector, OSP) declaró, a simple título de información y con el deseo de prestar la mayor colaboración posible por parte de la Oficina al Comité Ejecutivo, que ésta no tendría inconveniente en preparar un estudio preliminar sobre las modificaciones al Reglamento Interno, enviarlo a los distintos miembros del Comité, y luego, teniendo en cuenta las observaciones formuladas por éstos, redactar un documento que podría servir de base para el examen del tema en la 34a Reunión.

El Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua) propuso que este tema se incluyera en el programa de la 34a Reunión y que se siguiera el procedimiento sugerido por el Observador de los Estados Unidos y en la forma expuesta por el Subdirector de la Oficina.

Así quedó acordado.

MARIO V. GUZMÁN
Representante de Bolivia

F. HURTADO
Representante de Cuba

HUMBERTO OLIVERO
Representante de Guatemala

C. DÍAZ COLLER
Representante de México

M. A. SÁNCHEZ VIGIL
Representante de Nicaragua

5. Composición del Subcomité Permanente de Edificios y Obras

El Dr. Díaz Coller (México) suscitó la cuestión de si no sería conveniente designar nuevos miembros del Subcomité Permanente de Edificios y Obras en vista de que dos de los componentes del mismo, Estados Unidos y la República Dominicana, ya no forman parte del Comité Ejecutivo. Después de un breve debate, el Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua) propuso que este asunto se examinara en la 34a Reunión del Comité Ejecutivo.

Así quedó acordado.

EN FE DE LO CUAL, los Miembros del Comité y el Secretario firman el presente Informe Final.

HECHO en la ciudad de Washington, D. C., el día veintisiete de septiembre de 1957. El Secretario depositará el texto original en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana y enviará copia del mismo a los Gobiernos Miembros.

D. ORELLANA
Representante de Venezuela

FRED L. SOPER
Director de la Oficina Sanitaria Panamericana
Miembro *ex officio* del Comité Ejecutivo

MYRON E. WEGMAN
Secretario General de la Oficina Sanitaria Panamericana, Secretario *ex officio* del Comité Ejecutivo

INFORME FINAL DE LA 34a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO¹

Washington, D.C., del 15 al 20 de mayo de 1958

La 34a Reunión del Comité Ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana se celebró en Washington, D.C., en la Sala de Conferencias Internacionales de la Secretaría de Estado de los Estados Unidos de América, del 15 al 20 de mayo

de 1958, de acuerdo con la convocatoria del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Asistieron los siguientes miembros del Comité, observadores y funcionarios de la Oficina:

Miembros:

Dr. Jorge Doria Medina

BOLIVIA

¹Documento CE34/15.

Dr. Félix Hurtado
 Ing. Humberto Olivero
 Dr. Carlos Díaz Coller
 Dr. Manuel A. Sánchez Vigil
 Dr. Jorge Estrella Ruiz
 Dr. Alejandro Príncipe

CUBA
 GUATEMALA
 MÉXICO
 NICARAGUA
 PERÚ
 VENEZUELA

Miembro y Secretario ex officio del Comité:

Dr. Fred L. Soper

OFICINA SANITARIA
 PANAMERICANA

Observadores:

Sr. Howard B. Calderwood

ESTADOS UNIDOS DE
 AMÉRICA

Dr. Arthur S. Osborne

Sr. Charles Sommer

Sr. Simon N. Wilson

Sr. G. van Vloten

REINO DE LOS PAÍSES BAJOS

Organización de los Estados Americanos:

Sr. O. H. Salzman, Jr.

Organización Mundial de la Salud

Dr. M. G. Candau

Sr. Milton P. Siegel

Asesores del Director de la

Oficina Sanitaria Panamericana:

Dr. Myron E. Wegman, Secretario General

Dr. Gustavo Molina, Jefe de la División de Salud Pública

Sr. Donald F. Simpson, Jefe de la División de Administración

Jefe de los Servicios de Secretaría:

Sr. Guillermo A. Suro

Mesa Directiva

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 3 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, actuó de Presidente de la Reunión el Ing. Humberto Olivero (Guatemala), y de Vicepresidente el Dr. Manuel A. Sánchez Vigil (Nicaragua), cargos para los que fueron elegidos en la 33a Reunión del Comité.

Programa de temas

En la primera sesión plenaria, celebrada el día 15 de mayo de 1958, se aprobó el programa de temas presentado en el Documento CE34/1 Rev. 2.¹

Comisión de redacción

De acuerdo con el Artículo 17 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, la Comisión de Re-

dacción quedó constituida por el Presidente, el Vicepresidente y el Secretario, y tuvo a su cargo la preparación del Informe Final. La Comisión celebró cuatro sesiones.

Sesiones plenarias

El Comité Ejecutivo celebró ocho sesiones plenarias.

Temas tratados y resoluciones aprobadas

En el curso de la 34a Reunión del Comité Ejecutivo se examinaron los siguientes temas:

1. *Expresión de condolencia por el fallecimiento del Dr. José Zozaya, de México*

Al iniciarse la primera sesión plenaria, el Dr. Hurtado (Cuba) propuso que se hiciera constar en acta la profunda condolencia del Comité por el reciente fallecimiento del Dr. Zozaya, de México,

¹Documento mimeografiado.

destacada personalidad sanitaria que durante muchos años representó al Gobierno de su país en las reuniones de los cuerpos directivos de la Organización y que tanto trabajó en beneficio de la causa sanitaria internacional.

El Comité aprobó por unanimidad la siguiente

RESOLUCION I

El Comité Ejecutivo,

Considerando que el Dr. José Zozaya, destacado higienista y funcionario de salud pública mexicano, fallecido el día 9 de noviembre de 1957, desarrolló una benemérita labor en el campo de la sanidad internacional, habiendo representado al Gobierno de México en las reuniones de los cuerpos directivos de la Organización Sanitaria Panamericana, y de la Organización Mundial de la Salud, a cuyas deliberaciones aportó su experiencia y desinteresada dedicación,

RESUELVE:

1. Hacer constar en acta la profunda condolencia del Comité por el fallecimiento del Dr. José Zozaya, cuya desaparición constituye una gran pérdida para la causa de la salud internacional.

2. Encomendar al Director que comunique este acuerdo al Gobierno de México.

2. *Expresión de agradecimiento al Dr. Carlos Luis González, de Venezuela*

Seguidamente, el Presidente señaló que a fines de enero el Dr. Carlos Luis González, Subdirector de la Oficina, había pasado a ocupar el cargo de Ministro de Sanidad y Asistencia Social del Gobierno de Venezuela, y propuso que el Comité expresara su agradecimiento por la excelente labor realizada por el Dr. González en el desempeño de sus funciones en la Organización y que se transmitiera este acuerdo tanto al interesado como al Gobierno de Venezuela.

El Dr. Príncipe (Venezuela) agradeció en nombre de su país, y especialmente del personal del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, los elogios dedicados al Dr. González, y añadió que éste le había encargado que transmitiera un cordial saludo a los miembros del Comité y al personal de la Oficina, reiterando que siempre pondrá el mejor empeño al servicio de la salud en las Américas.

RESOLUCION II

El Comité Ejecutivo,

Teniendo en cuenta los relevantes servicios prestados a la Organización por el Dr. Carlos Luis González, como Jefe de la División de Salud Pública de

la Oficina Sanitaria Panamericana, de agosto de 1953 a abril de 1954, y como Subdirector de la Oficina, desde el 1° de mayo de 1954 a fines de enero de 1958, en que pasó a desempeñar el cargo de Ministro de Sanidad y Asistencia Social del Gobierno de Venezuela,

RESUELVE:

1. Hacer constar su profundo agradecimiento al Dr. Carlos Luis González por los servicios prestados a la Organización y a la salud pública de todo el Hemisferio Occidental.

2. Dar traslado de este acuerdo al Dr. Carlos Luis González y al Gobierno de Venezuela.

3. *Estudio sobre enmiendas al Reglamento Interno del Comité Ejecutivo*

El Dr. Wegman (Secretario General, OSP) presentó, también en la primera sesión plenaria, el Documento CE34/12¹ sobre este tema. En él se señala que como consecuencia del acuerdo adoptado por el Comité en el sentido de que se procediera a un estudio sobre las modificaciones que convendría introducir en su Reglamento Interno, el Director solicitó la opinión del Departamento de Asuntos Jurídicos de la Unión Panamericana. En el documento se reproduce la contestación recibida de dicho Departamento a los diversos puntos consultados. Estima que los representantes de los Gobiernos Miembros elegidos para ejercer su mandato pueden integrarse al Comité Ejecutivo inmediatamente después de su elección por el Consejo Directivo, sin necesidad de que se proceda a la firma del Informe Final de la reunión de éste. Sugiere igualmente que se modifiquen los Artículos 6, 17 y 26 con el fin de confiar las funciones de Secretario de las reuniones del Comité Ejecutivo al Director de la Oficina en lugar del Secretario General; que se altere el orden de los Artículos 12 y 13; que se modifique igualmente el Artículo 28 con el fin de que el Informe Final de las reuniones sea firmado únicamente por el Presidente y el Secretario. Por último, el citado Departamento sugiere que para la aprobación de enmiendas al Reglamento Interno se requiera el voto favorable de cuatro de los siete miembros del Comité. Por otra parte, señala la conveniencia de que el Comité estudie el modo de resolver la contradicción existente entre el Artículo 3 del Reglamento Interno del Comité y el Artículo 15 de la Constitución de la OSPA,

¹Documento mimeografiado.

ya que en el primero se dispone que la elección de Presidente y Vicepresidente del Comité se celebre cada año en tanto que en la Constitución se establece que se lleve a cabo en cada reunión. El documento presentado contiene además un cuadro con las modificaciones sugeridas al Reglamento Interno.

El Dr. Hurtado (Cuba) explicó las razones que movieron al Comité a adoptar el actual sistema en su 29a Reunión; la elección de Presidente y Vicepresidente en cada reunión resultaba engorrosa y no daba tiempo suficiente a los titulares para familiarizarse con sus funciones. Estimó que la contradicción expuesta era innegable, y que el Comité debiera haber comunicado al Consejo la enmienda introducida al Artículo 3, para que a su vez tomara las medidas necesarias para el artículo correspondiente de la Constitución. En consecuencia, propuso que se recomendara a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana que adapte el Artículo 15 de la Constitución a la reglamentación aprobada por el Comité Ejecutivo en su 29a Reunión.

Así se acordó.

Seguidamente el Comité procedió a un examen detenido, artículo por artículo, de las enmiendas sugeridas por el Departamento de Asuntos Jurídicos de la Unión Panamericana.

El Dr. Hurtado (Cuba), el Dr. Príncipe (Venezuela) y el Dr. Díaz Coller (México) sugirieron modificaciones al texto propuesto para los Artículos 12, 13 y 32, modificaciones que fueron aceptadas. Finalmente, el Dr. Díaz Coller (México) propuso que al Artículo 1 se añadiera un párrafo precisando que el mandato de los miembros elegidos para el Comité Ejecutivo es efectivo desde el mismo momento de ser proclamados por el Consejo Directivo o la Conferencia.

Así se acordó.

En consecuencia, el Comité adoptó por unanimidad la siguiente

RESOLUCION III

El Comité Ejecutivo,

Teniendo en cuenta el acuerdo adoptado por el Comité, en su 33a Reunión, en el sentido de que se procediera a un estudio de las modificaciones que convendría introducir en su Reglamento Interno;

Habiendo examinado detenidamente las observaciones y sugerencias formuladas a este respecto por el Departamento de Asuntos Jurídicos de la Unión

Panamericana, a petición del Director, y contenidas en el Documento CE34/12, y

Considerando lo dispuesto en el Artículo 16 de la Constitución,

RESUELVE:

1. Recomendar a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana que adapte el Artículo 15 de la Constitución que dispone que "En cada reunión, el Comité Ejecutivo elegirá la mesa directiva de entre sus representantes presentes", a la reglamentación aprobada por el Comité Ejecutivo en su 29a Reunión, en el sentido de que el mandato del Presidente y del Vicepresidente se ejerza durante el período comprendido entre dos reuniones del Consejo Directivo, que es la práctica seguida en la actualidad.

2. Encomendar al Director que transmita a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana los antecedentes relativos a la recomendación anterior.

3. Modificar los Artículos 1, 6, 10, 12, 13, 17, 26, 28 y 32 de su Reglamento Interno, que quedarán redactados de la forma siguiente:

Artículo 1. El Comité Ejecutivo del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana estará constituido por un representante de cada uno de los siete Gobiernos Miembros (llamados representantes en adelante, electos de acuerdo con el Artículo 13 de la Constitución. Dichos representantes pueden estar acompañados de suplentes y asesores. Los miembros elegidos ejercerán su mandato desde el momento mismo en que sean proclamados por el Consejo Directivo o la Conferencia.

Artículo 6. El Director de la Oficina será Secretario *ex officio* del Comité Ejecutivo y de todos sus subcomités y grupos de trabajo. El Director podrá delegar estas funciones.

Artículo 10. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana preparará un proyecto de programa de temas para cada reunión, que incluirá:

(a) cualquier tema sugerido por el Consejo Directivo;

(b) cualquier tema propuesto por el Comité Ejecutivo en reunión anterior;

(c) cualquier tema propuesto, por lo menos con 21 días de anticipación a la reunión, por cualquiera de los Miembros de la Organización o por organizaciones con derecho a proponer temas; el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana podrá pasar por alto esta limitación de tiempo siempre que sea justificado, por consideraciones especiales;

(d) cualquier tema propuesto por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Artículo 12. El programa de temas y el orden de prelación de los mismos deberán ser aprobados por el Comité Ejecutivo.

Artículo 13. El Secretario del Comité Ejecutivo preparará el orden del día de cada sesión, de conformidad con el artículo precedente.

Artículo 17. Se constituirá una Comisión de Re-

dación formada por el Presidente, el Vicepresidente y el Secretario o la persona en quien éste haya delegado sus funciones.

Artículo 26. Tendrán derecho a hacer uso de la palabra los representantes, sus suplentes y asesores, los observadores designados por los Países Miembros y por los territorios, según quedan definidos en el Artículo 2 de la Constitución, los observadores de organizaciones con derecho a representación, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y, en su caso, el funcionario que actúa de Secretario. El Presidente podrá conceder el derecho a hacer uso de la palabra a los funcionarios de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Organización Mundial de la Salud.

Artículo 28. El Presidente y el Secretario firmarán el Informe Final.

Artículo 32. El presente Reglamento podrá ser modificado o enmendado a propuesta de cualquiera de los miembros del Comité Ejecutivo y con el voto favorable de la mayoría absoluta del Comité, es decir, con el voto favorable de por lo menos 4 de sus 7 miembros.

4. Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1957

El Sr. Simpson (Jefe, División de Administración, OSP) presentó en la sesión el *Documento Oficial No. 26*, que contiene el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes a 1957, y señaló que el total de fondos invertidos para las actividades combinadas de la OSP y de la Oficina Regional de la OMS, ascendió, en 1957, a \$8.209.293, de los que \$1.760.376 correspondieron a los servicios de compras en las Américas. El total de egresos de la OSPA fue de \$2.365.333, frente a una asignación de \$2.400.000 por lo que queda un saldo de \$34.667, o sea, el 1,4 por ciento. El 31 de diciembre de 1957, las cuotas de los Gobiernos Miembros, pendientes de pago, ascendían a la cantidad de \$502.362. Informó también que la cantidad de \$150.221, que representa el superávit de los ingresos sobre los gastos, en 1957, ha sido transferida al Fondo de Trabajo; de dicha cantidad se destinaron \$125.080 a cubrir el déficit procedente del ejercicio económico de 1956. Con el saldo adicional de \$25.141, el Fondo de Trabajo se elevó al nivel de \$1.225.141, siendo el nivel autorizado para el mismo, en el ejercicio económico de 1957, de \$1.440.000. Esta diferencia sólo se podría cubrir si las cuotas atrasadas se pagasen en un futuro inmediato y la liquidación de las de 1958 se mantuviera al corriente. Terminó

indicando que el Director considera que para el desarrollo de las actividades de la Oficina, continúa siendo de la mayor importancia el mantenimiento de una sólida situación financiera. Puso de relieve, también, que el Auditor Externo, en su informe, afirma que si bien en 1957 la recaudación de cuotas correspondientes al ejercicio en curso fue mejor que la de años anteriores, debe insistir en la necesidad de considerar el porcentaje demasiado bajo para cualquier organización internacional, pues durante los últimos cinco años, el promedio de la recaudación de cuotas, expresado como porcentaje de las cuotas asignadas, asciende sólo al 86,25 por ciento. Pone de relieve asimismo el Auditor Externo que algunos Gobiernos pagan sus cuotas, por los requisitos de la tramitación legislativa, en el año siguiente al que corresponden. Por otra parte, en la primera mitad del año sólo se recaudó el 10 por ciento de las cuotas y esto representa que sobre el Fondo de Trabajo recayó una pesada carga hasta el mes de julio, en que se recibió la mayor parte de los pagos. Si bien, durante 1957, mejoró la situación en cuanto al pago de cuotas atrasadas, al finalizar el año todavía quedaba pendiente de liquidación más de la quinta parte del total de las cuotas asignadas. El 62,7 por ciento de las cuotas pendientes de pago al primero de enero de 1957, se liquidaron durante dicho año, mientras que la proporción de atrasos liquidada en 1956 fue del 55,6 por ciento. El Auditor Externo estima que el Fondo de Trabajo es demasiado reducido y recomienda que el Consejo Directivo estudie el asunto, con el fin de establecer medios para elevar el Fondo, lo más pronto posible, a un nivel de seguridad para las operaciones. Informó el Sr. Simpson que, en 1957, la OMS asignó un segundo auditor interno a la Región de las Américas, destinado a Lima, que ejercerá las funciones de auditoría interna respecto a las cuentas descentralizadas de las Oficinas de Zona y de Campo. Los informes sobre estas Oficinas indican en general una situación satisfactoria. Por otra parte, en el otoño de 1957 se descentralizaron muchas funciones administrativas de la sede a las Oficinas de Zona, cosa que se traducirá en una reducción de los gastos administrativos de la sede. El Auditor Externo afirma en su informe, finalmente, que tiene el convencimiento de que durante 1957 se hicieron todos los esfuerzos posibles para garantizar una administración satisfactoria de la Oficina y para

salvaguardar los fondos; sin embargo, recomienda que se estudie la relación entre el Fondo de Trabajo y el proyectado aumento del presupuesto, para incrementar aquél, y que se adopten medidas con el fin de asegurar el pago puntual de las cuotas corrientes y la liquidación de las atrasadas.

A preguntas del Dr. Díaz Coller (México), el Dr. Soper (Director, OSP) explicó que el pago *ex gratia* que figura en la página 18 del *Documento Oficial No. 26* se hizo a un miembro del personal cuyo automóvil fue expropiado por un Gobierno, sin que mediara ninguna responsabilidad por parte del funcionario ni de la OSP. Después de numerosas gestiones, la Oficina decidió que no era justo que el funcionario siguiera por más tiempo sin su automóvil y le indemnizó por su pérdida; por lo demás, se prosiguen las gestiones para obtener el pago del vehículo por el Gobierno. Refiriéndose a la recomendación del Auditor Externo en el sentido de que los cuerpos directivos examinen los medios posibles para aumentar rápidamente el Fondo de Trabajo al nivel aprobado por aquéllos, el Sr. Simpson (Jefe, División de Administración, OSP) sugirió que si a finales de año no ha habido necesidad de emplear la reserva acumulada para la repatriación de funcionarios, esta reserva podría considerarse como superávit y transferirse al Fondo de Trabajo; esta sugestión fue hecha verbalmente por el propio Auditor Externo, quien estimó que el volumen actual del presupuesto ordinario de la OSPA permite sufragar con cargo al mismo los gastos de repatriación de los funcionarios. Finalmente, el Dr. Hurtado (Cuba) propuso que el Comité tomara nota de ambos informes.

En consecuencia, se aprobó por unanimidad la siguiente

RESOLUCION IV

El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado el Informe Financiero del Director para el ejercicio económico de 1957, y el Informe del Auditor Externo sobre la comprobación de las cuentas de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondientes al citado ejercicio económico (*Documento Oficial No. 26*),

RESUELVE:

Tomar nota del Informe Financiero del Director y del Informe del Auditor Externo correspondientes a 1957, y transmitirlos a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana.

5. Proyecto de nuevas condiciones de empleo e informe sobre los sueldos abonados al personal de salud pública en las Américas

El Sr. Simpson (Jefe, División de Administración, OSP) presentó, en la tercera sesión, el Documento CE34/5,¹ relativo a este tema.

En él se indica que la Décima Asamblea Mundial de la Salud pidió al Consejo Ejecutivo de la OMS que se pusiera de acuerdo con el Consejo Directivo de la OSPA sobre la manera de adoptar las disposiciones necesarias para que los sueldos y subsidios del personal se conformasen a las necesidades de las organizaciones sanitarias internacionales y que presentara las recomendaciones que estimase oportunas a la Asamblea Mundial de la Salud. Por su parte, la X Reunión del Consejo Directivo estudió la cuestión de las condiciones de empleo y transmitió al Comité Ejecutivo un documento presentado por el Director sobre los principios básicos para el establecimiento de nuevas condiciones de empleo, con el fin de que procediera a un nuevo estudio del asunto, a la vez que rechazó una propuesta de suprimir los subsidios familiares adicionales no computables a efectos de pensión. Finalmente, la 21a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS pidió al Director General que invitara a todos los Comités Regionales a expresar sus opiniones sobre la cuestión de las condiciones de empleo.

El Sr. Simpson señaló que el documento era similar en gran parte al presentado a la X Reunión del Consejo Directivo sobre este mismo tema. Se había incorporado a él el principio propuesto en aquella reunión por el representante de Chile sobre el régimen de contrato para el personal de proyectos. Pero hay dos puntos básicos sobre los que el Sr. Simpson llamó la atención: los subsidios por familiares a cargo y la remuneración del personal.

En cuanto a los primeros, se señala en el documento que por muy justificables que sean los subsidios por familiares a cargo como suplemento de los sueldos pagados por los organismos nacionales, esas justificaciones no son forzosamente valederas para las organizaciones internacionales que emplean personal profesional altamente calificado. La Organización tiene el deber de ofrecer un sueldo suficiente que permita al miembro del personal mantener un nivel de vida en consonan-

¹Documento mimeografiado.

cia con su posición profesional y cumplir con sus responsabilidades de jefe de familia, sin necesidad de emolumentos suplementarios. Por otra parte, la excesiva insistencia en los subsidios por familiares a cargo ha sido un importante factor para impedir aumentos adecuados de los sueldos básicos. Además, ese sistema ha tendido a imponer una discriminación contra los trabajadores sanitarios jóvenes con pocos familiares a su cargo, y contra los funcionarios veteranos, más expertos, cuyos hijos son ya mayores y, por lo tanto, no pueden ser considerados como familiares a cargo. En cada una de estas dos clases hay elementos muy competentes que podrían ser contratados para las actividades sanitarias internacionales.

Respecto a la remuneración del personal, los sueldos de los organismos sanitarios internacionales ya no son apropiados para la contratación de especialistas profesionales y técnicos de sobresaliente competencia, y es preciso proceder con urgencia a aumentos substanciales.

En el Hemisferio Occidental, la OSP/OMS y la ICA son los principales organismos que emplean personal internacional de salud pública. La Administración de Cooperación Internacional de los Estados Unidos contrata actualmente a médicos de salud pública para puestos internacionales con sueldos que, para muchos de los puestos en América Latina, son superiores, como promedio, en \$4.000 a los que, para puestos equivalentes, ofrecen la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud. Sería preciso que, con un sentido realista, se examinara de nuevo la escala básica de sueldos de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Organización Mundial de la Salud, para hacer posible la contratación de personal profesional de salud pública que tenga la alta competencia necesaria. Además de un aumento substancial en los sueldos básicos del personal profesional, es preciso examinar de nuevo la estructura de los grados de la actual escala de remuneraciones. El número de grados no es suficiente para reflejar los diversos niveles de responsabilidad establecidos en la actualidad para los puestos en la OSP y en la OMS.

El Sr. Simpson se refirió después a las dificultades que plantean a la administración de personal el ejercicio de los derechos de cada funcionario y la multiplicidad de subsidios, primas y otros beneficios que reciben actualmente los funcionarios, que comprenden 15 tipos distintos. Es

preciso resolver de alguna manera esta situación para lograr una mayor simplificación y reducir el costo de la administración del personal en los organismos sanitarios internacionales.

En cuanto al informe sobre los sueldos abonados al personal de salud pública en las Américas, presentado en la Parte B del documento, el Sr. Simpson señaló que hasta el momento se han recibido 15 respuestas a los cuestionarios enviados a 20 países. En ellas se observan notables diferencias en las prácticas de los distintos países en materia de empleos y, por consiguiente, la falta de uniformidad en los datos proporcionados dificultó la presentación de análisis comparativos. En el documento se presenta una comparación de los sueldos pagados en seis países a directores de programas médicos así como otra comparación de la remuneración neta abonada a oficiales médicos, grado 4, por la ICA y la OSP, en seis ciudades latinoamericanas. Los grados 4 de la ICA y la OSP/OMS pueden compararse perfectamente en lo que respecta a atribuciones y deberes del titular. El Sr. Simpson señaló que la remuneración de la ICA crea grandes dificultades a la Oficina para contratar para sus programas personal calificado procedente de los Estados Unidos, que es uno de los principales países donde puede obtenerse. Esta es una de las razones de que el Director proponga aumentos substanciales en los sueldos; otra razón importante es que, en la actualidad, sólo la remuneración básica es computable a efectos de pensión en el sistema de la OSP/OMS y, por consiguiente, el personal de la Organización no goza de ciertos beneficios de pensión que propiamente deberían reconocérsele.

El Dr. Díaz Coller (México) señaló que este punto de las condiciones de empleo será uno de los asuntos más importantes que tendrá que resolver la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana. La clasificación de puestos en la OSP está sujeta a la que rige en la OMS y en las Naciones Unidas. Preguntó a este respecto si en el caso de que la Conferencia adoptara un Reglamento y una escala de sueldos distintos a los actuales de aquellas Organizaciones, se podría conseguir que la OMS los adoptara.

El Sr. Siegel (Subdirector General, Departamento de Administración y Finanzas, OMS) manifestó que, como se indica en el documento en discusión, el Director General ha enviado a todas las Oficinas Regionales un cuestionario so-

bre el estudio del Consejo Ejecutivo acerca de los sueldos y subsidios. Hasta ahora se han recibido las respuestas de tres Regiones. Parece prematuro tratar de los principios que se adoptarán antes de completarse y analizarse el estudio. Ahora bien, el Consejo Ejecutivo está autorizado a formular en su estudio las recomendaciones que estime pertinentes sobre modificaciones al sistema de sueldos y subsidios, aun cuando impliquen una desviación del llamado "régimen común" de las organizaciones de las Naciones Unidas. Refiriéndose de nuevo al documento en discusión, el Sr. Siegel señaló que en él había un punto que no parecía claro. Se dice en el documento que una escala de sueldos para el personal internacional debería basarse únicamente en la relativa dificultad y en las responsabilidades del cargo y no en la situación de familia del titular del mismo. El Sr. Siegel sugirió que tal vez sería conveniente aclarar este punto, ya que se interpretaría que esto supone la supresión de los subsidios familiares, lo cual a su juicio, plantearía un grave problema. En cuanto a los demás principios enumerados, la mayoría de ellos están incluidos en el cuestionario enviado por el Director General y no se prevén serias dificultades en este aspecto, ya que estarán comprendidos en el estudio.

El Sr. Simpson (Jefe, División de Administración, OSP) dijo que la información sobre el cuestionario de la OMS, correspondiente a la Región de las Américas, se presentará a la próxima Conferencia porque, habiéndose recibido demasiado tarde, no fue posible presentarlo a la presente reunión del Comité Ejecutivo. El cuestionario trata de puntos específicos, en tanto que el documento presentado a esta reunión se limita a exponer principios generales.

El Dr. Hurtado (Cuba) propuso que se aprobara el proyecto de resolución contenido en el documento presentado. Señaló que es preciso revisar la escala de sueldos e introducir nuevos grados en la clasificación de los puestos, cosa que puede hacer la OSP y la OMS, sin necesidad de tener que sujetarse al régimen común de las organizaciones de las Naciones Unidas. Además, la OMS debe tener en cuenta, al examinar los problemas que se plantean en las Américas en cuanto a la contratación de personal competente, la situación especial de esta Región, por la existencia de la OSPA con su propio presupuesto y personalidad.

El Dr. Díaz Coller (México) propuso que en el proyecto de resolución se introdujera una pequeña modificación en el sentido de recomendar a la Conferencia que apruebe el documento examinado como una declaración de principios básicos, *en lo general*, puesto que debían mantenerse los subsidios por familiares a cargo.

El Dr. Estrella Ruiz (Perú) se sumó a la propuesta del Representante de México, por no estar de acuerdo con algunos puntos concretos expuestos en el documento sometido a examen.

El Presidente declaró igualmente que en toda revisión no debía subestimarse la importancia de los subsidios por familiares a cargo.

Por último, el Comité aprobó por unanimidad la siguiente

RESOLUCION V

El Comité Ejecutivo,

Considerando que, con el objeto de asegurar la uniformidad de condiciones de empleo, la Oficina Sanitaria Panamericana viene aplicando desde 1949, disposiciones sensiblemente iguales, en materia de personal, a las de la Organización Mundial de la Salud;

Considerando que los esfuerzos desplegados con el fin de obtener condiciones uniformes y equitativas de empleo para el personal de los organismos sanitarios internacionales no han dado resultados enteramente satisfactorios;

Considerando que las actuales condiciones de empleo no son apropiadas para atraer al servicio a muchos trabajadores de salud pública que puedan convertirse en funcionarios de carrera de la Organización; y

Habiendo estudiado el informe del Director sobre este asunto, así como la declaración de principios básicos para el desarrollo de mejores condiciones de empleo para el personal internacional de salud pública (Documento CE34/5), y el informe sobre los sueldos abonados al personal de salud pública en las Américas (Parte B),

RESUELVE:

1. Recomendar a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe el Documento CE34/5 como una declaración de principios básicos, que sirva de guía, en lo general, para el desarrollo de un mejor sistema de administración del personal para los organismos sanitarios internacionales.

2. Recomendar a la Conferencia que autorice al Comité Ejecutivo a negociar con el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud la aceptación de dichos principios y su aplicación mediante la adopción de un Estatuto y Reglamento del Personal revisados, que estén basados en aquéllos.

6. Informe del Subcomité Permanente de Edificios y Obras

El Sr. Simpson (Jefe, División de Administración, OSP) presentó el Documento CE34/10,¹ igualmente en la tercera sesión plenaria, sobre este tema, en el que se da cuenta de que se han realizado trabajos de pintura de las fachadas de los edificios de la Sede, por un gasto de \$3.203, y que se va a proceder a la reparación del sistema eléctrico, necesaria para la seguridad del personal y la prevención de incendios, reparación cuyo costo se calcula entre \$3.500 y \$5.000.

El Sr. Simpson manifestó además que, con posterioridad a la preparación de dicho informe, el edificio en que está instalada la Oficina de la Zona VI, en un local en Buenos Aires, se había puesto inesperadamente en venta, y que se había dado a la OSP la opción de adquirir los locales ocupados por dicha Oficina. Este asunto se venía discutiendo desde hacía varias semanas, pero de pronto, a principios de mayo, se dieron al Director dos días para hacer un depósito a cuenta de la adquisición de esos locales, de lo contrario se habrían vendido a otro interesado y la Oficina habría tenido que desalojarlos a fines de año, fecha en que expira el actual contrato. La oferta era muy ventajosa financieramente, pues el precio de venta se fijó en \$21.278. La Oficina paga actualmente más de \$2.700 de alquiler anual. Por consiguiente, el Director autorizó el depósito inicial para adquirir la propiedad.

El Comité aprobó por unanimidad la siguiente

RESOLUCION VI

El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado el Informe del Subcomité de Edificios y Obras, sobre las reparaciones efectuadas y proyectadas en los edificios de la sede,

RESUELVE:

Tomar nota del Informe del Subcomité Permanente de Edificios y Obras (Documento CE34/10).

7. Composición del Subcomité Permanente de Edificios y Obras

El Comité Ejecutivo examinó este tema en la tercera y cuarta sesiones plenarias. El Dr. Wegman (Secretario General, OSP) presentó el Documento CE34/6.² Explicó que el Comité, en su

33a Reunión, había decidido que en la presente se estudiara la conveniencia de designar nuevos miembros del Subcomité Permanente de Edificios y Obras, en vista de que dos de sus componentes, Estados Unidos y la República Dominicana, ya no forman parte del Comité Ejecutivo. Recordó que el Comité, en su 12a Reunión, de acuerdo con una resolución de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana,³ estableció el Subcomité, denominado entonces de Sede Interina, integrándolo con representantes de Estados Unidos, Guatemala y República Dominicana. El Consejo Directivo, en su VI Reunión,⁴ autorizó el establecimiento de un Subcomité Permanente de Edificios y Obras, compuesto de tres miembros que designaría el Comité Ejecutivo, con el fin de que asesorara al Director y a los cuerpos directivos de la Organización sobre las cuestiones relacionadas con los edificios e instalaciones de la sede, composición que fue ratificada por la 18a Reunión del Comité Ejecutivo y la XIV Conferencia.

El Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua) expuso los puntos de vista prácticos del problema, que, a su juicio, aconsejaban que los miembros del Subcomité residieran en Washington, D. C., y que entre ellos figurara un representante de los Estados Unidos. El Dr. Soper (Director, OSP) puso de relieve que el Subcomité era, en realidad, un subcomité de la Conferencia, y que los problemas que se han planteado y que se plantearán en el futuro respecto a la construcción de una nueva sede hacían muy aconsejable la participación de un representante de los Estados Unidos en el Subcomité.

El Presidente sugirió que el Subcomité subsista en su forma actual hasta la 36a Reunión del Comité Ejecutivo y que entonces se tome una decisión concreta en relación a este asunto, y que de no aceptarse esta sugerencia se podría aplazar la discusión de este tema hasta la XV Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Dr. Díaz Coller (México) manifestó que el Subcomité ha de estar integrado por miembros del Comité Ejecutivo y que únicamente así, y sólo por el tiempo que esté en vigor su mandato, pueden ostentar la representación del Comité Ejecutivo. Por lo tanto, propuso la sustitución de dos miembros del actual Subcomité de Edificios y Obras. El Dr. Hurtado (Cuba) declaró que la

¹Documento mimeografiado.

²Documento mimeografiado.

³Resolución XXII, *Publicación de la OSP* 261, 161-162.

⁴Resolución V, *Documento Oficial de la OSP* 1, 9-10.

Conferencia ha de respetar la estructura de la Organización y que un subcomité ha de serlo necesariamente del Comité Ejecutivo. El Dr. Príncipe (Venezuela) estuvo de acuerdo con los puntos de vista expuestos por el Dr. Díaz Coller (México) y el Dr. Hurtado (Cuba).

El Dr. Doria Medina (Bolivia) propuso para ocupar las vacantes del Subcomité a los Representantes de Venezuela y México. El Dr. Hurtado (Cuba) y el Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua) apoyaron dichas candidaturas.

El Presidente propuso que el Comité Ejecutivo expresara su agradecimiento a los Representantes de los Estados Unidos y la República Dominicana por los servicios que prestaron como miembros del Subcomité.

Finalmente, el Comité aprobó por unanimidad la siguiente

RESOLUCION VII

El Comité Ejecutivo,

Teniendo en cuenta que dos miembros del Subcomité Permanente de Edificios y Obras no forman parte en la actualidad del Comité Ejecutivo; y

Considerando que el mandato de los miembros del Subcomité debe cesar al llegar a su término el mandato que ejercen en el seno del Comité Ejecutivo,

RESUELVE:

1. Designar a los Representantes de México y Venezuela para formar parte del Subcomité Permanente de Edificios y Obras, por el tiempo que dure su mandato en el Comité Ejecutivo.

2. Agradecer a los Representantes de los Estados Unidos y de la República Dominicana los valiosos servicios prestados en el seno del citado Subcomité.

8. Fondo Rotatorio de Emergencia

El Sr. Simpson (Jefe, División de Administración, OSP) presentó este tema en la cuarta sesión e informó al Comité Ejecutivo acerca de las solicitudes hechas con cargo al Fondo Rotatorio de Emergencia y que figuran en el Documento CE34/2.¹ Indicó, a continuación, que el Director, con fecha 7 de marzo de 1958, se dirigió a los Gobiernos que recibieron los suministros, en relación al reembolso del total de las cantidades al Fondo Rotatorio de Emergencia.

El Comité Ejecutivo adoptó por unanimidad la siguiente

RESOLUCION VIII

El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe presentado por el

Director sobre el empleo del Fondo Rotatorio para Compras de Emergencia (Documento CE34/2),

RESUELVE:

Tomar nota del informe sobre el empleo del Fondo Rotatorio para Compras de Emergencia (Documento CE34/2) presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

9. Enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

El Sr. Simpson (Jefe, División de Administración, OSP), al presentar el Documento CE34/4² en la cuarta sesión, informó que el Director sometía a la confirmación del Comité ciertas modificaciones introducidas en el Reglamento del personal de la OSP, basadas en cambios análogos aprobados por el Consejo Ejecutivo de la OMS en sus 20a y 21a Reuniones. Estas modificaciones se derivan de recomendaciones formuladas por el Comité de Revisión de Sueldos de las Naciones Unidas y aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en sus undécimo y duodécimo períodos de sesiones. El Director aplicó estos cambios a partir del 1° de enero de 1958. El objetivo de estas modificaciones consiste en establecer un sistema común de sueldos y subsidios aplicable a todo el personal, que reconcilie las diferencias existentes, al mismo tiempo que se mantienen las distinciones necesarias derivadas de las obligaciones contractuales, que varían según la permanencia en el puesto y el lugar de destino. Las modificaciones propuestas afectan a los Artículos 210.3, 220.2, 250, 260, 270, 270.3, 730.1, 730.2, 740, 820.4 y 920 del Reglamento del Personal. Se añade además un nuevo Artículo 265.

Después de algunas aclaraciones el Comité aprobó por unanimidad la siguiente

RESOLUCION IX

El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado las enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, presentadas por el Director en el Documento CE34/4, y

Teniendo en cuenta que modificaciones similares en el Reglamento del Personal de la Organización Mundial de la Salud entraron en vigor el 1° de enero de 1958,

RESUELVE:

Confirmar, de acuerdo con el Artículo 030 del Re-

¹Documento mimeografiado.

²Documento mimeografiado.

glamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, las modificaciones a dicho Reglamento presentadas por el Director en el Documento CE34/4.

10. *Anteproyecto del programa de temas de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana*

El Dr. Wegman (Secretario General, OSP) presentó, en la cuarta sesión, el Documento CE34/11,¹ señalando que el Artículo 7-D de la Constitución de la OSPA establece que el Director debe preparar y someter a la aprobación del Comité Ejecutivo el programa de temas de que tratará la Conferencia Sanitaria Panamericana. De conformidad con esta disposición, el Director ha preparado un anteproyecto de programa de temas para la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, que ha sido remitido a los Gobiernos Miembros con el ruego de que propongan los temas adicionales que a su juicio debiera considerar la Conferencia. El anteproyecto preparado figura en el Documento CSP15/1, Rev. 1,² anexo al documento puesto a discusión.

El anteproyecto fue examinado tema por tema. El Dr. Hurtado (Cuba) propuso que el tema que figura con el número 3 (Elección de la Comisión de Credenciales), pasara a ocupar el número 2, por considerar que sólo después que se han revisado las credenciales de los representantes, pueden éstos discutir y adoptar el Reglamento de la Conferencia Sanitaria Panamericana; en consecuencia, el punto que figura con el número 2 (Adopción del Reglamento de la Conferencia Sanitaria Panamericana), debería ocupar el número 3.

Así quedó aprobado.

En relación al tema 14 (Informe del Subcomité Permanente de Edificios y Obras), el Dr. Hurtado (Cuba) indicó que este Subcomité no tiene que informar a la Conferencia, sino al Comité Ejecutivo, y éste, a su vez, en el informe de su Presidente, debe dar cuenta a la Conferencia de la labor del Subcomité. Por lo tanto, debe suprimirse el punto 14 del anteproyecto de programa de temas.

Así quedó aprobado.

Al discutirse los temas 21 y 22, Estado de la erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas e Informe sobre el estado de la erradicación de la

malaria en las Américas, respectivamente, el Dr. Soper (Director, OSP) explicó que hace diez años se inició la campaña de erradicación del *Aedes aegypti* y que como un número importante de países han logrado erradicar este vector, la Oficina ha realizado un esfuerzo excepcional este año para completar las investigaciones necesarias, en colaboración con las autoridades sanitarias de los países interesados, con el fin de poder anunciar a la Conferencia la erradicación del *Aedes aegypti* en dichos países. Por otra parte, el programa de erradicación de la malaria tiene tanta importancia y es tanto el esfuerzo que para él realizan las distintas naciones de las Américas, que puede considerarse como un tema ineludible. Además de los informes que presente cada país sobre estos dos temas, la Oficina presentará un resumen de todos estos informes, que dará una visión de conjunto del estado de estos problemas en las Américas.

El Dr. Doria Medina (Bolivia) destacó que la erradicación de la viruela es también un tema muy importante, pues en algunos países, entre ellos Bolivia, por diversas circunstancias no ha podido realizarse todavía y ello podría poner en peligro la salud de los países vecinos. El Dr. Soper (Director, OSP) informó que si bien desde 1954 los países del Norte y Centroamérica, Panamá y el Caribe no han notificado ni un solo caso de viruela, en 1957 siete países de América del Sur notificaron cierto número de casos. Por otra parte, en la próxima Asamblea Mundial de la Salud, que se celebrará dentro de unos días en Minneápolis, Estados Unidos, el Gobierno de la URSS presentará la proposición de que se emprenda una campaña mundial de erradicación de la viruela, lo que viene a confirmar la importancia actual del tema.

El Dr. Doria Medina (Bolivia) propuso, en consecuencia, que se incluyera en el programa de temas de la Conferencia uno sobre el estado de la erradicación de la viruela en las Américas.

Así quedó aprobado.

El Dr. Díaz Coller (México) dijo que, con el fin de facilitar a la Conferencia su decisión sobre el tema 30 (Lugar y Fecha de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana), convendría que el Director escribiera una carta a los Gobiernos llamando su atención sobre este tema. Esta sería la mejor manera de conocer qué países se ofrecen como sede de la XVI Conferencia Sanitaria Pana-

¹Documento mimeografiado.

²Documento mimeografiado.

mericana, con lo que la XV Conferencia tendría más posibilidades de estudiar el problema y elegir una mejor solución. En consecuencia, propuso que se encomendase al Director el envío de dicha comunicación a los Gobiernos.

Así quedó aprobado.

El Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua) preguntó si no sería conveniente poner en conocimiento de la Conferencia la interesante experiencia del INCAP. El Dr. Soper (Director, OSP) destacó que el INCAP, por su organización y funcionamiento y por los resultados obtenidos en sus investigaciones, constituye un estímulo y un ejemplo de lo que los países pueden realizar colaborando entre sí y con la OSP. Señaló que los progresos realizados en el campo de la nutrición, en las Américas, hacen prever que el problema de la nutrición despertará cada vez mayor interés en este Continente. El INCAP, recordó, tiene una situación especial, pues si bien es un organismo de los Gobiernos de Centro América y Panamá, fundado por iniciativa de la OSP, ésta tiene a su cargo la responsabilidad administrativa del Instituto. El Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua) propuso que, en vista de la importancia de la labor del INCAP y del ejemplo de colaboración internacional que su funcionamiento constituye, se agregara al anteproyecto de programa de temas de la Conferencia uno con este título: "Informe sobre la organización y labores del INCAP".

Así quedó aprobado.

El Comité, finalmente, adoptó por unanimidad la siguiente

RESOLUCION X

El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado el anteproyecto de programa de temas (Documento CSP15/1, Rev. 1) preparado por el Director para la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, X Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, que se celebrará en San Juan, Puerto Rico, del 21 de septiembre al 6 de octubre de 1958; y

Considerando que el Artículo 7-D de la Constitución establece que "el programa de los asuntos que tratará la Conferencia deberá ser preparado por el Director y aprobado con anterioridad por el Comité Ejecutivo",

RESUELVE:

1. Aprobar el proyecto de programa de temas de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, X Reu-

nión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (Documento CSP15/1, Rev. 2).¹

2. Autorizar al Director a que añada al proyecto referido los nuevos temas que propongan oportunamente los Gobiernos Miembros y Organizaciones con derecho a proponer temas, y de los cuales se dará cuenta a la 35a Reunión del Comité Ejecutivo, a los efectos procedentes.

11. *Preparativos para la XV Conferencia Sanitaria Panamericana*

Este tema se examinó en las sesiones cuarta y quinta. El Dr. Wegman (Secretario General, OSP) presentó el Documento CE34/13,² en el que el Director indica las fechas previstas para la XV Conferencia Sanitaria Panamericana y la 35a y 36a Reuniones del Comité Ejecutivo; informa sobre el resultado de las negociaciones celebradas con el Presidente Ejecutivo y el Secretario de la Comisión Organizadora, en virtud de las cuales se han establecido los compromisos adoptados por el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, a través de su Departamento de Estado, en relación con la celebración de la Conferencia en San Juan, y las obligaciones que asumirá en este sentido la Oficina Sanitaria Panamericana; describe el método de trabajo establecido para la Conferencia y anuncia que el Dr. James L. Goddard, Jefe del Programa de Prevención de Accidentes del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, ha preparado la exposición del tema "La prevención de los accidentes de la infancia" para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la Conferencia. Por otra parte, se señala en el documento que tomando en consideración la trascendencia de la campaña de erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas, el Director ha invitado a los Gobiernos de los países en que se ha logrado la erradicación a que presenten la correspondiente declaración oficial a la Conferencia, a la cual el Director presentará también un documento basado en los informes periódicos de los países sobre el estado de la erradicación, tema que a juicio del Director debe ser examinado por el pleno de la Conferencia. Se indica asimismo en el documento que dada la importancia que ha venido adquiriendo la presentación de los informes de los Estados Miembros sobre sus condiciones y progresos sanitarios, el Direc-

¹Documento mimeografiado.

²Documento mimeografiado.

tor sugiere el siguiente procedimiento para su discusión en la Conferencia: que se presente en sesión plenaria el documento que contiene el resumen, preparado por la Oficina, de los informes cuadriennales presentados por los Gobiernos Miembros, que las delegaciones de los Gobiernos puedan hacer uso de la palabra inmediatamente después de haber sido presentado el tema, con el fin de ampliar los informes de los respectivos países, y que una vez terminados los informes orales de las delegaciones, se seleccionen los aspectos y problemas específicos que se estime deban ser objeto de estudio especial y se sometan a la consideración de la Comisión I (Asuntos Técnicos). Por último, se señala que la Oficina presentará a la Conferencia un documento resumiendo los informes de cada país sobre el estado de la erradicación de la malaria, sin perjuicio de que cada una de las delegaciones presente una exposición verbal poniendo de relieve los puntos más destacados del programa de la erradicación en su país respectivo. El Documento CE34/13 lleva como Anexo I un proyecto de Reglamento relativo a las Discusiones Técnicas durante la XV Conferencia.

Al examinarse las fechas señaladas para la 35a Reunión del Comité Ejecutivo, el Dr. Díaz Coller (México) propuso que esta reunión se limitara a dos días en lugar de los cuatro (16-19 de septiembre) que se prevén en el documento presentado. Señaló a este respecto las dificultades de los miembros del Comité para ausentarse de sus países por largos períodos y la necesidad, por lo tanto, teniendo en cuenta que después se va a celebrar la Conferencia, de limitar en lo posible la duración de dicha reunión.

El Dr. Soper (Director, OSP) recordó que, en la citada reunión, el Comité habrá de examinar en detalle el proyecto de programa y presupuesto de la OMS para la Región de las Américas, correspondiente a 1960, así como el anteproyecto de programa y presupuesto de la OSPA para el mismo año. Por lo tanto, la duración de la reunión dependerá del tiempo que lleve este estudio.

El Dr. Hurtado (Cuba) señaló que en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana se dieron atribuciones al Comité Ejecutivo para tomar diversas medidas relacionadas con la organización de las futuras Conferencias, como, por ejemplo, la preparación de la sesión inaugural de las mismas, por lo que estimó que no era conveniente reducir los días previstos para la 35a Reunión.

El Dr. Wegman (Secretario General, OSP) informó que, en efecto, en la Resolución XXXI de la XIV Conferencia¹ se autorizó al Comité Ejecutivo para que, en relación con la preparación de futuras reuniones del Consejo Directivo y de la Conferencia Sanitaria Panamericana, tomara las medidas que fueran necesarias para facilitar su desarrollo y dar la mayor eficiencia posible a sus trabajos.

El Dr. Díaz Coller (México) insistió en su propuesta de que se redujera a dos días la duración de la 35a Reunión del Comité, propuesta a la que se adhirió el Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua). Puesta a votación *quedó rechazada* por 3 votos a favor y 4 en contra.

Seguidamente, el Presidente propuso que se fijaran las fechas del 17 al 19 de septiembre para dicha reunión, proposición que *fué aprobada* por 4 votos a favor y 3 en contra.

El Comité procedió después al examen del proyecto de Reglamento relativo a las Discusiones Técnicas durante la XV Conferencia. El Dr. Wegman (Secretario General, OSP) explicó que el proyecto presentado respondía, en el fondo, al aprobado por el Consejo Directivo en su VIII Reunión para las Discusiones Técnicas que tienen lugar durante las reuniones del mismo, con las necesarias adaptaciones para la Conferencia.

El Dr. Hurtado (Cuba) estimó que el proyecto de Reglamento estaba bien concebido, y propuso que se preparara un proyecto para las Discusiones Técnicas del Consejo Directivo y de las futuras Conferencias para su presentación a la próxima Conferencia. Por otra parte, propuso también que el tema de las Discusiones Técnicas se examinara no en el seno de la Comisión I (Asuntos Técnicos), sino por el pleno de la Conferencia, y que éste no se limitara a tomar nota del informe sobre las discusiones, sino que formulara recomendaciones específicas en relación a las conclusiones adoptadas en ellas.

El Dr. Díaz Coller (México), se adhirió a las propuestas del Representante de Cuba, propuestas que *fueron aprobadas* por unanimidad. A este fin, sin perjuicio de las demás adaptaciones necesarias, *se acordó* que el Artículo 21 del proyecto de Reglamento, quedara redactado en los siguientes términos: "La Conferencia o el Consejo podrá adoptar recomendaciones sobre el tema tratado en las Discusiones Técnicas, siguiendo la misma tra-

¹Documento Oficial de la OSPA 14, 669-670.

mitación que las otras recomendaciones de la reunión."

El Dr. Wegman (Secretario General, OSP) anunció que el proyecto de Reglamento relativo a las Discusiones Técnicas, se incluiría como punto 15 en el programa de temas de la Conferencia. Indicó asimismo que el Director presentará a dicha Conferencia los documentos de exposición de los temas "Estado de la erradicación de la viruela en las Américas" y "Organización y labores del INCAP", propuestos por los Representantes de Bolivia y Nicaragua, respectivamente, en la sesión anterior.

Finalmente, el Comité aprobó por unanimidad la siguiente

RESOLUCION XI

El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe del Director relativo a los preparativos para la XV Conferencia Sanitaria Panamericana (Documento CE34/13 y Anexo 1),

RESUELVE:

1. Tomar nota de las medidas adoptadas para la organización de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana y las reuniones del Comité Ejecutivo anterior y posterior a la misma, que se celebrarán en San Juan, Puerto Rico del 17 de septiembre al 6 de octubre de 1958, y expresar su agradecimiento al Gobierno de los Estados Unidos, al Estado Libre Asociado de Puerto Rico y a la Comisión Organizadora por la cooperación que prestan en la preparación de estas reuniones.

2. Recomendar al Director que tome las medidas necesarias para los efectos de la presentación y el estudio de los siguientes temas de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, de conformidad con el procedimiento señalado en el Documento CE34/13:

- a) Discusiones Técnicas sobre "La prevención de los accidentes de la infancia".
- b) Estado de la erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas.
- c) Informes de los Estados Miembros sobre sus condiciones y progresos sanitarios alcanzados en el período transcurrido entre la XIV y XV Conferencias Sanitarias Panamericanas.
- d) Erradicación de la malaria en las Américas.

3. Someter a la consideración de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana el proyecto de Reglamento para las Discusiones Técnicas (Documento CE34/13, Anexo I, Rev. 1).¹

12. Enmienda del formato y presentación del presupuesto

El Sr. Simpson (Jefe, División de Administra-

ción, OSP) explicó, en la quinta sesión, que de acuerdo con la Resolución II de la 25a Reunión del Comité,² por la que se encomendó al Director que continuara estudiando los medios de mejorar la forma de presentación del presupuesto, en el Documento CE34/3³ sobre este tema se propone modificar la forma de presentación de algunas de las partidas de gastos enumeradas en todos los proyectos que figuran en el Título III del documento presupuestario, de modo que aparezcan agrupados todos los gastos de subsidios y viajes reglamentarios, por una parte, y por la otra los gastos de viajes en comisión de servicios. Esto permitiría un mejor examen de los proyectos por parte de los cuerpos directivos, y se cree que podría tener por resultado cierta reducción del volumen y costo del documento presupuestario. Estas modificaciones entrañan algunos cambios en los títulos de ciertas columnas, pero no afectan a los principios fundamentales de presentación del presupuesto recomendados por los cuerpos directivos.

El Presidente, el Dr. Hurtado (Cuba) y el Dr. Díaz Coller (México) solicitaron algunas aclaraciones, que el Sr. Simpson facilitó, indicando que la partida para viajes en comisión de servicio es un elemento importante para el examen de los proyectos y que por esta razón se había propuesto dicha modificación. La reunión de subsidios y viajes reglamentarios es razonable, porque ambos tienen costos fijos que, en mayor o menor escala, derivan automáticamente del puesto presupuestado. Sin embargo, la Oficina proporcionará los detalles analíticos necesarios sobre las diversas partidas cuando se proceda al estudio de los documentos presupuestarios.

El Comité aprobó por unanimidad la siguiente

RESOLUCION XII

El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado la propuesta del Director para modificar la forma de presentación de algunas de las partidas de gastos enumeradas en todos los proyectos que figuran en el Título III del documento presupuestario, así como los títulos de las dos primeras columnas de los cuadros del "Resumen de los programas por grupos de egresos", y

Teniendo en cuenta que las modificaciones propuestas no afectan a los principios fundamentales en cuanto a la forma de presentación recomendada anteriormente por los cuerpos directivos,

¹Documento mimeografiado.

²Documento CE25/42.

³Documento mimeografiado.

¹Documento mimeografiado.

RESUELVE:

1. Aprobar las modificaciones recomendadas por el Director en la forma de presentación de los documentos presupuestarios.

2. Aplicar estas modificaciones en la presentación del presupuesto de la Organización para 1960.

13. *Nombre de la Organización Sanitaria Panamericana y títulos de sus altos funcionarios*

A. *Empleo de la expresión "de la Salud", en lugar del término "Sanitaria", en el título de la Organización*

El Dr. Wegman (Secretario General, OSP), al presentar este punto en la quinta sesión, señaló que el término "Sanitaria", en la historia de la Organización Sanitaria Panamericana, data de 1902, época en que las principales funciones internacionales, en el campo de la salud, eran las relacionadas con la aplicación de las disposiciones sanitarias internacionales. Hoy en día, el objetivo de la Organización abarca el amplio concepto de la salud expresado en el Artículo 1 de la Constitución, a saber, "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".

Para evitar confusiones en esta materia y fomentar una mejor comprensión de la labor de la Organización, se propone que el Comité examine la conveniencia de recomendar que el término "Sanitaria" sea substituido por la expresión "de la Salud" en el título de la Organización Sanitaria Panamericana. Esta modificación no alteraría, en modo alguno, el histórico nombre de la Oficina Sanitaria Panamericana, según aparece en el Código Sanitario Panamericano de 1924, tratado ratificado por todas las Repúblicas Americanas.

El Dr. Hurtado (Cuba) preguntó si había algún procedimiento establecido para la revisión de la Constitución, toda vez que en la OMS las propuestas de enmienda a su Constitución están sujetas a varios requisitos, entre ellos, la notificación de las mismas a los Gobiernos Miembros seis meses antes de su examen.

El Dr. Wegman (Secretario General, OSP) informó que el Artículo 25 de la Constitución de la OSPA deja a la Conferencia o al Consejo el establecimiento de normas para la revisión. El único

precedente que existe en esta materia es el de la Resolución XXXIX de la XIV Conferencia,¹ en el que ésta dispuso que para la aprobación del proyecto de enmiendas a la Constitución, examinado en dicha Conferencia, se necesitaría el voto afirmativo de una mayoría de dos tercios. El Dr. Wegman añadió que el Director, en comunicación de primeros de abril, anunció a los Gobiernos Miembros que estas propuestas de modificación se presentarían tanto a la presente reunión del Comité Ejecutivo como a la Conferencia.

El Dr. Hurtado (Cuba) recordó que la Delegación de su país presentó a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, una propuesta para el cambio de título, no sólo de la Organización, sino también de la Oficina. Por ello, aprobaba la propuesta presentada.

Después de un breve debate, en el que el Dr. Estrella Ruiz (Perú) y el Dr. Doria Medina (Bolivia) propusieron pequeñas modificaciones de forma al proyecto de resolución sobre este punto, contenido en el Documento CE34/7,² el Comité aprobó por unanimidad la siguiente

RESOLUCION XIII

El Comité Ejecutivo,

Teniendo en cuenta que el término "Sanitaria" en la denominación de la Organización Sanitaria Panamericana no expresa plena ni exactamente el carácter de esta Organización ni sus funciones en el amplio campo de la salud, establecidos en el Artículo 1 de la Constitución;

Considerando que la sustitución de la palabra "Sanitaria" por la expresión "de la Salud" en el título de la Organización, en los cuatro idiomas oficiales (en español, *Organización Panamericana de la Salud*; en francés, *Organisation panaméricaine de la Santé*; en inglés, *Pan American Health Organization*; y en portugués, *Organização Pan-Americana da Saúde*), corregiría la situación expuesta, y, al facilitar una mejor comprensión de las actividades de la Organización, conseguiría mayor apoyo por parte del público en general; y

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el Artículo 25 de la Constitución,

RESUELVE:

Recomendar a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana que estudie la siguiente enmienda a la Constitución de la Organización:

Substituir el título de "Organización Sanitaria Panamericana" por el de "Organización Panamericana de la Salud" en los Artículos 1, 2-A, 3, 19-B y 21-A.

¹Documento Oficial de la OSPA 14, 673.

²Documento mimeografiado.

B. Títulos de los altos funcionarios

Seguidamente, el Dr. Wegman (Secretario General, OSP) dio cuenta de la parte del Documento CE34/7 relativa a este punto.

La Constitución de la Organización dispone que la Oficina Sanitaria Panamericana tendrá un Director y un Secretario General. Esto da lugar a confusiones, ya que en otros organismos internacionales, como la Organización de los Estados Americanos y las Naciones Unidas, el Secretario General ejerce funciones equivalentes a las del Director de la Oficina, tanto en su carácter de principal funcionario administrativo como de representante legal de la respectiva organización.

Para evitar esta confusión, se propone que el Comité someta a la consideración de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana los cambios que pudieran introducirse en los títulos de los altos funcionarios de la Oficina. Dos son las fórmulas que, con carácter alternativo, parecen indicadas:

1. Que el más alto funcionario técnico y administrativo de la OSP y representante legal de la misma se denomine Secretario General, y los funcionarios que ahora reciben los títulos de Subdirector y Secretario General, se denominen Secretario General Adjunto y Subsecretario General.

2. Que se suprima el título de Secretario General; el título de Director se usaría, en tal caso, para designar al principal funcionario técnico y administrativo de la Organización y representante legal de la misma, y los funcionarios que la Constitución denomina Subdirector y Secretario General, llevarían los títulos de Director Adjunto y Subdirector, respectivamente.

El Dr. Soper (Director, OSP) manifestó que el orden de presentación de las dos fórmulas no suponía preferencia alguna por parte de la Oficina, aunque, a su juicio, el título de Director se adaptaba mejor que el de Secretario General a las funciones y a la estructura de la Organización.

El Comité, después de una breve discusión, decidió examinar únicamente la segunda alternativa propuesta en el documento.

El Dr. Hurtado (Cuba) propuso en primer lugar que el título del principal funcionario técnico y administrativo fuera el de Director General, en lugar de Director, para poner más de relieve la importancia del cargo. Además, estimó que en una nueva estructura de la Oficina sería sufi-

ciente contar solamente con un Director y un Subdirector, toda vez que el Director ha asumido las funciones de Secretario en las reuniones de los cuerpos directivos de la Organización. Pero a juicio del Dr. Hurtado, más que a un cambio de títulos habría que proceder a una revisión de la estructura y funciones de los altos cargos de la Oficina, teniendo en cuenta la experiencia obtenida y las necesidades actuales, incluso la creación de una nueva división encargada de la organización de las reuniones y seminarios que cada vez están adquiriendo mayor importancia. De esta suerte, se lograría además una mayor compenetración entre la Oficina y los cuerpos directivos.

Sometida a votación la propuesta del Representante de Cuba, respecto al cambio del título del Director, *quedó rechazada* por 3 votos a favor y 4 en contra.

Seguidamente, el Comité pasó a examinar los títulos de los otros dos altos funcionarios, estimándose en general que los de Director Adjunto y Subdirector se prestan a confusiones en cuanto a la delimitación de funciones.

Después de amplio debate, el Dr. Díaz Coller (México) propuso que los miembros del Comité meditaran y cambiaran impresiones privadamente sobre esta cuestión y los demás puntos planteados por el Representante de Cuba, a fin de poder facilitar la decisión más oportuna en la séptima sesión.

Así quedó acordado.

Al reanudarse en la séptima reunión el debate sobre este punto, el Presidente dio cuenta de que en una reunión privada de los miembros del Comité se había convenido en que los títulos de los dos altos funcionarios que siguen en jerarquía al Director, fueran el de Subdirector y Subdirector Adjunto, en español, y "Deputy Director" y "Assistant Director", en inglés.

Después de una breve discusión, en la que se introdujo una pequeña modificación a la parte expositiva del proyecto de resolución contenido en el Documento CE34/7, el Comité aprobó por unanimidad la siguiente

RESOLUCION XIV

El Comité Ejecutivo,

Considerando que los actuales títulos de los altos funcionarios de la Oficina Sanitaria Panamericana son ambiguos y no reflejan exactamente sus funciones y actividades;

Considerando la conveniencia de adoptar títulos de

uso general que, de por sí, den idea de las funciones del puesto de que se trata; y

Considerando lo dispuesto en el Artículo 25 de la Constitución,

RESUELVE:

Recomendar a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana que estudie las siguientes enmiendas a la Constitución de la Organización:

- a) Revisión del texto del Artículo 4-E para que quede redactado en los siguientes términos: "La Conferencia elegirá al Director de la Organización Panamericana de la Salud por dos tercios de los votos de los países presentes con derecho a votar. El Director será el principal funcionario técnico y administrativo de la Organización y representante legal de la misma. En caso de renuncia, incapacidad o muerte del Director en el intervalo de las Conferencias, el Consejo Directivo elegirá un Director que actuará con el carácter de interino".
- b) Revisión del texto del Artículo 18-A para que quede redactado en los siguientes términos: "La Oficina Sanitaria Panamericana estará a cargo del Director designado de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 4, párrafo E. En caso de renuncia, incapacidad o muerte del Director, el Subdirector asumirá sus obligaciones hasta la próxima reunión del Consejo".
- c) Supresión de las palabras "de la Oficina Sanitaria Panamericana" (o "de la Oficina") después del título de "Director" en los Artículos 4-B, 8-B, 8-C, 9-D, 10-B, 10-C, 12-A, 12-C, 14-A, 18-C, 20 y 24-A.
- d) Revisión de la primera oración del Artículo 18-B para que quede redactada en los siguientes términos: "Habrá un Subdirector y un Subdirector Adjunto designados por el Director con la aprobación del Comité Ejecutivo".
- e) Adición de la oración siguiente al principio del Artículo 17: "La Oficina Sanitaria Panamericana es la Secretaría General de la Organización Panamericana de la Salud".

14. Enmiendas a introducir en la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, relativas al Comité Ejecutivo

En la sexta sesión, el Dr. Wegman (Secretario General, OSP) informó que, de acuerdo con el Artículo 10 (c) del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, el Director incluyó en el programa de temas uno presentado por el Gobierno de Cuba, referente a enmiendas a introducir en la Constitución de la OSPA, relativas al Comité Ejecutivo. En el Documento CE34/8¹ figura el texto de la carta dirigida el 10 de abril de 1958 al Director de la Oficina por el Dr. Félix Hurtado, Embajador Encargado de Asuntos Sanitarios

¹Documento mimeografiado.

Internacionales de Cuba, en la que se formulan las propuestas de enmienda aludidas. Recuerda la carta que ya en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, el Gobierno de Cuba presentó un proyecto de enmiendas que la Conferencia rechazó. Pero dicho Gobierno sigue creyendo necesario insistir en el citado proyecto. Este sugiere que se eleve de siete a nueve el número de miembros del Comité Ejecutivo. Para evitar que éstos vivan desconectados de la intimidad funcional de la Oficina convendría que cada uno de ellos realizara una estancia permanente en Washington, para lo cual debería estar adscrito a la Oficina durante cuatro meses de sus 36 de mandato. Esto proporcionaría a cada miembro del Comité ocasión de conocer mejor la Oficina. El costo de esta permanencia no sería elevado y, en todo caso, quedaría compensado por las ventajas que aquélla reportaría. Se propone, en consecuencia, que, si se adoptan estas enmiendas, se incluyan en el presupuesto de la OSPA las cantidades necesarias para aplicarlas. El Gobierno de Cuba propone que el Comité Ejecutivo recomiende estas enmiendas a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana.

Por otra parte, el Gobierno de Cuba propone que el Comité Ejecutivo recomiende a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana que declare disueltos todos los Comités, Subcomités y Comisiones Especiales que estén funcionando, agradeciendo a sus miembros los servicios prestados; y dejando con ello al Comité Ejecutivo en libertad para reestructurar dichos organismos o cancelarlos definitivamente, según los casos, quedando bien establecido que todos ellos dependen del Comité Ejecutivo.

Al terminar la lectura del documento, el Dr. Soper (Director, OSP) se refirió expresamente al segundo párrafo de la página 4. En él se dice "¿Cuántos funcionarios tiene la Organización, tanto la Panamericana como la Mundial, con asignaciones aun mayores y cuya utilidad real más de una vez resulta difícil de explicar de manera exacta?". El Dr. Soper declaró que, como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y Director Regional de la Organización Mundial de la Salud, rechazaba las implicaciones de dicho párrafo.

En el debate que se desarrolló a continuación, el Dr. Díaz Coller (México) convino en que es necesario un mayor contacto entre el Comité Ejecutivo y la Oficina, y en que un aumento de miembros del Comité Ejecutivo daría mayor re-

presentación a los países, pero se mostró en desacuerdo con la propuesta de que los miembros del Comité Ejecutivo residieran por turno en Washington, pues los representantes son funcionarios de sus Gobiernos y no pueden permanecer por tanto tiempo ausentes de sus cargos. Sugirió, como fórmula alternativa, que se celebraran reuniones trimestrales del Comité, pues así se aumentarían las posibilidades de que los representantes conocieran mejor la Oficina. El Dr. Estrella Ruiz (Perú) indicó que la propuesta del Gobierno de Cuba traduce el deseo del Comité Ejecutivo de compenetrarse con el funcionamiento de la Oficina, mas se mostró de acuerdo con el Representante de México en que los Gobiernos no permitirían que sus funcionarios se alejaran por cuatro meses de su cargo. Sugirió que el mismo objetivo que persigue la propuesta de Cuba podría lograrse haciendo preceder la Reunión del Comité Ejecutivo de diez o doce días de estancia de los representantes en Washington, para que, de acuerdo con un programa de trabajo elaborado previamente, establecieran un contacto estrecho con la labor de la Oficina. Este plan no costaría más allá de \$2.100 al año. Se mostró conforme con la última parte de la propuesta del Gobierno de Cuba, sobre revisión de Comités, Subcomités o Comisiones Especiales.

El Dr. Príncipe (Venezuela) informó que esta propuesta del Representante de Cuba había sido discutida por su Gobierno e indicó que estaba en desacuerdo con el aumento del número de miembros y con la residencia de los representantes en Washington; en cambio, podría convenir estudiar las posibilidades de aumentar el número de reuniones del Comité a cuatro al año, con una permanencia más larga en Washington de los representantes, y que las reuniones se celebraran en el edificio sede de la OSP.

El Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua) comunicó, a título informativo, que algunos Gobiernos están estudiando la conveniencia de designar agregados de salud pública en sus embajadas en Washington.

El Dr. Doria Medina (Bolivia) expresó su desacuerdo con la propuesta en debate, y señaló que, cuando se está discutiendo la reducción del presupuesto, parecería una contradicción recomendar un nuevo gasto. Se mostró de acuerdo, en cambio, en la revisión de Comités, Subcomités o Comisiones Especiales.

El Dr. Hurtado (Cuba) puntualizó que el pá-

rrafo de su propuesta al que hizo referencia el Dr. Soper refleja una opinión personal suya y que no se refiere a personas, sino a puestos. Afirmó que el aumento de miembros del Comité Ejecutivo satisfaría un anhelo constante, que se ha manifestado, por ejemplo, en el deseo de ampliar el Consejo Ejecutivo de la OMS; ello tendría por resultado dar mayor oportunidad a los Estados Miembros de participar en la dirección de la Organización. Por otra parte, consideró que nadie puede discutir al Gobierno Miembro mayor contribuyente el derecho a participar en la dirección de la Organización y dijo que él no tendría ningún inconveniente en que se declarara a los Estados Unidos miembro permanente del Comité Ejecutivo, cosa que se podría lograr ampliando el número de miembros del Comité. Hizo historia del desarrollo de la Organización y destacó la labor realizada por el Dr. Soper al servicio de la salud pública continental. Insistió en la conveniencia de estrechar la relación entre el Comité Ejecutivo y la Oficina. Sería conveniente, entre otras cosas, que los representantes pudieran participar, por ejemplo, en las reuniones del Director con los Representantes de Zona o con los jefes de División de la Oficina, no con una misión fiscalizadora, sino para su propio perfeccionamiento. Sería tan importante, agregó, la utilidad que los países obtendrían en este sentido con la residencia por turno de los representantes en Washington, que, sin duda, los Gobiernos les concederían la licencia necesaria para ello.

El Dr. Soper (Director, OSP) informó que las reuniones del Comité no se celebran en el edificio de la Sede porque en éste no hay ningún lugar apropiado para ello, y manifestó su esperanza de que en el nuevo edificio, que cabe confiar que se construya dentro de pocos años, se disponga de los medios adecuados para que en él se celebren todas las reuniones de la Organización.

El Presidente propuso que el Comité tomase nota de la propuesta del Gobierno de Cuba y expresase a éste su agradecimiento por el interés que su iniciativa demuestra por la eficacia de la labor del Comité Ejecutivo. El Dr. Príncipe (Venezuela) apoyó esta propuesta.

Por seis votos a favor, ninguno en contra y una abstención, el Comité aprobó la siguiente

RESOLUCION XV

El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado detenidamente el tema propuesto por el Gobierno de Cuba, bajo el título "En-

miendas a introducir en la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, relativas al Comité Ejecutivo",

RESUELVE:

Tomar nota de las sugerencias formuladas en el Documento CE34/8 y agradecer al Gobierno de Cuba el interés que con su iniciativa demuestra por la eficacia de la labor de este Comité.

15. *Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1959*

A. *Discusión general*

En la segunda sesión plenaria, el Comité procedió al examen general del proyecto de programa y presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1959. El Dr. Wegman (Secretario General, OSP) al presentar el Documento CE34/9¹ explicó que en él figuran las modificaciones propuestas por el Director al anteproyecto de programa y presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1959, contenido en el *Documento Oficial No. 21*. Recordó que dicho anteproyecto fue examinado por el grupo de trabajo que el Consejo Directivo designó en su X Reunión. Estimó el grupo de trabajo que el anteproyecto debía ser objeto de consulta con las autoridades nacionales de salud pública de los Gobiernos Miembros y de dichas consultas resultaron, para 1959, requerimientos considerablemente mayores que los previstos cuando se preparó el *Documento Oficial No. 21*.

En el anteproyecto se preveía para los programas de campo un total de \$3.784.190, con cargo a las tres fuentes de fondos: presupuesto ordinario de la OSP, presupuesto ordinario de la OMS y AT/OMS. Las consultas con los Gobiernos revelaron que, en realidad, se requerirán \$5.096.090, cifra que rebasa en \$1.311.900 los fondos previsibles. Este aumento en los requerimientos demuestra que los Gobiernos están decididos a lanzarse resueltamente a mejorar la salud de sus pueblos, y asimismo su confianza en que la Oficina puede prestarles la colaboración solicitada. El mismo interés demostró el Comité Interamericano de Representantes de los Presidentes, el cual señaló que el apoyo financiero para la ampliación del programa de salud pública en las Américas ha de proceder de los gobiernos, a través del sistema presupuestario de la OSPA. En vista de todo lo anterior, el Director estima que ha de proponer

para el presupuesto de la OSPA, correspondiente a 1959, el mismo tope que aparece en el *Documento Oficial No. 21*, o sea, \$4.000.000, y considera que no cumpliría con su deber si sugiriera cualquier cantidad inferior al aumento propuesto con anterioridad. Aun así, hay que imponer, como promedio, una reducción del 25,7 por ciento tanto en el volumen como en el número de los proyectos, y la más estricta aplicación de prioridades, a fin de no rebasar el tope propuesto. Se ha hecho un minucioso análisis de todas las posibles reducciones en los servicios de la Sede, de suerte que pueda aplicarse a los programas de campo la máxima proporción del aumento. En la revisión que ahora se presenta se reducen todavía más los gastos administrativos, pues el 96,6 por ciento se destina, en efecto, a los programas de campo. El proyecto del programa para 1959 tomando en cuenta los fondos de la OSP, OMS, y AT/OMS representa una ampliación del 15,7 por ciento, sobre 1958. El Documento CE34/9 contiene una serie de cuadros, en los que se detallan los cambios propuestos, partida por partida. Es necesario continuar ciertos proyectos, cuya terminación se había previsto en 1958, y que ascienden a \$114.856. Para los proyectos nuevos más urgentes, se requieren \$225.848. Con el fin de atender a estas necesidades, es preciso reducir el resto del programa, especialmente los programas interzonas, además de aplazar o reducir ciertos elementos de otros programas.

En el debate que se desarrolló a continuación, el Dr. Díaz Coller (México) puso de relieve que el aumento propuesto por el Director, si bien representa el 15,7 por ciento de todos los fondos, en realidad, supone el 33 por ciento del presupuesto ordinario de la OSPA, que es aquél cuyo aumento se sugiere. Por lo tanto, esto significa un aumento de igual proporción en las cuotas de los Gobiernos Miembros. Destacó, además, que si bien ninguna organización puede dejar de aumentar su presupuesto, por lo menos en la misma proporción en que disminuye el valor adquisitivo de la moneda, no es prudente introducir aumentos considerables. A su parecer, el aumento del presupuesto de la OSPA desde unos \$200.000 hasta los \$3.000.000 actuales, que ha ido logrando el Director, constituye para éste un motivo de orgullo, pero se ha llegado a un punto en la evolución de la Organización en que convendría que los aumentos anuales fuesen más modestos. El Dr. Hurtado (Cuba) recordó que el grupo de tra-

¹Documento mimeografiado.

bajo de la X Reunión del Consejo Directivo que se ocupó de los presupuestos, indicó la conveniencia de introducir reducciones en los mismos. Señaló que probablemente muchos de los representantes en el Comité han recibido instrucciones de sus Gobiernos de no votar ningún aumento o, a lo más, un aumento del 5 o el 10 por ciento con respecto al presupuesto de 1958. El Dr. Príncipe (Venezuela) destacó que su país se encontró, al substituirse el régimen que hasta hace poco gobernó en él, con una deuda de más de cinco mil millones de bolívares; añadió que por ello tenía instrucciones de no votar aumentos importantes en el presupuesto, a pesar de que Venezuela siempre ha estado y está dispuesta a prestar a la Organización su mejor colaboración. Finalmente, el Dr. Doria Medina (Bolivia) manifestó que también él tenía instrucciones en igual sentido y agregó que si se aprobara un aumento que significara cuotas que obligaran a algunos países a incurrir en atrasos, tal aumento sería ficticio. Informó también que por disposición de la ley, el presupuesto de Bolivia no puede aumentarse en el curso del actual Plan de Estabilización Monetaria.

El Dr. Wegman (Secretario General, OSP) informó que si bien en las discusiones del grupo de trabajo sobre presupuestos, durante la X Reunión del Consejo Directivo, se habló de introducir reducciones en el presupuesto para 1959, en el informe de dicho grupo solamente se estimó conveniente sugerir, como una proposición de carácter general, al Consejo Directivo, que en el caso de ser necesario reducir el presupuesto total, debieran considerarse el conjunto de las actividades que se propone desarrollar y no algunas en particular. Destacó que el anteproyecto de presupuesto presentado por el Director se elaboró a base de las solicitudes de programas de los Gobiernos, cuyo monto total rebasa en \$1.311.000 los fondos previsibles por el Director. Indicó, finalmente, que el porcentaje señalado de aumento, o sea, el 15,7 por ciento, se calculó teniendo en cuenta que el presupuesto ha de considerarse como un todo, independientemente de la procedencia de los fondos.

El Dr. Soper (Director, OSP) recordó que desde hace algunos años, a propuesta del Director, se presenta con un año de antelación el anteproyecto de programa y presupuesto, con el objeto de que los cuerpos directivos puedan estudiarlo y formular sus observaciones. Refiriéndose a los

aumentos propuestos en el presupuesto, indicó que durante años el presupuesto de la OSPA estuvo casi estacionario, pues en el momento en que el de la OMS era de \$5.000.000 el de la OSPA ascendía a \$1.700.000, y en esa misma época el de la OEA era de \$2.000.000. Actualmente los presupuestos que preparan estas organizaciones para 1959 son de \$14.300.000 para la OMS y de \$5.800.000 para la OEA. El aumento considerable de este último se debe a que en él se incluyen programas que responden a recomendaciones formuladas por el Comité Interamericano de Representantes de los Presidentes. Este Comité, a la vez que afirmaba la importancia de los programas de salud pública, recomendó que los fondos para los mismos se aportaran por los procedimientos presupuestarios ordinarios de la OSPA. Los únicos fondos flexibles del presupuesto de la OSPA son los que pertenecen a su propio presupuesto ordinario, únicos en la determinación de cuyo monto interviene directamente la Organización Sanitaria Panamericana. Los fondos de Asistencia Técnica, en realidad, se hallan más a la disposición de los Gobiernos que de las organizaciones técnicas. El presupuesto que ahora se discute, se preparó después de considerar los intereses y solicitudes de todos los países miembros.

El Presidente invitó al Comité, si éste lo estimaba conveniente, a que antes de proceder a un corte en la cifra tope del Presupuesto se examinase el mismo, programa por programa, ya que los documentos presupuestarios presentados por el Director y el Informe del Grupo de Trabajo constituido en la X Reunión del Consejo Directivo ofrecían una base sólida y suficiente para dicho examen. Por otra parte, añadió que el procedimiento que sugería al comité le permitiría estudiar distintos topes en relación al presupuesto de 1959.

El Dr. Hurtado (Cuba) insistió en sus manifestaciones anteriores y propuso que el Comité encomendase al Director la preparación de otro anteproyecto de presupuesto, dentro de determinado tope, para que lo estudiara el Comité en una sesión posterior. El Dr. Díaz Coller (México) y el Dr. Doria Medina (Bolivia) se adhirieron a esta proposición, sugiriendo el último que el aumento autorizado fuera del 10 por ciento con respecto al presupuesto de 1958.

El Dr. Soper (Director, OSP) señaló que en conversaciones particulares sostenidas durante la X Reunión del Consejo Directivo, varios repre-

sentantes le indicaron como posibles topes para el presupuesto de 1959 las cifras de \$3.500.000, \$3.600.000 y \$3.800.000. Puso de relieve que un presupuesto sin aumento o con un aumento ínfimo es, en realidad, un presupuesto que acarrea disminución de la actividad, puesto que siempre hay que tener en cuenta los aumentos normales de los costos. Expresó la opinión de que sería conveniente que el Comité revisara los programas propuestos y señalara los que estima oportuno reducir, con el fin de que el Director conozca el criterio con que el Comité considera que ha de prepararse el nuevo proyecto de presupuesto. Para la preparación del actual proyecto se utilizaron los programas que se solicitaron por los Gobiernos, después de consultas de los representantes de éstos con los Representantes de Zona de la Oficina y de una reunión de los últimos con los técnicos de la sede.

El Presidente puso a votación la propuesta del Representante de Cuba, en el sentido de que se encomendase al Director la preparación de un nuevo proyecto de programa y presupuesto de la OSPA para 1959, reduciendo el tope a los límites que señalara el Comité Ejecutivo, y que presentase dicho proyecto en una de las próximas sesiones de la presente reunión del Comité.

Así quedó acordado, por unanimidad.

Seguidamente, el Presidente sometió a votación la propuesta formulada por el Representante de Bolivia en el sentido de encomendar al Director que en la preparación del nuevo proyecto de programa y presupuesto de la OSPA para 1959, limitase a un 10 por ciento el aumento sobre el presupuesto de la OSPA correspondiente a 1958.

Así quedó acordado, por tres votos a favor, uno en contra y dos abstenciones.

B. Estudio preliminar de la reducción del presupuesto

El Dr. Wegman (Secretario General, OSP) informó al comenzar la tercera sesión que, como consecuencia de la decisión adoptada por el Comité en su sesión anterior, sobre la cifra tope del presupuesto, los altos funcionarios de la Oficina habían procedido a una revisión preliminar del mismo con el fin de ajustarlo a dicha cifra, revisión de la que iba a dar cuenta para que el Comité expusiera las observaciones pertinentes. Señaló que a base de cortes muy rígidos se habían reducido las asignaciones correspondientes a los

Títulos I y II, a un nivel más bajo que en 1958, lo cual permitiría asignar al Título III (Programas de campo y otros) el total del incremento indicado por el Comité Ejecutivo. Enumeró a este respecto los proyectos que se suprimirían o cuyas partidas se reducirían, y precisó que esto suponía la supresión casi total de las becas relativas a administración de salud pública.

El Dr. Hurtado (Cuba) manifestó que había que felicitar a la Oficina por la rapidez con que había procedido a la revisión del presupuesto, pero estimó que sólo en caso extremo se deberían suprimir las becas, a las que los cuerpos directivos de la Organización han dado siempre alta prioridad.

El Dr. Soper (Director, OSP) precisó que el criterio que se había seguido en la revisión fue el de que se prosiguieran los proyectos que ya estaban en ejecución o aquellos para los cuales ya se habían completado o estaban a punto de completarse los acuerdos correspondientes con los Gobiernos. Sin embargo, con la cifra tope de \$3.300.000 no es posible atender a todos los servicios solicitados y, si se quieren mantener las becas, habrá que suprimir mayor número de proyectos.

El Dr. Hurtado (Cuba) insistió en que el Comité recomendara al Director que en la revisión se mantuvieran las becas y que sólo en caso de necesidad se suprimieran algunas de ellas.

Así quedó aprobado.

C. Revisión de las estimaciones presupuestarias del Documento CE34/9

En la sexta sesión plenaria y bajo la presidencia del Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua), el Dr. Wegman (Secretario General, OSP) presentó el Documento CE34/9, Rev. 1.¹ Señaló que éste se había preparado en cumplimiento del encargo hecho al Director, en la segunda sesión, para que el tope presupuestario se redujera a \$3.300.000. La primera medida adoptada por el Director, al cumplir dicho encargo, consistió en revisar minuciosamente los aumentos propuestos originariamente en los Títulos I y II del presupuesto. Mediante una rigurosa reducción a los requerimientos mínimos se ha conseguido circunscribir esos títulos a unos totales aun inferiores al nivel de 1958. De esta forma, todo el aumento autorizado por el Co-

¹Documento mimeografiado.

mité queda disponible para el Título III, Programas de Campo y Otros. En la revisión efectuada, se incluyen la continuación de cincuenta proyectos ya emprendidos y once nuevos proyectos de la más alta prioridad. De conformidad con las instrucciones del Comité se ha conservado para las becas la mayor cantidad posible de fondos. Claro que, para llegar a una reducción de \$700.000 respecto al tope que se propuso en el Documento CE34/9, ha sido necesario suprimir muchas de las becas proyectadas, pero las reducciones introducidas en este concepto guardan la debida proporción con las efectuadas en las demás actividades del programa, en el que ha sido necesario suprimir cincuenta y nueve proyectos. El documento presenta en cinco columnas paralelas los estimados del Documento Oficial No. 21, los del Documento CE34/9, la revisión contenida en el Documento CE34/9, Rev. 1, la diferencia entre aquéllos y éstos y la explicación de las modificaciones ahora introducidas.

El Ing. Olivero (Guatemala) dijo que la misión del Comité Ejecutivo no consiste en "aprobar" sino en "preparar" el presupuesto. Para esa labor de estudio, ofrecían base suficiente el Documento Oficial No. 21, el Informe del grupo de trabajo designado por el X Consejo Directivo y el Documento CE34/9. Con ellos a la vista, el mejor procedimiento, como expuso al iniciarse la discusión del presupuesto, hubiera consistido en examinar los programas teniendo en cuenta las necesidades de los países. Señaló que la responsabilidad del Comité Ejecutivo no se limita a los siete países representados, sino que se extiende a todos los Países Miembros. Por eso, antes de señalar una cifra tope hubiera sido preferible conocer detalladamente los intereses nacionales que pudieran quedar desatendidos. En relación con esto, conviene tener en cuenta que para 1959 no se proyecta ningún aumento importante en el presupuesto de la OMS y se prevé una ligera disminución en el de AT/OMS; esto pone al Comité Ejecutivo ante la conveniencia de aceptar aumentos en el presupuesto de la OSP, para compensar los que no existen en las otras fuentes de fondos. Pero, en definitiva, habrá de ser la Conferencia quien fije las cifras finales. El Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua) informó que en una reciente reunión de Ministros de Salubridad de Centro América se solicitaron más programas de la OSP y que si se redujera el presupuesto de ésta, no se podría atender a dichas solicitudes.

El Dr. Hurtado (Cuba) señaló que el Documento CE34/9, Rev. 1, respondía a un encargo hecho al Director de la OSP para que redujera el tope presupuestario a \$3.300.000, pues en el Documento CE34/9, presentado en la segunda sesión, se había propuesto un aumento del 33 por ciento, respecto al presupuesto de 1958, proporción que no respondía al criterio del grupo de trabajo sobre presupuestos de la X Reunión del Consejo Directivo. Dicho grupo de trabajo estimó demasiado alta la cifra de \$4.000.000 y sugirió que se redujera en unos \$900.000, aunque tal detalle no aparezca en el informe redactado. Recordó que en la tercera sesión se expuso el criterio de que, al hacer la revisión del presupuesto, se deberían evitar todos los cortes relativos a becas, y que éstos no podrían ser aceptables más que en casos en que tal medida fuese imprescindible.

El Dr. Wegman (Secretario General, OSP) informó que en el grupo de trabajo sobre presupuestos de la X Reunión del Consejo Directivo, se habló de la necesidad de reducir el monto del anteproyecto de presupuesto para 1959, pero manifestó que no recordaba que se hubiera hecho mención a la cifra de \$900.000, si bien diversos representantes sugirieron topes de \$3.600.000 y \$3.800.000. Dijo que en el informe del grupo de trabajo no se dieron instrucciones concretas para reducir el presupuesto a una cantidad determinada, sino que se indicó que en el caso de que fuese necesario reducir el presupuesto total, debería considerarse el conjunto de las actividades y no algunas en particular. Aseguró que la Oficina no olvidó en ningún momento el contenido del citado informe y la sugerencia de una reducción, pero que, ante los cambios en la situación sanitaria de las Américas y las solicitudes de los Gobiernos, se llegó a la convicción de que era apropiado presentar un presupuesto de \$4.000.000 que incluso no atendía a todas las solicitudes de los Gobiernos, pues esto hubiera hecho necesario un presupuesto de más de cinco millones de dólares. En la revisión efectuada ahora se ha procurado reducir lo menos posible el número de becas. Sin embargo, en algunos casos ha sido inevitable prescindir de algunas por ser ésta la única solución de un problema muy difícil.

El Dr. Soper (Director, OSP) puso de relieve que el informe del grupo de trabajo sobre presupuestos de la X Reunión del Consejo Directivo

vo,¹ fue redactado por el Relator de dicho grupo y que en la preparación de ese documento no intervino la Secretaría. Seguidamente leyó varios párrafos del informe del grupo de trabajo en los que, con referencia al aumento de \$1.000.000 sobre el presupuesto de 1958, se dice que "en el caso de ser necesario reducir el presupuesto total" éste debiera considerarse como un todo y "disminuir las partidas que se determinen" para lo que sería "indispensable consultar la opinión de las autoridades nacionales". Comentando este documento, el Representante de Venezuela en el Consejo Directivo, Dr. Orellana, expresó la preocupación que le producía el aumento propuesto pero dijo, como puede verse en las actas,² que "como es lógico, el crecimiento de las instituciones está vitalmente ligado a la disponibilidad de los fondos presupuestarios. Así, cuando se considera la magnitud de las necesidades que se presentan a la Oficina Sanitaria Panamericana, procedentes de solicitudes de distintos países y se advierte la importancia de los programas, cualquier aumento de los presupuestos de la Organización se considera justificado. Sin embargo, aun deseando intensificar al máximo las actividades de la Organización Sanitaria Panamericana, los representantes de los Países Miembros en el Consejo Directivo tienen el deber de conciliar su posición de técnicos sanitarios con las posibilidades de sus respectivos Gobiernos". Por su parte, el Dr. Osborne, Representante de los Estados Unidos señaló en la misma Reunión del Consejo,³ que debía "presentarse a la 34a Reunión del Comité Ejecutivo y a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana un proyecto con un aumento menor a la suma de \$1.000.000 con respecto al de 1958". Por 18 votos a favor, ninguno en contra y una abstención, el Consejo Directivo resolvió (Resolución XXXVIII): "Tomar nota del anteproyecto de programa y presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para el año 1959, y transmitirlo al Comité Ejecutivo, haciendo especial referencia a los términos del informe del grupo de trabajo que ha examinado el citado anteproyecto."⁴ No se señaló, pues, ninguna reducción concreta. Añadió el Dr. Soper que nunca tuvo la impresión de que el aumento propuesto fuera desmesurado. En la naturaleza, el crecimiento se inicia con lentitud para llegar a un momento en que se acelera.

¹Documento Oficial de la OSPA 22, 174.

²Documento Oficial de la OSPA 22, 162.

³Documento Oficial de la OSPA 22, 163.

Así, el presupuesto de la OSPA pasó desde 1949 a 1954 de \$1.700.000 a \$2.400.000, pero, durante los últimos años, los países han aprendido a aprovechar mucho más que antes la colaboración de los organismos internacionales, de lo cual es indicio, por ejemplo, la serie de recomendaciones adoptadas por la Tercera Reunión de Ministros de Salubridad de Centro América y Panamá, en las cuales se sugieren medios para resolver en común los problemas comunes y en cada caso se pide a la OSP que efectúe estudios o colabore en la adopción de medidas, cosa que nunca puede hacerse sin ciertos gastos. Puso de relieve que, para un presupuesto de \$4.000.000, se proyectó cierto número de becas, pero no hay posibilidad de atender a todas ellas cuando ese presupuesto se reduce a \$3.300.000.

El Presidente anunció que se distribuiría a los miembros del Comité copia del informe del grupo de trabajo a que se ha aludido.

El Dr. Díaz Coller (México) indicó que recordaba que el grupo de trabajo, categóricamente, no aceptó para el anteproyecto de presupuesto correspondiente a 1959 la cifra de \$4.000.000. El propuso \$3.600.000 y otros representantes \$3.800.000 y \$3.200.000. El Consejo Directivo aprobó las recomendaciones del grupo de trabajo, pero en esta reunión se ha presentado un anteproyecto por \$4.000.000. Afirmó que el Director está en su papel al tratar de obtener el presupuesto más alto posible para desarrollar el mayor número de programas. Se manifestó de acuerdo en que los estimados que figuran en el Documento CE34/9 representan un aumento del 10 por ciento respecto del presupuesto de 1958, pero opinó que convendría agregar otro 8 por ciento de aumento, equivalente a la disminución anual del valor adquisitivo de la moneda. Propuso que se continuara la discusión de este tema en la séptima sesión, para tener tiempo de examinar los documentos a que se ha referido el Director. El Ing. Olivero (Guatemala) se mostró partidario de continuar la discusión sin aplazamiento ninguno, y el Dr. Príncipe (Venezuela) y el Dr. Hurtado (Cuba) opinaron que sería preferible proseguir el debate en la séptima sesión.

Así quedó acordado.

Al reanudarse la discusión de este tema en la séptima sesión, el Dr. Díaz Coller (México) mani-

⁴Documento Oficial de la OSPA 22, 34.

festó que en la X Reunión del Consejo Directivo, al examinarse el informe del grupo de trabajo sobre presupuestos, el Relator del mismo afirmó que el grupo consideraba que la reducción en el presupuesto debería hacerse en forma proporcional, armonizándola con el desarrollo adquirido con los programas. Estimó el Dr. Díaz Coller que el Director había presentado las reducciones que le había pedido el Comité Ejecutivo, pero sería conveniente que en los cuatro meses que median hasta la Conferencia de Puerto Rico se reexaminara el nuevo programa para hallar incluso un mejor equilibrio de los distintos programas. También insistió en que el Director llevara preparados proyectos adicionales de presupuesto con un aumento aproximado del 8% sobre el tope fijado, para compensar la devaluación monetaria, por si alguna Delegación propusiera dicho aumento en la Conferencia. Por el momento, el Comité debía aprobar las reducciones contenidas en el documento en discusión.

El Dr. Hurtado (Cuba) estimó igualmente que lo que procedía era aprobar el Documento CE34/9, Rev. 1, a lo que se adhirió el Dr. Estrella Ruiz (Perú), quien señaló que le había causado extrañeza el hecho de que se hubieran suprimido todos los programas del Perú y pidió que se tuviera en cuenta este detalle en cualquier revisión posible.

El Presidente sugirió que se procediera a un examen de las diversas reducciones, para apreciar sus repercusiones en los programas de los distintos países, a fin de formar un criterio sobre la necesidad que el Director lleve a la Conferencia, como posible alternativa, un presupuesto aumentado.

El Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua) estimó que el Comité Ejecutivo representa a todos los Países Miembros y que, por consiguiente, debía examinar a fondo el problema de las reducciones en su totalidad. Señaló que el Comité debe preparar el mejor presupuesto posible, sin tope alguno, dentro de límites razonables. Los países de Centro América y Panamá han pedido que se aumenten los programas de la OSP. Señaló, por otra parte, que según sus referencias los Estados Unidos estarían dispuestos a aceptar un aumento en el presupuesto. Se mostró opuesto a la reducción de las becas, señalando a este respecto que en su país se estaba procediendo a la reorganización del Ministerio de Salubridad y de la Dirección General de Higiene, reorganización en la que se prevén

26 puestos técnicos, que no podrían cubrirse si no se dispone de becas para adiestrar al personal necesario.

El Dr. Príncipe (Venezuela) señaló que la Conferencia será, en definitiva, la que fije el presupuesto y que, por consiguiente, es en ella donde los países podrán presentar sus puntos de vista sobre esta cuestión. Existe incluso la posibilidad de que la Conferencia apruebe un presupuesto de \$4.000.000.

El Dr. Soper (Director, OSP) manifestó que había ciertos aspectos que convenía tener en cuenta en el examen del presupuesto. Recordó a este respecto que el Comité Interamericano de Representantes de los Presidentes, en sus reuniones de enero y abril de 1957, había recomendado que se intensificaran las actividades en el campo de la salud pública en las Américas, pero sólo consignó una pequeña cantidad para los servicios de un consultor sobre los aspectos sanitarios de la energía nuclear. Ahora la Organización de los Estados Americanos, en cumplimiento de las recomendaciones de dicho Comité, está ampliando su programa de becas, pero sin coordinar su concesión con los Ministerios correspondientes. Señaló que hace unos días celebró varias reuniones con el Secretario de la OEA y los jefes de los organismos especializados interamericanos, pero que no sugirió en esa ocasión el financiamiento del programa de la OSP con fondos de la OEA.

En cuanto a la discusión del presupuesto, el Dr. Soper señaló que había cumplido las instrucciones del Comité de preparar un proyecto de \$3.300.000, pero que no había entendido en ningún momento que esto era el tope del presupuesto a presentar a la Conferencia; y ahora correspondía al Comité examinarlo en detalle y solicitar las aclaraciones necesarias. El aspecto más difícil de una organización internacional es el financiero. Recordó a este respecto que en 1947, la Oficina tenía unos ingresos de \$115.000 y que se autorizó al Director a pedir contribuciones voluntarias de los diferentes Gobiernos. Citó las que se habían recibido desde entonces de los Gobiernos de la Argentina, Brasil, Chile, El Salvador, México, República Dominicana y Venezuela. El Dr. Soper añadió que no le convencía el argumento de que las organizaciones internacionales costaban tanto a los países que había que reducir las actividades de la OSPA. No hay actividades que afecten tan vitalmente al futuro de América como las que se desarrollan en el campo de la salud.

Concluyó diciendo que la Oficina tenía la obligación de seguir las instrucciones del Comité Ejecutivo, y así lo haría, pero estimó que como Director no podía asumir la responsabilidad de las reducciones, sin antes ser confirmadas por el Comité.

El Presidente, en su calidad de Representante de Guatemala, solicitó información sobre las repercusiones que tendrían las reducciones en ciertos servicios y programas, y formuló algunas preguntas concretas. Atendiendo a esta solicitud, el Dr. Wegman (Secretario General, OSP) informó que los dos puestos suprimidos en el Servicio de Conferencias se habían previsto para mejorar los servicios de las reuniones y seminarios; y que dos de los puestos suprimidos en el Servicio de Enfermedades Transmisibles de la sede, eran para un consultor en tuberculosis y para un nuevo estadístico. En cuanto a las becas, la reducción total, es decir, la de becas incluidas en los programas, de administración de salud pública y del programa AMRO-35, ascendía a \$286.000, aproximadamente, y que la reducción de las de administración de salud pública exclusivamente representaba más o menos \$130.000. Señaló igualmente que la reducción en el programa Haití-19 (Enseñanza médica), obligaría a aplazar su ejecución para otro año. En cuanto al programa Brasil-34 (Seminario sobre enfermedades diarreicas), se había preparado teniendo en cuenta el éxito obtenido en los seminarios anteriores celebrados en Chile y México y la excelente labor y la experiencia obtenida en esta materia por el Gobierno y el Servicio de Salud del Brasil en el valle del Amazonas. Por otra parte, la reducción en el programa AMRO-108 (Saneamiento de los centros turísticos) obligará a que los servicios consultivos sean prestados, en escala más limitada, por los ingenieros sanitarios de la propia Oficina. Respecto al programa AMRO-165 (Servicios de asesoramiento en nutrición, Interzonas) la reducción incluye la supresión de un puesto de educador en nutrición y sólo se podrán hacer extensivos esos servicios a una zona. Finalmente, la disminución en la partida para publicaciones especiales no permitirá ampliar este servicio en 1959, como lo habían solicitado los cuerpos directivos en reuniones anteriores.

El Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua) señaló que este año se va a establecer en Guatemala una Escuela de Nutrición, adscrita al INCAP, a la que van a enviar becarios tanto su país como

otros muchos de América. Por consiguiente, sería muy lamentable que se redujeran en la cuantía prevista las asignaciones para los servicios de asesoramiento en nutrición, actividad que tanta importancia tiene en la actualidad.

El Dr. Soper (Director, OSP) manifestó que cuando se realiza una labor fecunda en un campo determinado en el plano internacional, surge la necesidad de aumentar los gastos para consolidar y ampliar dicha labor. Señaló que en el informe del Comité Interamericano de Representantes de los Presidentes, se hizo referencia al problema de la nutrición en las Américas pero no se concretó la organización que debía ocuparse del mismo. En este aspecto, el UNICEF ha emprendido un programa de mejoramiento de la alimentación de los niños, junto con un programa de educación en nutrición a desarrollar en las escuelas en colaboración con los Ministerios de Educación. La Oficina, de acuerdo con el INCAP, estima que este programa de educación debe ser orientado por las Secciones de Nutrición de los Ministerios de Sanidad. Por otra parte, en el momento en que se está creando una Escuela de Nutrición en Centro América, la Oficina no debería verse en la situación de tener que reducir el programa ampliado de sus actividades en ese campo. El Dr. Soper aludió igualmente al incremento de actividades de la Oficina, en estos últimos años, en diferentes países. Citó el caso de la Argentina, donde cada vez hay más interés en obtener mayor colaboración de la Oficina, y el del Paraguay, donde el presupuesto de salud pública se ha quintuplicado en pocos años, lo que supone una mayor demanda de servicios de la Oficina. El Dr. Soper terminó diciendo que, por estas razones, el presupuesto de la OSPA no debería aumentarse en un porcentaje rígido, sino en la cuantía necesaria para atender a las posibilidades de colaborar con los países.

El Dr. Hurtado (Cuba) señaló que en esta cuestión del presupuesto siempre se plantean las mismas dificultades: el Director presenta un proyecto ateniéndose a consideraciones de carácter técnico, pero el Comité debe tener en cuenta las posibilidades económicas de los Gobiernos. Por eso el Comité ha propuesto una reducción que no es un tope, pero de hecho resulta tal para las actividades técnicas. Para obviar estos inconvenientes sería aconsejable adoptar el sistema que en esta materia sigue la OMS, donde el Director General presenta su proyecto de presu-

puesto y el Consejo Ejecutivo, a su vez, prepara su proyecto, siendo la Asamblea la que resuelve en definitiva. Por lo tanto propuso que además de aprobar el Documento CE34/9, Rev. 1, y de recomendar a la Conferencia—como habían sugerido varios representantes—que estudie la posibilidad de aumentar el presupuesto contenido en dicho documento en una proporción que compense la devaluación del poder adquisitivo de la moneda, se recomendará igualmente a la Conferencia que considere la conveniencia de autorizar al Director a que presente en el futuro un proyecto de programa y presupuesto y de que el Comité Ejecutivo someta también su propio proyecto, introduciendo para ello las enmiendas que sean necesarias en la Constitución de la OSPA y en el Reglamento Financiero de la OSP.

El Presidente, en la octava sesión, indicó que en la sesión anterior había propuesto discutir el Documento CE34/9, Rev. 1, no sólo con el fin de conocer las razones de la existencia de los programas y de las modificaciones hechas al anteproyecto de presupuesto, sino de formarse un criterio sobre lo que convenía a la Organización. De las respuestas que se dieron a sus preguntas dedujo que era necesario que el Comité presentara a la Conferencia un presupuesto de un monto superior al que aparece en el Documento CE34/9, Rev. 1. Aunque, después de preparado éste el Comité se ha mostrado dispuesto a agregarle una cantidad suficiente para compensar la disminución del valor adquisitivo de la moneda, lo preferible sería que ese aumento se efectuara en atención a la necesidad de los programas y de las becas que han tenido que suprimirse. Estimó que un presupuesto de \$3.600.000 podría dar margen, por lo menos, para tomar en consideración estas necesidades.

El Dr. Hurtado (Cuba) expresó que el punto de vista del Presidente equivaldría a revisar el acuerdo de reducción del monto del anteproyecto de presupuesto y dijo que si el Comité no estaba de acuerdo con las supresiones sugeridas por el Director podía sustituirlas por otras, pero no aumentar el tope del proyecto de presupuesto, a menos que revisara su decisión anterior. Indicó la conveniencia, a su parecer, de poner a discusión la propuesta formulada en la sesión anterior por el Representante de México, adicionada con dos proposiciones suyas.

El Presidente puso de relieve que en el debate hay dos problemas fundamentales: uno el de la

costeabilidad del presupuesto, para cuya solución se tiende a bajar al mínimo el tope presupuestario; otro, las necesidades de los países, para cuya satisfacción precisa subir dicho tope. Al proponer la cifra de \$3.600.000 como monto del presupuesto, buscó un equilibrio entre las posiciones extremas, teniendo en cuenta los dos factores citados. Propuso, en consecuencia, que el Comité recomendará a la Conferencia un presupuesto de \$3.600.000, pues la Conferencia, de acuerdo con sus atribuciones constitucionales, tendría ocasión de reducirlo, si así lo estimara oportuno.

El Dr. Príncipe (Venezuela) sugirió que a la propuesta formulada por los Representantes de México y Cuba se agregara otro punto, por el cual se transmitiera a la Conferencia, a título informativo, el *Documento Oficial No. 21*, para que aquélla conozca los antecedentes de la discusión.

El Dr. Hurtado (Cuba) no vio inconveniente en aceptar este nuevo punto. El Dr. Díaz Coller (México) consideró que la transmisión del *Documento Oficial No. 21*, representaría una acción anulatoria del acuerdo del Comité Ejecutivo. La recomendación de un presupuesto de \$3.300.000 y el envío del *Documento Oficial No. 21* sería como dar a escoger, y la misión del Comité Ejecutivo es "recomendar". Anunció que, si bien no se opondría al envío, no votaría en favor de este punto. El Dr. Príncipe (Venezuela) insistió en que la Conferencia tiene derecho a conocer los antecedentes que han servido para la discusión del proyecto de presupuesto y que la transmisión de los mismos a la Conferencia no sería para ofrecer a ésta una alternativa, sino a título informativo. El Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua) se mostró de acuerdo en que el Comité transmitiera a la Conferencia los documentos sobre los cuales se ha basado la discusión. El Dr. Doria Medina (Bolivia) apoyó la propuesta del Representante de México respecto a recomendar a la Conferencia un aumento del presupuesto para compensar la disminución del valor adquisitivo de la moneda.

El Presidente sometió a votación la propuesta de que se presente a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana el proyecto de presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para el año 1959 (*Documento CE34/9, Rev. 1*), por la suma de \$3.300.000.

Así quedó acordado, por 5 votos a favor y 2 en contra.

A continuación, el Presidente sometió a vota-

ción la propuesta relativa a que el Comité Ejecutivo recomendase a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana que ésta estudie la posibilidad de aumentar dicho presupuesto en una proporción que compense la devaluación del poder adquisitivo de la moneda.

Así quedó acordado, por unanimidad.

Seguidamente, el Presidente sometió a votación la propuesta de que se presente a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana el *Documento Oficial No. 21*, a título informativo.

Así quedó acordado, por 6 votos a favor, ninguno en contra y una abstención.

Los tres acuerdos adoptados se recogieron y aprobaron en la siguiente

RESOLUCION XVI

El Comité Ejecutivo,

Habiendo considerado el Anteproyecto de Programa y Presupuesto para el año 1959 contenido en el *Documento Oficial No. 21* y el Documento CE34/9, preparados por el Director;

Habiendo examinado detalladamente las modificaciones al Anteproyecto de Programa y Presupuesto incluidas en el Documento CE34/9, Rev. 1, preparado por el Director, de acuerdo con las instrucciones dadas por el Comité Ejecutivo; y

Considerando lo dispuesto en el Artículo 12-C de la Constitución,

RESUELVE:

1. Encomendar al Director que presente a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para el año 1959 (Documento CE34/9, Rev. 1), por la suma de \$3.300.000, preparado por el Comité Ejecutivo en cooperación con el Director.

2. Recomendar a la Conferencia que estudie la posibilidad de aumentar dicho Presupuesto en una proporción que compense la devaluación del poder adquisitivo de la moneda.

3. Presentar a la Conferencia el *Documento Oficial No. 21*, a título informativo.

El Dr. Soper (Director, OSP) informó que el *Documento Oficial No. 21* fue presentado al Consejo Directivo en 1957, que el Consejo dio instrucciones de consultar a los Gobiernos por medio de los Representantes de Zona, y que después de efectuada esta consulta, y como resultado de la misma, se presentó a la reunión actual del Comité el Documento CE34/9, del cual es una revisión el Documento CE34/9, Rev. 1, que el Comité había acordado recomendar a la Conferencia como proyecto de presupuesto. Por tanto, era de suponer

que el Documento CE34/9 debería acompañar también al *Documento Oficial No. 21*, cuando éste se transmita a la Conferencia. El Dr. Hurtado (Cuba) manifestó que el punto acababa de ser objeto de una votación y que había que atenerse a lo acordado. El Dr. Díaz Coller (México) dijo que compartía la opinión del Representante de Cuba.

16. Propuesta de enmienda del Artículo 12-C de la Constitución

En la octava sesión, el Dr. Hurtado (Cuba) dijo que, en las circunstancias actuales, corresponde al Comité Ejecutivo preparar, con la cooperación del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, el proyecto de programa y presupuesto. Sin embargo, es evidente que el Director debiera estar también facultado para presentar el proyecto de programa y presupuesto que estime más adecuado en cada caso. En consecuencia, el Representante de Cuba propuso que se recomendase a la Conferencia la modificación del Artículo 12-C de la Constitución para conceder al Director ese derecho reconocido al Director General de la OMS en el Artículo 55 de la Constitución de dicha Organización.

El Dr. Estrella Ruiz (Perú) se mostró de acuerdo con el Representante de Cuba, y el Comité adoptó por unanimidad la siguiente

RESOLUCION XVII

El Comité Ejecutivo,

Teniendo en cuenta que el Artículo 12-C de la Constitución señala entre sus funciones la de preparar, con la cooperación del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, el proyecto de programa y presupuesto;

Considerando que el procedimiento establecido en el Artículo 12-C limita las facultades del Director, a quien habría de corresponderle, como admite el Artículo 55 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, el derecho de presentar el proyecto de programa y presupuesto que estime más adecuado en cada caso,

RESUELVE:

1. Recomendar a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana que modifique el Artículo 12-C de la Constitución, redactándolo en la siguiente forma:

Artículo 12-C. Considerar y someter a la Conferencia o al Consejo, con las recomendaciones que estime convenientes, el proyecto de programa y presupuesto preparado por el Director.

2. Introducir en el Reglamento Financiero de la Oficina Sanitaria Panamericana la correspondiente

modificación, en caso de que se apruebe la recomendación anterior.

17. Clausura de la Reunión

Al finalizar las deliberaciones del Comité Ejecutivo, el Dr. Príncipe (Venezuela) dijo que cumplía un deber de justicia al reconocer, una vez más, la meritoria labor del Dr. Fred L. Soper, como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. El balance de sus misiones sanitarias le ha hecho acreedor al cariño, el respeto y la admiración que se le profesa. Seguidamente, el Dr. Príncipe, en nombre de su Gobierno, dirigió un fraternal saludo a los países americanos y formuló votos por la solidaridad continental y el mejoramiento de las condiciones sanitarias en las Américas.

El Dr. Doria Medina (Bolivia) propuso que se rindiera homenaje, en la persona de su Representante en el Comité, al pueblo de Cuba en ocasión de celebrarse en este día la fiesta de su independencia.

El Presidente agradeció, en nombre de los demás miembros del Comité y en el suyo propio, el saludo a los países americanos y se hizo eco de las palabras del Representante de Bolivia, transmitiéndolas en nombre del Comité al Representante de Cuba. Agradeció también la ayuda que

los miembros del Comité le prestaron en la dirección de los debates. Puso de relieve la labor de la Secretaría y en especial de los servicios de interpretación y de redacción de actas, y propuso que el Comité Ejecutivo expresara su agradecimiento a la Secretaría de Estado de los Estados Unidos, por las facilidades dadas para la celebración de esta reunión; y al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y funcionarios de la misma por la asistencia prestada al Comité durante sus deliberaciones.

Así quedó acordado.

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

HECHO en Washington, D.C., Estados Unidos de América, el día veinte de mayo de 1958. El Secretario depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana, y enviará copias de éstos a los Gobiernos Miembros.

HUMBERTO OLIVERO

Presidente del Comité Ejecutivo,
Representante de Guatemala

FRED L. SOPER

Secretario *ex officio* del
Comité Ejecutivo

INFORME FINAL DE LA 35a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO¹

San Juan, Puerto Rico, 17-18 de septiembre de 1958

La 35a Reunión del Comité Ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana se celebró en San Juan, Puerto Rico, en el Salón "Isla Verde" del Hotel San Juan Intercontinental, los días 17 y 18 de septiembre de 1958, de acuerdo

con la convocatoria del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Asistieron los siguientes miembros del Comité, observadores y funcionarios de la Oficina:

Miembros:

Dr. Félix Hurtado
Ing. Humberto Olivero
Dr. Carlos Díaz Coller
Dr. Manuel A. Sánchez Vigil
Dr. Daniel Orellana
Dr. Alejandro Príncipe

CUBA
GUATEMALA
MÉXICO
NICARAGUA
VENEZUELA

¹Documento CE35/8.

Miembros ausentes:

BOLIVIA

PERÚ

Miembro y Secretario ex officio del Comité:

Dr. Fred L. Soper

OFICINA SANITARIA

PANAMERICANA

Observadores:

Sr. Charles G. Sommer

Sr. Simon N. Wilson

Dr. Paul V. Ollé

Dr. Alberto Bissot, Jr.

Dr. Nicolaas Swellengrebel

Dr. Edwin van der Kuyp

Dr. Horace P. S. Gillette

Dr. F. R. S. Kellett

ESTADOS UNIDOS

DE AMÉRICA

FRANCIA

PANAMÁ

REINO DE LOS PAÍSES BAJOS

REINO UNIDO

Asesores del Director de la*Oficina Sanitaria Panamericana:*

Dr. Carlos L. González, Subdirector

Dr. Myron E. Wegman, Secretario General

Sr. Donald F. Simpson, Jefe de la División de Administración

Servicios de Secretaría:

Sr. Guillermo A. Suro, Jefe

Sr. José Quero Molaes, Subjefe

Mesa Directiva

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 3 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, actuó de Presidente de la reunión el Ing. Humberto Olivero (Guatemala), y de Vicepresidente el Dr. Manuel A. Sánchez Vigil (Nicaragua), cargos para los que fueron elegidos en la 33a Reunión del Comité.

Programa de Temas

En la primera sesión plenaria, celebrada el día 17 de septiembre de 1958, se aprobó el programa de temas presentado en el Documento CE35/1, Rev. 1.¹

Comisión de Redacción

De acuerdo con el Artículo 17 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, la Comisión de Redacción quedó constituida por el Presidente, el Vicepresidente y el Secretario, y tuvo a su cargo la preparación del Informe Final. La Comisión celebró una sesión.

Sesiones Plenarias

El Comité Ejecutivo celebró tres sesiones plenarias.

Temas Tratados y Resoluciones Aprobadas

En el curso de la 35a Reunión del Comité Ejecutivo se examinaron los siguientes temas:

1. *Proyecto de programa de temas de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, X Reunión del Comité Regional de la OMS*

El Dr. González (Subdirector, OSP), al presentar el documento CE35/5,² en la primera sesión, recordó que el Comité, en su 34a Reunión, aprobó un anteproyecto de programa de temas para la Conferencia preparado por el Director, de conformidad con el Artículo 7-D de la Constitución. El Comité introdujo algunas modificaciones en el anteproyecto, lo cual obligó a modificar la numeración de los temas. Por otra parte, teniendo en cuenta las Resoluciones XVII y III de la 34a Reunión del Comité Ejecutivo,³ se incorporó al proyecto el tema "Modificaciones de los Artículos 12-C y 15 de la Constitución de la OSPA". El Gobierno de Cuba retiró el tema "Enmiendas a introducir en la Constitución de la OSPA, relativas al Comité Ejecutivo", que figuraba en el anteproyecto con el número 24. El Gobierno de Venezuela propuso que se incluyera un tema sobre

¹Documento mimeografiado.

²Documento mimeografiado.

³Véase págs. 418-419 y 395-396.

“Registro de medicamentos y problemas afines”, el Gobierno de Panamá propuso uno sobre “Propaganda de productos medicinales”, y el Director General de la OMS solicitó que se incluyera otro sobre “Resoluciones de la 11a Asamblea Mundial de la Salud y de las Reuniones 21a y 22a del Consejo Ejecutivo de la OMS, de interés para los Comités Regionales”. Por último se incluyó un tema acerca de “Edificios e Instalaciones para la Sede y las Oficinas de Zona de la Oficina Sanitaria Panamericana”. En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 7-D de la Constitución y de la Resolución X de la 34a Reunión del Comité,¹ el Director presentó a la consideración del Comité el proyecto de programa de temas con las revisiones indicadas.

El Dr. Díaz Coller (México) propuso que el tema 33 (Edificios e instalaciones para la Sede y las Oficinas de Zona de la Oficina Sanitaria Panamericana) se titulará “Informe sobre edificios e instalaciones para la Sede y las Oficinas de Zona de la Oficina Sanitaria Panamericana”, ya que, a juicio de su Gobierno, no conviene adoptar por el momento una decisión categórica sobre este punto. El Dr. Hurtado (Cuba) pidió que el Director expusiera en síntesis el alcance del tema que se ha de someter a la Conferencia. El Dr. González (Subdirector, OSP) anunció que, en aquel momento, se iba a distribuir el Documento CSP15/15,² en el que figura el planteamiento de dicho tema.

Distribuido el documento anunciado, el Dr. Díaz Coller (México) insistió en la necesidad de que la presentación del tema quedase limitada a un informe, sin ningún proyecto de resolución ni proposiciones que pudieran conducir a acuerdos permanentes. El Dr. Orellana (Venezuela) señaló que en todo caso la Conferencia puede tomar la resolución que crea oportuna, por lo que estimó que no precisaba ninguna modificación en el título del tema 33. El Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua) puso de relieve la importancia del asunto tanto por lo que se refiere a los edificios de la sede como por la conveniencia de que las Oficinas de Zona cuenten con edificios propios.

El Dr. Soper (Director OSP) señaló la importancia permanente del problema y la urgencia que ha adquirido con el desarrollo de las actividades de la Oficina. Hizo historia del mismo,

desde 1902 en que se decidió que la sede permanente sería Washington, hasta la resolución de la XIII Conferencia,³ la que resolvió que la sede de la Oficina continuara en el territorio de los Estados Unidos de América. Recordó que en 1947 la OSP ocupaba dos cuartos, un corredor y un vestíbulo en el edificio de la Unión Panamericana; en 1947 se alquiló un edificio en la Avenida Connecticut y a medida que creció la Organización fueron necesarios más amplios locales, alquilados en 1948 y 1949. La XIII Conferencia Sanitaria Panamericana acordó que era necesario que la Oficina dispusiera de un edificio propio y a propuesta del Delegado de Cuba estableció un organismo en colaboración con el cual el Director pudiera buscar solución al problema. Se halló una solución temporal con la compra de los dos actuales edificios de la sede, en la Avenida New Hampshire. En 1951, el Gobierno de los Estados Unidos había hecho el ofrecimiento de un terreno en Bethesda y el Consejo Directivo, después de estudiar la oferta y considerando el lugar distante en que se hallaban los terrenos, decidió solicitar a dicho Gobierno otro terreno. Explicó que el desarrollo de las actividades de la OSP crea cada día mayores problemas de local y recordó que el problema no puede resolverse rápidamente, ya que entre la obtención del terreno, la elaboración de los planos, y la construcción debe transcurrir un lapso bastante largo. Explicó que ante las dificultades creadas por la falta de locales, que en la actualidad resultan totalmente inadecuados para el personal y para las reuniones, se han considerado diversas posibilidades. Recientemente se han mantenido conversaciones con funcionarios del Gobierno de los Estados Unidos en relación con un terreno cuya compra debe ser motivo de aprobación legislativa por parte del Congreso de los Estados Unidos. Se espera que esta legislación pueda ser presentada en el próximo período de sesiones del Congreso. Hizo notar que para llegar a una resolución sobre este problema es importante que haya un organismo autorizado para decidir al respecto sin necesidad de aguardar a la reunión anual del Consejo Directivo. Manifestó que el propósito que se persigue con la inclusión del tema 33 es el de informar a la Conferencia sobre las medidas adoptadas en relación con los edificios e instalaciones para la sede y las Oficinas de Zona de la OSP, y tratar de

¹Véase pág. 403.

²Documento mimeografiado.

³Resolución XXI, *Publicación de la OSP* 261, 161.

establecer un mecanismo que permita a la Organización tomar medidas rápidas en las negociaciones con el Gobierno de los Estados Unidos, adjudicación de contratos, etc., en relación con el terreno y el edificio para sede permanente.

El documento presentado es una comunicación del Director a la Conferencia, y no entraña ninguna aprobación por el Comité Ejecutivo. Reiteró que el problema es importante, y al considerarlo debe tenerse en cuenta la experiencia cada vez mayor de los últimos años a fin de trazar los planes del nuevo edificio de acuerdo con las necesidades actuales y las previsibles, hasta un período de veinte años.

El Sr. Sommer (Observador, Estados Unidos) manifestó que el Gobierno de los Estados Unidos de América concede la máxima importancia a la cuestión del solar para el edificio de sede. Dijo también que la Secretaría de Estado de los Estados Unidos considera que el Gobierno está comprometido a proporcionar un terreno para la sede de la Oficina. Añadió que creía que en la Conferencia, la Delegación de los Estados Unidos anunciará que su Gobierno preparará una propuesta de disposición legislativa que será sometida al Congreso, en su próximo período de sesiones, a fin de obtener autorización para la compra de terreno destinado a la construcción del edificio permanente de la sede de la OSP. A su parecer, la inclusión del tema entre los de la Conferencia, en la forma en que está redactado su título, no pone fin a la discusión sobre el problema, sino que realza la conveniencia de que el Director continúe las negociaciones emprendidas para su solución.

El Dr. Díaz Coller (México) anunció que, oídas las explicaciones del Dr. Soper y en vista de que el Documento CSP15/15 es un documento exclusivamente del Director a la Conferencia, retiraba su propuesta, reservándose el derecho a plantear de nuevo sus puntos de vista.

Seguidamente, se aprobó por unanimidad la siguiente

RESOLUCION I

El Comité Ejecutivo,

Teniendo en cuenta el proyecto de programa de temas de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, X Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, aprobado por el Comité Ejecutivo en su 34a Reunión y revisado de acuerdo con lo previsto en la Resolución X, aprobada en la mencionada reunión del Comité Ejecutivo; y

Considerando lo dispuesto en el Artículo 7-D de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

Aprobar el proyecto de programa de temas de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, X Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, preparado por el Director (Documento CSP15/1, Rev. 3) y transmitirlo a la Conferencia.

2. Preparativos para la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, X Reunión del Comité Regional de la OMS

A. Proyecto de Reglamento Interno de la Conferencia

El debate sobre este tema se desarrolló en las sesiones primera y segunda. En la primera sesión, al presentar el Documento CE35/3,¹ el Dr. González (Subdirector, OSP) explicó que la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó un Reglamento Interno, preparado por el Comité Ejecutivo en su 11a Reunión. En su 22a Reunión, este organismo preparó para la XIV Conferencia un proyecto de Reglamento Interno similar al anterior, al que se habían incorporado las disposiciones que adoptó el Consejo Directivo para su propio Reglamento Interno (Resolución XV de la V Reunión del Consejo)². La XIV Conferencia aprobó dicho proyecto y señaló la conveniencia de darle una forma permanente y de proceder a estudiarlo después que se considerara el proyecto de enmiendas a la Constitución de la OSP. Como no se aprobaron tales enmiendas, no se llevó a cabo el estudio ulterior del Reglamento Interno. Añadió que el Director presentaba ahora a la consideración del Comité Ejecutivo el Reglamento Interno adoptado por la XIV Conferencia, para que éste lo estudiase y, con las modificaciones que estimara convenientes, lo transmitiera como proyecto de Reglamento a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Dr. Hurtado (Cuba) propuso que se aprobara el proyecto de Reglamento Interno en la forma presentada, teniendo en cuenta que la Conferencia podrá modificarlo si lo considera oportuno. El Dr. Soper (Director, OSP) señaló una discrepancia entre el texto del Artículo 53

¹Documento mimeografiado.

²Publicación de la OSP 269, 23-24.

y el del Artículo 4-E de la Constitución, pues en el primero se dice que “de acuerdo con el Artículo 4-E de la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, la Conferencia elegirá al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por dos tercios de los votos de los miembros presentes y votantes”, mientras que el Artículo 4-E de la Constitución dice que la elección será por “dos tercios de los votos de los países presentes con derecho a votar”.

El Dr. Díaz Coller (México) opinó que como el Comité no puede modificar el texto de la Constitución y, en cambio, sí puede hacerlo con el del proyecto de Reglamento, lo que procedía era adaptar el texto del Artículo 53 del segundo al Artículo 4-E de la Constitución. El Presidente propuso que además se modificaran los Artículos 11, 34 y 55 del proyecto de Reglamento con el fin de ponerlos de acuerdo con las decisiones anteriores del Consejo Directivo y del Comité Ejecutivo, en el sentido de que las funciones de Secretario de la Conferencia estén a cargo del Director de la Oficina. A propuesta del Dr. Hurtado (Cuba), se acordó por unanimidad aplazar la discusión de estas proposiciones hasta la sesión siguiente, con el objeto de que los miembros del Comité pudieran estudiar la redacción conveniente para los artículos en debate.

Al iniciarse la segunda sesión, el Dr. Orellana (Venezuela) propuso que el Artículo 53 del proyecto de Reglamento Interno de la Conferencia siguiera la redacción del Artículo 4-E de la Constitución de la OSPA. El Dr. Hurtado sugirió que se incluyera en el Artículo 53 una mención a la duración del mandato del Director. El Dr. Soper (Director, OSP) informó a este propósito que la Organización de los Estados Americanos sugirió, hace poco tiempo, la conveniencia de incluir en la Constitución de la OSPA un artículo sobre el período cubierto por dicho mandato.

El Presidente, a continuación, propuso que el Artículo 11 del mismo proyecto de Reglamento Interno de la Conferencia se redactara de acuerdo con el texto del Artículo 6 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, con el fin de asignar al Director las funciones de Secretario de la Conferencia, tal como ya se ha hecho en el Consejo Directivo y el Comité Ejecutivo. En el mismo sentido, dijo, deberían modificarse los Artículos 34 y 55 del proyecto de Reglamento.

Aceptadas las enmiendas propuestas, el Comité aprobó por unanimidad la siguiente

RESOLUCION II

El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe del Director sobre el proyecto de Reglamento Interno de la Conferencia Sanitaria Panamericana (Documento CE35/3 y Anexo I); y

Teniendo en cuenta la Resolución XXXI de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, que faculta al Comité Ejecutivo para adoptar las medidas necesarias con el fin de facilitar el desarrollo de las Conferencias Sanitarias Panamericanas en los casos no previstos expresamente por la Constitución y los respectivos Reglamentos,

RESUELVE:

1. Enmendar los Artículos 11, 34, 53 y 55 del proyecto de Reglamento Interno de la Conferencia contenido en el documento CE35/3 Anexo I, que quedarán redactados en los siguientes términos:

Artículo 11. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana será Secretario *ex officio* de la Conferencia y de las Comisiones, subcomités y grupos de trabajo que la misma establezca. El Director podrá delegar estas funciones.

Artículo 34. La Comisión General estará integrada por el Presidente de la Conferencia (que actuará como Presidente de la Comisión General), los dos Vicepresidentes, los Presidentes de las Comisiones principales y los delegados adicionales de dos Miembros que no estén representados ya en la Comisión General. El Director actuará como Secretario de la Comisión General sin derecho a voto, y podrá delegar estas funciones.

Artículo 53. La Conferencia elegirá al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana por dos tercios de los votos de los países presentes con derecho a votar. El mandato del Director será de cuatro años. En su calidad de Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, y de conformidad con los Artículos 49 y 52 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la Conferencia someterá al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud el nombre de la persona así elegida para su nombramiento como Director Regional.

Artículo 55. Los Delegados y el Director firmarán el Acta Final en la sesión de clausura.

2. Transmitir a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana para su consideración, el proyecto de Reglamento Interno de la misma que figura en el Documento CE35/3 Anexo I, con las enmiendas que aparecen en el párrafo 1 de la presente resolución.

B. Proyecto de programa de sesiones de la Conferencia

El Comité examinó este tema en la segunda sesión. El Dr. González (Subdirector, OSP) presentó el proyecto de programa de sesiones de la Conferencia, contenido en el Documento

CE35/6¹. Este proyecto se basa en el proyecto de programa de temas y en el método de trabajo aprobado por el Consejo Directivo en su X Reunión. También se tomaron en cuenta las decisiones de la 34a Reunión del Comité Ejecutivo (Resolución XI)² sobre la presentación y estudio de determinados temas en sesión plenaria de la Conferencia. Se fijó una jornada entera para las Discusiones Técnicas, a mediados de la Conferencia. Se fijaron las reuniones de la Comisión General en las tardes, después de las sesiones de las Comisiones principales, con el fin de que aquélla pueda establecer el orden del día de las sesiones plenarias teniendo en cuenta el estado de los trabajos de cada Comisión. Para facilitar la labor de la Secretaría, dijo el Dr. González que sería aconsejable que los relatores de las Comisiones principales presentaran a la Conferencia sus informes orales y escritos a medida que las Comisiones respectivas fueran aprobando las resoluciones sobre cada uno de los temas que les asigne la Comisión General. El proyecto de programa de sesiones se somete al Comité, agregó el Dr. González, para que lo considere y, si lo aprueba, lo transmita a la Conferencia. La Comisión General, de todos modos, tiene por función asignar los temas a las Comisiones principales y señalar las fechas en que se discuta cada tema en la sesión plenaria de la Conferencia.

El Dr. Díaz Coller (México) consideró inmejorable el programa elaborado, pero sugirió que, quizá podría anticiparse la sesión de clausura. El Dr. Hurtado (Cuba) compartió el mismo criterio, precisando, no obstante, que no debería tomarse una resolución categórica, puesto que la posibilidad de adelantar la sesión de clausura dependerá del desarrollo de la Conferencia. El Presidente sugirió que al transmitirse el proyecto de programa de sesiones a la Conferencia, se señalara la posibilidad de que la sesión de clausura pueda efectuarse en fecha anterior a la prevista.

Así quedó acordado.

Seguidamente, se aprobó por unanimidad la siguiente

RESOLUCION III

El Comité Ejecutivo,

Teniendo en cuenta la Resolución XXXI de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana,³ que

faculta al Comité Ejecutivo para adoptar las medidas necesarias con el fin de facilitar el desarrollo de las Conferencias Sanitarias Panamericanas en los casos no previstos expresamente por la Constitución y los respectivos Reglamentos; y

Habiendo examinado el proyecto de programa de sesiones, sometido por el Director en el Documento CE35/6,

RESUELVE:

Aprobar el proyecto de programa de sesiones de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, contenido en el Documento CE35/6, Anexo I, y transmitirlo para su consideración a la Conferencia.

C. Reglamento relativo a las Discusiones Técnicas durante las reuniones de la Conferencia Sanitaria Panamericana y del Consejo Directivo

En la segunda sesión, el Dr. González (Subdirector, OSP) presentó el Documento CE35/4,⁴ relativo a este tema. Indicó que el Consejo Directivo, en su X Reunión autorizó al Comité a que preparara para su transmisión a la Conferencia un proyecto de Reglamento de las Discusiones Técnicas, tomando como base el que se aplicó en la XIV Conferencia. Por su parte, el Comité, en su 34a Reunión, modificó uno de los artículos de dicho Reglamento y acordó que se preparara un proyecto que sirviera para las Discusiones Técnicas que tengan lugar durante las futuras reuniones de la Conferencia y del Consejo Directivo. En consecuencia, el Director presentó al Comité un proyecto de Reglamento de las Discusiones Técnicas, preparado de acuerdo con las indicaciones formuladas en la reunión anterior del Comité y contenido en el Documento CE34/13, Anexo I, Rev. 1.⁵

El Presidente recordó a los miembros del Comité que el Reglamento ya había sido discutido, y no habiéndose formulado al mismo objeción alguna, por unanimidad se aprobó la siguiente

RESOLUCION IV

El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado el Documento CE35/4, al que acompaña el Reglamento para las Discusiones Técnicas de las reuniones de la Conferencia Sanitaria Panamericana y del Consejo Directivo, preparado de acuerdo con la Resolución XVII de la X Reunión del Consejo Directivo;

Teniendo en cuenta la Resolución XI, párrafo 3 de la 34a Reunión del Comité Ejecutivo⁶ que aprobó un

¹Documento mimeografiado.

²Véase pág. 405.

³Documento Oficial de la OSPA 14, 669-670.

⁴Documento mimeografiado.

⁵Documento mimeografiado.

⁶Véase pág. 405.

proyecto de Reglamento para las Discusiones Técnicas (Documento CE34/13, Anexo I, Rev. 1),

RESUELVE:

Transmitir a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, para su consideración, el proyecto de Reglamento para las Discusiones Técnicas durante las reuniones de la Conferencia Sanitaria Panamericana y el Consejo Directivo (Documento CE34/13, Anexo I, Rev. 1).

D. Sesión inaugural de la Conferencia:

Presidente provisional. En la segunda sesión se examinó este tema. El Presidente señaló, que de conformidad con el Artículo 10 del proyecto de Reglamento Interno propuesto a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, en el caso de que no se encuentren presentes al inaugurarse la Conferencia el Presidente ni ninguno de los vicepresidentes de la Conferencia precedente, presidirá el Presidente de la reunión inmediata anterior del Consejo Directivo.

El Dr. Hurtado (Cuba) manifestó que tenía entendido que hasta el momento de iniciarse esta sesión del Comité, no se había anunciado la asistencia a la XV Conferencia del Dr. Sergio Altamirano, de Chile, ni del Dr. W. Palmer Dearing, de los Estados Unidos, que ocuparon respectivamente los cargos de Presidente y Vicepresidente de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana. Pero se había recibido una comunicación anunciando que asistirá el Dr. Oscar Vargas Méndez, de Costa Rica, que fue el segundo de los vicepresidentes elegidos en la XIV Conferencia. Por lo tanto, si el Dr. Vargas se hallara presente al inaugurarse la Conferencia a él le correspondería la presidencia provisional. De no ser así, debería ocupar la presidencia provisional el Dr. Bissot, de Panamá, como Presidente de la reunión inmediata anterior del Consejo Directivo.

Así quedó acordado.

Presidencia de la Conferencia. El Dr. Hurtado (Cuba) puso de relieve los grandes méritos personales y profesionales del Dr. Guillermo Arbona, Secretario de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, así como su valiosa contribución en la organización de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, como Presidente Ejecutivo de la Comisión Organizadora. Por ello propuso que el Comité Ejecutivo recomendase a la Conferencia la designación como Presidente de tan distinguida personalidad en el campo de la salud pública.

El Comité Ejecutivo compartió unánimemente

este criterio y *acordó* que constara en acta.

Designación del jefe de delegación que ha de contestar los discursos de bienvenida. El Dr. González (Subdirector OSP) informó, al tratarse este tema en la segunda sesión, que de acuerdo con los informes de la Comisión Organizadora, están previstas, en la sesión inaugural de la Conferencia, las intervenciones del Honorable Luis Muñoz Marín, Gobernador del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, del Cirujano General de los Estados Unidos, del Secretario de Salud de Puerto Rico y Presidente Ejecutivo de la Comisión Organizadora, del Director General de la OMS y del Director de la OSPA. De acuerdo con precedentes de anteriores Conferencias, el Comité debería proceder a la designación de un jefe de delegación que conteste los discursos de bienvenida en nombre de todos los delegados.

El Dr. DÍAZ COLLER (México) propuso que se designara al Dr. Alberto Bissot o al Dr. Hurtado, honor que ambos declinaron. Propuso, a su vez, el Dr. Hurtado (Cuba) que se confíe esta representación al Dr. Diego Angel Ramírez, del Ecuador, por sus singulares méritos y dotes personales.

El Comité compartió unánimemente esta propuesta y *encargó* a su Presidente la comunicara inmediatamente al Dr. Ramírez.

3. Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, y Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana, para 1960

A. Presentación del tema

Este tema se discutió en las sesiones segunda y tercera. Lo presentó el Dr. Wegman (Secretario General, OSP) quien dijo que el proyecto de programa y presupuesto de la OMS para las Américas, correspondiente a 1960, se transmite a la Conferencia, para que en su capacidad de Comité Regional de la OMS, lo transmita a su vez, con sus observaciones, al Director General de la OMS; señaló también que el anteproyecto de programa y presupuesto de la OSPA para 1960 servirá de base, una vez aprobado, para la preparación del proyecto de programa y presupuesto de la OSPA que se someterá a la consideración de la 37a Reunión del Comité y a la XI Reunión del Consejo, para su aprobación definitiva.

Refiriéndose al Documento Oficial No. 24, en

el cual figuran las estimaciones de ambos presupuestos y programas, el Dr. Wegman explicó que en él se presentan a la consideración de los cuerpos directivos las actividades sanitarias internacionales proyectadas para 1960. La presentación presupuestaria se hace en cuatro columnas: 1) Anteproyecto de programa y presupuesto ordinario de la Organización Sanitaria Panamericana; 2) anteproyecto referente a otros fondos de la Organización Sanitaria Panamericana, que comprende: (a) el Fondo Especial de la OSPA para la Erradicación de la Malaria, (b) el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, (c) el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, financiado por el Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos, y (d) subvenciones especiales a la OSPA para actividades específicas; 3) proyecto de programa y presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas; y 4) programas que se han de financiar con fondos de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas administrados por la OMS. En cada columna se presentan, con fines de comparación, las estimaciones referentes a los dos años anteriores, 1958 y 1959. La información relativa a 1958, para todos los fondos, corresponde a las últimas estimaciones de que se disponía en el momento de la preparación del documento. Para 1959, la información refleja los estimados revisados más recientes. Con respecto al presupuesto ordinario de la OSPA, se presenta el proyecto de presupuesto preparado por la 34a Reunión del Comité Ejecutivo para su presentación a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana (Documento CE34/9, Rev. 1). El Comité Ejecutivo, en el párrafo 2 de su Resolución XVI, resolvió "recomendar a la Conferencia que estudie la posibilidad de aumentar dicho presupuesto en una proporción que compense la devaluación del poder adquisitivo de la moneda". En cumplimiento de esta recomendación, figuran en el *Documento Oficial No. 24*, a partir de la página 248, una serie de programas adicionales presentados en el Documento CSP15/9 a la consideración de la Conferencia, y un resumen de los programas por grupos de egresos con inclusión de los programas adicionales.

Los anexos, siguió diciendo el Dr. Wegman, contienen ciertas informaciones complementarias. En el Anexo 1 se presentan estimaciones de los fondos que otras organizaciones internacionales

dedicarán a programas sanitarios en las Américas; estos fondos representan una parte importante de las actividades internacionales de salud pública, pero no aparecen en la parte principal del documento porque la OSPA/OMS no los administra directamente. El Anexo 2 presenta los planes y descripciones de los programas de AT/OMS de la Categoría II, que sólo pueden emplearse en substitución de otros. El Anexo 3 presenta información sobre programas adicionales que se prepararon como resultado de consultas con los Gobiernos, pero que no fue posible incluir dentro del nivel presupuestario propuesto. El Anexo 4 presenta una exposición de ingresos y egresos del Fondo Especial de la OSPA para la Erradicación de la Malaria, de acuerdo con la Resolución IV de la 31a Reunión del Comité Ejecutivo.¹

Desde la fundación de la OSPA, afirmó el Dr. Wegman, sus cuerpos directivos establecieron prioridades en varias ocasiones e indicaron las líneas generales con arreglo a las cuales tenía que desarrollarse la labor de la Organización. Estas prioridades se basaban en una evaluación de los problemas y necesidades de salud pública de la Región y sus países, evaluación cada vez más apropiada gracias al mejoramiento de los métodos de consulta de la Oficina con los Gobiernos. Al propio tiempo, la planificación sanitaria nacional siguió un constante proceso de mejoramiento y maduración en cada país, debido en parte a la colaboración internacional. En consecuencia, se ha registrado un decidido aumento de las necesidades nacionales, reconocidas como tales, y de las solicitudes de cooperación a la OSP/OMS para programas sanitarios nacionales. De esta suerte, el total de solicitudes recibidas de los Gobiernos excedía en \$1.200.000 del nivel presupuestario propuesto para 1960.

La preparación del programa y presupuesto para 1960, explicó el Dr. Wegman, se inició a fines de 1957, cuando los Representantes de Zona de la OSP/OMS consultaron a las respectivas autoridades sanitarias nacionales acerca de sus necesidades y deseos específicos respecto del programa. En una reunión de altos funcionarios de la Oficina, en marzo de 1958, se examinaron y analizaron los programas de los países y los programas interpaíses, y se seleccionaron los considerados más importantes y urgentes para su in-

¹Documento Oficial de la OSPA 22, 214.

clusión en el Anteproyecto, después de las oportunas consultas con los Gobiernos.

Como había previsto el Director cuando, hace diez años, se inició la expansión del programa de la Organización, los acontecimientos han demostrado hasta qué punto era justa la política de formar un núcleo de personal técnico y administrativo que constituya un buen fundamento para un programa de campo. A pesar del pequeño aumento de los fondos destinados a fines administrativos, la proporción de éstos ha presentado un constante descenso. En cada aumento del presupuesto se ha dedicado una proporción más elevada a los programas de campo.

Entre las prioridades de la Organización, la tarea más vasta es la erradicación de la malaria, a la que se asigna el 48,46 por ciento del presupuesto para programas de campo. Poco menos del 30 por ciento del presupuesto para programas de campo de los fondos ordinarios de la OSPA, de los ordinarios de la OMS y de los de Asistencia Técnica/OMS, indicó el Dr. Wegman, se consiguan para el total de actividades directamente relacionadas con las enfermedades transmisibles, entre ellas los programas de erradicación. Sin embargo, debe señalarse que buena parte de todo servicio general de salud pública se dedica a las enfermedades transmisibles.

Más del 50 por ciento del presupuesto para programas de campo de los tres fondos corresponde a la categoría "Fortalecimiento de los servicios de salud pública". Casi la mitad de este porcentaje se dedica a actividades clasificadas como "Servicios en general", que comprenden tanto programas para servicios sanitarios integrados, que se espera estén en funcionamiento en casi todos los países en 1960, como becas para adiestramiento en salud pública. Del total de servicios sanitarios generales, más de la mitad se dedica a actividades docentes, como seminarios, becas y cursos locales de adiestramiento. Se presta también especial atención a programas que hasta ahora han dado excelentes resultados, como los de nutrición, saneamiento del medio y estadística sanitaria. La otra mitad de la categoría "Fortalecimiento de los servicios de salud pública" se dedica a un grupo de programas que se clasifican bajo el epígrafe "Servicios especializados adicionales". Entre ellos figuran ciertas materias como el saneamiento del medio o la higiene maternoinfantil, ya incluidas en el presupuesto como partes principales de los

servicios sanitarios integrados, pero que también se amoldan a ciertos proyectos especializados.

Bajo el epígrafe "Enseñanza y Adiestramiento," siguió diciendo el Dr. Wegman, se han hecho estimaciones para las actividades específicamente enlazadas con el fortalecimiento de las instituciones que se dedican a la enseñanza de la medicina, la salud pública y la enfermería. Se reconoce la importancia esencial de la enseñanza de enfermería, que representa casi el 9 por ciento del programa de campo de los tres fondos. El adiestramiento de auxiliares de enfermería es, además, parte importante de la mayoría de los servicios sanitarios integrados. El 42 por ciento del presupuesto para el programa de campo se dedica a actividades de enseñanza y adiestramiento en sus diversas formas.

Teniendo en cuenta los muchos campos en que la labor sanitaria internacional puede ser eficaz, la elevada incidencia de enfermedades prevenibles y erradicables, la necesidad de formar fuertes servicios sanitarios básicos y la de fomentar y ayudar la educación de todas las clases de personal sanitario, el Director cree que el programa y presupuesto propuesto para 1960 representa un justo equilibrio perfectamente adaptable al desarrollo ordenado de las actividades internacionales de salud pública.

El Dr. Wegman terminó su exposición indicando que el Director había considerado que para lograr este equilibrio del programa en 1960, se necesita una cantidad de \$4.100.000 en el presupuesto ordinario de la OSPA.

A continuación el Presidente invitó a los señores representantes a que examinasen el proyecto y el anteproyecto de presupuesto que el Dr. Wegman acababa de presentar en sus líneas generales a la reunión. Señaló que el *Documento Oficial No. 24*, en que figuran ambos presupuestos, había sido distribuido con suficiente antelación para hacer posible ahora un estudio detallado de los mismos. Además, subrayó que ésta es la única oportunidad para el Comité Ejecutivo de considerar el proyecto de programa y presupuesto de la Región de las Américas para 1960.

B. Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas para 1960

El Presidente sometió a discusión en primer lugar el proyecto de programa y presupuesto para la Región de las Américas, OMS, correspondiente

a 1960, y el Dr. Hurtado (Cuba) solicitó que se le informara acerca de si había habido aumento o disminución, con respecto a 1959, en la cantidad asignada por el Director General de la OMS a la Región de las Américas. El Dr. Wegman (Secretario General, OSP) en respuesta a la pregunta del Representante de Cuba, indicó que para 1959 la cantidad asignada por el Director General a la Región de las Américas fue de \$1.602.800, y para 1960 de \$1.720.810. El porcentaje para la Región de las Américas del presupuesto total de la OMS, agregó, no es menor que en años anteriores. El Dr. Soper (Director, OSP) confirmó esta información, añadiendo que el aumento global del presupuesto de la OMS lo mismo que el aumento para la Región de las Américas son de aproximadamente el 7 por ciento. Comentando estos datos, el Presidente expresó su satisfacción al comprobar que, a diferencia de años anteriores, en que el porcentaje de aumento para la Región de las Américas era bastante inferior a la proporción del aumento global del presupuesto, para 1960 se prevé un porcentaje de aumento superior al de años anteriores. Señaló que en 1956 el aumento global fue del 19 por ciento y en 1957 de 10,8 por ciento, sin embargo, el aumento para las Américas no pasó del 4,3 por ciento, mientras que en 1960 ascenderá al 7 por ciento.

El Comité aprobó por unanimidad la siguiente

RESOLUCION V

El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, correspondiente a 1960 (*Documento Oficial No. 24*); y

Teniendo en cuenta que el Comité Ejecutivo, al examinar dicho proyecto, actúa en funciones de grupo de trabajo del Comité Regional,

RESUELVE:

1. Aprobar la transmisión a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, X Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, correspondiente a 1960 (*Documento Oficial No. 24*).

2. Proponer a la Conferencia que considere, si lo estima oportuno, el siguiente

Proyecto de Resolución

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo examinado el *Documento Oficial No. 24*, 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 1960; 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 para que lo tome en consideración al preparar el proyecto de presupuesto de la OMS para 1960;

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 1960, y solicitar al 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 1960.

C. Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1960

Tras de un breve debate acerca del procedimiento de discusión, en el cual intervinieron el Dr. Hurtado (Cuba), el Dr. Oréllana (Venezuela), y el Dr. Díaz Coller (México), el Dr. Oréllana (Venezuela) preguntó si la asignación de fondos del Programa de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas se hacía directamente por la OMS o si respondía a solicitudes de la Organización. El Dr. Soper (Director, OSP), aclarando este punto, explicó que al principio del Programa de Asistencia Técnica los fondos del mismo se distribuían a los organismos internacionales sobre la base de cierto porcentaje para cada uno; los organismos internacionales especializados en el campo de la salud recibían el 22 por ciento. El representante del organismo internacional negociaba con los Gobiernos y se utilizaban los fondos de Asistencia Técnica sobre la misma base que los fondos ordinarios. En 1954, sin embargo, la Junta de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas modificó este procedimiento y en lugar de asignar fondos a los organismos, se hicieron asignaciones de cantidades netas a los Gobiernos, de manera que los Ministerios de Salud Pública, para obtener fondos de la Asistencia Técnica tienen que competir con otros Ministerios dentro de la Comisión Nacional de Asistencia Técnica. La Junta de Asistencia Técnica estableció después ciertas condiciones restrictivas, de tal suerte que cada año los organismos internacionales deberían recibir no menos de 80 por ciento de la suma que hubieran recibido con anterioridad.

Esta situación, dijo el Dr. Soper, no ha sido hasta ahora tan desastrosa como podría serlo en el futuro, porque en general los Ministerios de Salud Pública han alcanzado un éxito mayor de lo que se esperaba al defender los intereses de los programas de salud pública. Señaló, finalmente, que las cifras indicadas en el *Documento Oficial No. 24* para los fondos de Asistencia Técnica, corresponden a cantidades que se supone que pueden proceder del Programa de Asistencia Técnica para que los use la Organización, y que, si están disponibles, se asignarán no por decisión directa de la Organización Mundial de la Salud o de su organismo regional, sino que dependerán de la asignación que los Ministerios de Salud Pública puedan conseguir dentro de la estructura de la Comisión Nacional de Asistencia Técnica respectiva, comisión que distribuye los fondos asignados globalmente a cada Gobierno por el Programa de Asistencia Técnica.

En la tercera sesión plenaria, presidida por el Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua), el Dr. Wegman (Secretario General, OSP) contestando a varias observaciones formuladas por el Ing. Olivero (Guatemala), explicó que si bien la IX Reunión del Consejo Directivo autorizó al Director a establecer un fondo de reserva¹ con el fin de nivelar las asignaciones presupuestarias de la OSP para las reuniones de los cuerpos directivos de la Organización que se han de celebrar durante un período de cuatro años, la OMS insiste en que cada año debe hacerse la estimación de los gastos de las reuniones previstas en él, razón por la cual se observan diferencias en los créditos asignados en 1958, 1959 y 1960 para los Servicios de Conferencias. Señaló después que, como consecuencia de una reorganización de los servicios de la sede, se ha suprimido la Oficina de Coordinación y que las funciones que ésta desempeñaba, principalmente en relación con los proyectos costeados con fondos de Asistencia Técnica, están ahora a cargo del Servicio de Finanzas y Presupuestos, lo que ha dado mejores resultados. En cuanto a las diferencias que se observan en las asignaciones para distintas actividades en el anteproyecto de presupuesto para 1960, en relación a los presupuestos de años anteriores, indicó que obedecen a que los fondos se asignan de acuerdo con las solicitudes recibidas de los Gobiernos y las consultas efectuadas por los Representantes de Zona

con aquéllos. Refiriéndose concretamente a la disminución que se observa en las partidas para programas contra la tuberculosis, señaló que esto se debe a que se han terminado o están a punto de completarse los proyectos cooperativos de vacunación con BCG. Por otra parte, en relación con las actividades de saneamiento del medio, el Dr. Wegman precisó que la Oficina ha dado siempre prioridad a ellas, pero que tiende más bien a ayudar a los servicios generales de salud pública, que incluyen esa labor de saneamiento, que a estimular el desarrollo de programas específicos de esta naturaleza. Aludió a este respecto a la primera reunión, celebrada recientemente, del Comité Asesor de la OSP en Saneamiento del Medio, en la que se estudiaron detenidamente los problemas que se plantean en este campo y se establecieron normas para intensificar la labor de saneamiento en las Américas. Señaló igualmente que en el presupuesto se han incluido dos proyectos sobre planeamiento y organización de servicios hospitalarios, actividad que no es nueva para la OSP, ya que anteriormente utilizó consultores en esta materia y prestó colaboración a diversos países, y que probablemente aumentará en el futuro, dada la estrecha relación que existe entre esas instituciones y la salud pública. Recordó que en la Asamblea Mundial de la Salud del año pasado, el tema de las Discusiones Técnicas fue precisamente el de "Función de los hospitales en los programas de salud pública". Finalmente, en relación con el INCAP, el Dr. Wegman informó que si en el presupuesto para 1960 no se consignan fondos para el puesto de Asesor Regional en Nutrición en el programa AMRO-54 (Colaboración con el INCAP) es porque se proyecta que dicho asesor, que es al mismo tiempo Director del INCAP, se dedique a actividades más amplias, pero la Oficina costeará el puesto de Director médico del Instituto.

El Dr. Soper (Director, OSP) refirió a este respecto, la interesante experiencia realizada con el INCAP durante varios años. Al principio, los fondos de que disponía la OSP eran muy limitados y pareció mejor concentrar las actividades de nutrición en el desarrollo del INCAP, aunque también se prestó colaboración en este aspecto a Colombia, Ecuador y otros países. El INCAP ha dado excelentes resultados, pero ahora ha llegado el momento de hacer algo en mayor escala en las Américas. El Dr. Soper señaló que como parte de este plan de ampliación de actividades, el

¹Resolución XII, *Documento Oficial de la OSP* 18, 12-13.

Asesor Regional en Nutrición está siguiendo un curso de ampliación de estudios en salud pública, especialmente en epidemiología, estadística y otros aspectos. En la última reunión del Comité Ejecutivo se acordó que en la próxima Conferencia se presentara un informe sobre la labor y organización del INCAP, exposición que estará a cargo del propio Asesor Regional. Por otra parte, el UNICEF está muy interesado en programas de nutrición y es necesario que la Organización esté preparada para desempeñar el papel que le corresponde en el aspecto técnico del programa, en el que también intervienen la FAO y la Oficina de Asuntos Sociales de las Naciones Unidas. Este es un hecho importante, y por tanto, es posible que cuando el año próximo se presente el proyecto de presupuesto para 1960 se soliciten aumentos para las actividades en el campo de la nutrición. El Dr. Soper concluyó diciendo que hay que agradecer a los países de Centro América y Panamá su valiosa aportación a través del INCAP, a la nutrición en las Américas, y destacó el hecho de que para el sostenimiento de dicho Instituto pagan sumas superiores a las cuotas que aportan a la OMS y OSPA.

El Dr. Díaz Coller (México), refiriéndose al anteproyecto de programa y presupuesto de la OSPA para 1960, hizo observar que, en virtud precisamente de una moción por él presentada, la 34a Reunión del Comité acordó recomendar a la Conferencia que estudiara la posibilidad de aumentar el presupuesto de la OSPA en una proporción que compensara la devaluación del poder adquisitivo de la moneda, y que, de conformidad con esto, se ha previsto la posibilidad de aumentar el presupuesto para 1959 a \$3.600.000; pero en el anteproyecto de presupuesto para 1960 se prevé la suma de \$4.100.000 y, si se les aplica el precedente de compensar dicha devaluación, aumentaría a \$4.500.000. Añadió que había sido preciso aprobar repetidos aumentos desde 1947, pero que, aun estando él de acuerdo con la necesidad de la suma propuesta, convendría reflexionar si esos aumentos no siguen un ritmo demasiado acelerado en relación con la capacidad de absorción de algunos países. Dijo que el presupuesto total de la OMS y de la OSPA no llega a la mitad del presupuesto que México dedica a actividades de salud pública. Es realmente maravilloso lo que ambas organizaciones han hecho con los recursos de que disponen, pero tal vez sea

preciso obrar con cautela en este aspecto de los aumentos presupuestarios.

El Dr. Soper (Director, OSP) recordó que en 1947 el presupuesto a cargo de las 21 Repúblicas era de \$115.000, pero que en el mismo año los gastos de la OSP relacionados con sus programas fueron superiores a \$600.000, diferencia representada en gran parte por aportaciones de personal y fondos para becas y proyectos específicos por parte de los Estados Unidos. En 1948, el Consejo Directivo aprobó una propuesta del Director para un programa de \$700.000 para seis meses y de \$1.000.000 para los segundos seis meses. Desde entonces, pasaron varios años antes de llegar a los \$2.000.000. En 1956 se pasó a \$2.200.000 y en 1957 a \$2.400.000. En realidad, fue en 1958 la vez primera en que se aumentó sensiblemente el presupuesto ordinario, pasando a ser de \$3.000.000. Hay que tener en cuenta las dificultades con que se ha enfrentado la OSP por el hecho de que los fondos de la AT/NU se asignen ahora directamente a los Gobiernos en lugar de hacerlo a los organismos especializados, y otro hecho que debe tenerse en cuenta es que la Región de las Américas estaba antes en condiciones de recibir y aprovechar fondos de la OMS en momentos en que no lo estaban otras Oficinas Regionales; y a causa de esta circunstancia se recibían fondos de la OMS en proporción *per cápita* muy superior a la de otras Regiones. Añadió que el problema planteado por el Representante de México era un problema que necesariamente había que abordar, pero sólo podía hacerse año por año, pues no es posible conocer de antemano la actitud de los países y la colaboración internacional en los años futuros. En el caso de la erradicación de la malaria se registra la actitud de ciertos Gobiernos aumentando considerablemente sus asignaciones para los programas nacionales, mientras otros han aportado cuantiosas contribuciones voluntarias a la OSPA con el mismo fin. Manifestó su convicción de que, en el futuro, los organismos internacionales han de desempeñar un papel mucho más preponderante que ahora en la vida de los países; y expresó su optimismo sobre el porvenir del movimiento sanitario internacional, pues estas actividades experimentarán una expansión cuando los países hayan visto los resultados beneficiosos obtenidos con los escasos medios de que hoy se dispone. El UNICEF, que depende de contribuciones voluntarias, está aumentando siempre sus programas, como lo indica el hecho de que espera

recibir \$22.900.000 en 1958 contra \$20.700.000 en 1957. No hay que pensar que el programa de la OSPA/OMS tiene menos valor ni menos atracción para los países que los programas de cualquiera de las otras organizaciones que existen. Si en algo se ha fallado es en presentar el programa y lograr que los países se percaten de lo que esta Organización representa. Los países, conociendo lo que se puede hacer en el campo de la salud con la colaboración internacional, continuarán contribuyendo y aun aumentando sus contribuciones a este programa. Terminó manifestando su convicción de que en el futuro los países aportarán el apoyo financiero que se les pida de acuerdo con las necesidades.

El Dr. Hurtado (Cuba) expuso ampliamente las dificultades planteadas por el nuevo régimen establecido para la asignación de fondos de Asistencia Técnica y que tiene repercusiones desfavorables para las actividades de salud pública. A este respecto sugirió que la próxima Conferencia aprobara una resolución en el sentido de dirigirse a los Gobiernos para que dieran instrucciones a sus representantes en el ECOSOC a fin de lograr que se reforme radicalmente dicho régimen, de manera que los fondos de Asistencia Técnica vuelvan a asignarse a los organismos especializados. Recordó a este respecto las gestiones realizadas por el Dr. Soper, sin ningún resultado positivo, para conseguir que todos los fondos destinados a actividades de salud pública en las Américas se canalizaran a través de la OSP/OMS. Consideró que debería aceptarse la cifra de \$4.100.000 propuesta en el anteproyecto para el presupuesto de 1960, haciendo todo lo posible para que la Conferencia la apruebe igualmente. Rindió un homenaje a la labor desarrollada por el Dr. Soper al frente de la Oficina, y terminó diciendo que el mejor tributo que se le podía rendir era no discutir la cifra que había propuesto.

El Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua) se refirió a la insuficiencia de los esfuerzos aislados que pueden realizar los Gobiernos y a la necesidad de una coordinación internacional de las actividades, como se ha visto con la gran campaña de erradicación de la malaria, que debería ir seguida de otras análogas contra la poliomielitis, la rabia y la sífilis. Se adhirió a los elogios tributados al Dr. Soper por el Representante de Cuba.

El Dr. Orellana (Venezuela) subrayó que existe un acuerdo sobre las necesidades sanitarias de las Américas y que interesa insistir sobre los

Gobiernos para que decidan en consecuencia y concedan a las organizaciones internacionales el puesto de importancia primordial que les corresponde. Afirmó que, más que en topes, es preciso pensar en las nuevas necesidades, que requerirán más esfuerzos y dinero, y por ello señaló que correspondía a los representantes, en el caso de que se aprobara el presupuesto de \$4.100.000, gestionar de sus respectivos Gobiernos para que se concedan los aumentos presupuestarios solicitados.

Finalmente, el Comité aprobó por unanimidad la siguiente

RESOLUCION VI

El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado el anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para el año 1960 (*Documento Oficial No. 24*); y

Considerando que dicho anteproyecto servirá de base, una vez aprobado, para la preparación del proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para 1960 que se someterá a la consideración de la 37a Reunión del Comité y a la de la XI Reunión del Consejo Directivo, en 1959, para su aprobación definitiva,

RESUELVE:

1. Transmitir a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana el anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para el año 1960 (*Documento Oficial No. 24*).

2. Proponer a la Conferencia que considere, si lo estima oportuno, el siguiente

Proyecto de Resolución

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana

Habiendo examinado el *Documento Oficial No. 24*, presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, que contiene el anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana correspondiente a 1960; y

Teniendo en cuenta que dicho anteproyecto, una vez aprobado, servirá de base para la preparación del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana, correspondiente a 1960, que se someterá a la consideración de la 37a Reunión del Comité Ejecutivo y a la XI Reunión del Consejo Directivo, en 1959, para su aprobación definitiva,

RESUELVE:

Tomar nota del anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana para el año 1960.

4. *Enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana*

En la tercera sesión plenaria, al presentar el

Documento CE35/2¹ sobre este tema, el Sr. Simpson (Jefe, División de Administración, OSP) manifestó que, de conformidad, con el Artículo 030 del Reglamento del Personal, se someten a la consideración del Comité Ejecutivo ciertas modificaciones introducidas al Reglamento del Personal de la OSP que estaban basadas en cambios análogos adoptados por la OMS y puestos en vigor el 1° de julio de 1958. Indicó que eran principalmente de tipo editorial y tenían por objeto facilitar la interpretación de los artículos adoptados en cumplimiento de recomendaciones formuladas por el Comité de Revisión de Sueldos de las Naciones Unidas, que fueron aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su 11° y 12° períodos de sesiones y aceptadas por sus organismos especializados. Se habían efectuado también otros cambios para adaptar el Reglamento del Personal de la OSP al de la OMS, que en general se derivaban de un acuerdo a que se llegó después de haber sido examinados por los organismos especializados en reuniones de la Comisión Consultiva en Asuntos Administrativos y de Presupuesto de las Naciones Unidas.

El Dr. Díaz Coller (México) preguntó si las modificaciones introducidas facilitaban de alguna manera la rotación del personal de un país a otro o dentro de un mismo país, problema que se ha discutido en las reuniones de los cuerpos directivos de la OMS y de la OSPA.

El Sr. Simpson (Jefe, División de Administración, OSP) informó que las modificaciones propuestas no afectaban al problema de la rotación, porque no se referían a cuestiones de fondo. Cuando el Comité de Revisión de las Naciones Unidas procedió a la revisión del Reglamento del Personal, tanto la OMS como la OSP estimaron que no se había prestado la debida atención a esta cuestión de la rotación del personal. Esto se debió probablemente al hecho de que otros organismos especializados no emplean, en tan alta proporción, personal profesional de carrera en el servicio internacional. Algunas de las disposiciones, adoptadas también por la OMS y la OSP para mantener reglamentos uniformes, contribuyen más bien a restringir la rotación del personal que a facilitarla. Citó como ejemplo, la eliminación del pago de los gastos de traslado del ajuar del funcionario cuando es destinado a otro lugar, que ha sido substituido por un subsidio por misión, insufi-

ciente para compensar aquellos gastos. Terminó diciendo que este problema de la rotación preocupa tanto a la OMS como a la OSP y que habrá de ser estudiado a fondo en la Conferencia cuando se trate el tema "Proyecto de nuevas condiciones de empleo".

Seguidamente el Comité examinó, una por una, las modificaciones propuestas y aprobó por unanimidad la siguiente

RESOLUCION VII

El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado las enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana presentadas por el Director en el Documento CE35/2, y

Teniendo en cuenta que modificaciones similares en el Reglamento del Personal de la Organización Mundial de la Salud entraron en vigor el 1° de julio de 1958,

RESUELVE:

Confirmar, de acuerdo con el Artículo 030 del Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, las modificaciones a dicho Reglamento presentadas por el Director en el Documento CE35/2.

5. *Modificación del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo*

El Dr. Hurtado (Cuba), fundándose en las dificultades surgidas para reunir el quórum previsto en el Artículo 8 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo en la fecha que se había señalado para iniciar la 35a Reunión, presentó en la tercera sesión plenaria una moción en el sentido de que se redujera de 5 a 4 el número de miembros del Comité necesarios para el quórum, moción que fue apoyada por el Dr. Díaz Coller (México).

El Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua) se mostró contrario a la aprobación de la moción, considerando que el número de cuatro es insuficiente para el quórum y que las dificultades encontradas en esta ocasión fueron excepcionales, pues normalmente pueden subsanarse a base de representantes designados por las respectivas misiones diplomáticas de la capital en que se celebre la reunión. El Dr. Orellana (Venezuela) expresó su coincidencia con esta objeción.

En vista de las explicaciones del Representante de Nicaragua, el Dr. Hurtado retiró su moción.

6. *Duración de las reuniones del Comité Ejecutivo*

También en la tercera sesión plenaria el Dr.

¹Documento mimeografiado.

Díaz Coller (México) recordó que en la reunión anterior había propuesto que se redujera de cuatro a dos días la duración de la presente reunión y que el Comité la fijó en 3 días. Estimó que era conveniente estudiar de antemano más minuciosamente las posibilidades de reducir al mínimum la duración de las reuniones del Comité, y manifestó su deseo de que se tomara nota de su sugerencia.

El Dr. Sánchez Vigil (Nicaragua) hizo observar las dificultades que pueden presentarse para prever de antemano la duración de una reunión.

Se acordó por unanimidad tomar nota de la sugerencia del Sr. Representante de México.

7. Clausura de la Reunión

Al finalizar las deliberaciones del Comité Ejecutivo, el Presidente agradeció a los miembros del Comité la ayuda que le prestaron en las tareas de la reunión. Propuso que el Comité Ejecutivo expresara su agradecimiento al Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y a la Comisión encargada de cooperar con la OSP en la organización de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, por las facilidades dadas para la

celebración de esta reunión; y al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana y funcionarios de la misma por la asistencia prestada al Comité durante sus deliberaciones.

Así quedó acordado.

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

HECHO en San Juan, Estado Libre Asociado de Puerto Rico, el día dieciocho de septiembre de mil novecientos cincuenta y ocho. El Secretario depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana, y enviará copias de éstos a los Gobiernos Miembros.

HUMBERTO OLIVERO

Presidente del Comité Ejecutivo,
Representante de Guatemala

FRED L. SOPER

Director de la Oficina Sanitaria
Panamericana, Secretario *ex officio*
del Comité Ejecutivo

INFORME FINAL DE LA 36a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO¹

San Juan, Puerto Rico, 3 de octubre de 1958

La 36a Reunión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud se celebró en San Juan, Puerto Rico, en el Salón "Isla Verde" del Hotel San Juan Intercontinental, el día 3 de octubre de 1958, de acuerdo con la con-

vocatoria del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. En la sesión plenaria única estuvieron presentes los siguientes miembros del Comité, observadores y funcionarios de la Oficina:

Miembros:

Dr. Bichat Rodrigues
Dr. Guillermo Arbona
Sr. Simon N. Wilson
Ing. Humberto Olivero
Dr. Carlos A. Javier
Dr. Rodrigo Barahona Carrasco
Dr. Carlos Díaz Coller
Dr. Julio Muñoz Puglisevich
Dr. Daniel Orellana
Dr. Alejandro Príncipe

BRASIL
ESTADOS UNIDOS
DE AMÉRICA
GUATEMALA
HONDURAS
MÉXICO
PERÚ
VENEZUELA

¹Documento CE36/2, Rev. 1.

Miembro y Secretario ex officio del Comité:

Dr. Fred L. Soper

OFICINA SANITARIA
PANAMERICANA**Observadores:**

Dr. Luis Patiño Camargo

COLOMBIA

Dr. Abraham Horwitz

CHILE

Dr. Paul V. Ollé

FRANCIA

Sr. Roger Dalichamp

Dr. Alberto Bissot, Jr.

PANAMÁ

Dr. Nicolaas H. Swellengrebel

REINO DE LOS PAÍSES BAJOS

Dr. Edwin van der Kuyp

Asesores del Director:

Dr. Carlos L. González, Subdirector

Dr. Myron E. Wegman, Secretario General

Dr. Gustavo Molina, Jefe, División de Salud Pública

Sr. Donald F. Simpson, Jefe, División de Administración

Nuevos Miembros

Abrió la reunión el Ing. Olivero (Guatemala), Presidente del Comité, quien dio la bienvenida a los Representantes de Brasil, Estados Unidos y Honduras, elegidos por la XV Conferencia Sanitaria Panamericana para ocupar las vacantes producidas por haber llegado a su término el mandato de Bolivia, Cuba y Nicaragua.

Mesa Directiva

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 3 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo y en el Artículo 15 de la Constitución, se eligió Presidente al Dr. Carlos Díaz Coller (México) y Vicepresidente al Dr. Daniel Orellana (Venezuela).

Programa de temas

Se aprobó el programa de temas presentado en el Documento CE36/1.¹

Temas Tratados y Resoluciones Aprobadas

En el curso de la 36a Reunión del Comité Ejecutivo se examinaron los siguientes temas:

1. Expresiones de agradecimiento

El Presidente Provisional, Ing. Humberto Olivero (Guatemala) agradeció calurosamente a los señores Representantes de Bolivia, Cuba y Nicaragua la valiosa colaboración prestada durante el

período en el que desempeñaron sus funciones. Felicitó, asimismo, al Director electo Dr. Abraham Horwitz, y expresó que su capacidad y conocimientos técnicos contribuirán al buen éxito de la labor que realiza la Organización. Tanto a nombre del Comité Ejecutivo como en el del Gobierno de su país, hizo presente su agradecimiento al Dr. Soper por la magnífica y ejemplar tarea cumplida como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Los Dres. Rodrigues (Brasil), Arbona (Estados Unidos) y Javier (Honduras) expresaron su agradecimiento por la distinción que significa para sus países la elección para formar parte del Comité Ejecutivo. Hicieron presente, asimismo, la gratitud de sus respectivos países al Dr. Fred L. Soper por su obra y saludaron al Director electo, Dr. Horwitz.

El Dr. González (Subdirector, OSP) dio cuenta de haberse recibido una comunicación telegráfica en la que se designa Representante de los Estados Unidos para esta reunión del Comité al Dr. Guillermo Arbona y Asesor al Sr. Simon N. Wilson.

2. Asuntos transmitidos al Comité Ejecutivo por la XV Conferencia Sanitaria Panamericana**A. Congresos Interamericanos de Salud Pública**

El Dr. González (Subdirector, OSP) informó que la Conferencia encomendó al Comité Ejecutivo que, con la ayuda del Director, estudiara los

¹Documento mimeografiado.

procedimientos para la celebración de los Congresos Interamericanos de Salud Pública, y señaló ciertos aspectos que el Comité ha de tener presentes en tal estudio.

El Ing. Olivero (Guatemala), con el apoyo de los Dres. Orellana (Venezuela) y Rodrigues (Brasil) propuso que el Director efectuara un estudio preliminar del asunto para su presentación a la 37a Reunión del Comité.

Así se acordó.

B. Mejoramiento de los textos de los documentos básicos de la Organización Panamericana de la Salud

El Dr. González (Subdirector, OSP) informó que la Resolución XXXIV de la Conferencia,¹ teniendo en cuenta el informe de la Comisión designada para estudiar el Artículo 53 del Reglamento Interno, estableció que el Comité Ejecutivo emprenda un estudio completo de la Constitución de la Organización y del Reglamento Interno de la XV Conferencia a fin de que formule propuestas para mejorar su claridad y la equivalencia entre los textos inglés y español, y sugirió que el Comité Ejecutivo nombrara un subcomité encargado de dicho estudio.

El Dr. Muñoz (Perú) hizo notar que se requiere un estudio previo y detallado de la Constitución y aun cuando el nombramiento del nuevo Director no interfiere con esta labor, consideró que la misma debía realizarse con acopio previo de amplia documentación y los asesoramientos legales necesarios. El mismo parecer expuso el Dr. Bissot (Observador, Panamá).

El Sr. Wilson (Estados Unidos) fue de la opinión de que las designaciones no deberían ser de personas sino de representantes de países, para facilitar la celebración de reuniones periódicas en Washington. Manifestó que el Director podría iniciar la preparación de textos que sirvieran de punto de partida para los estudios del Subcomité, utilizando si era necesario el asesoramiento del Departamento Jurídico de la Unión Panamericana. Finalmente, sugirió que en el Subcomité podrían figurar representantes de países que tengan una delegación numerosa en la OEA, con el fin de que hubiere siempre personas disponibles para las reuniones.

El Dr. Rodrigues (Brasil) estimó también oportuna la consulta jurídica a la Unión Panameri-

cana; y el Ing. Olivero (Guatemala) sugirió que el Director debería buscar también el asesoramiento de otros organismos, conforme a las necesidades que se presenten.

El Dr. Soper (Director, OSP) señaló que la Organización es, a la vez, organismo especializado de la OEA y Organización Regional de la OMS para las Américas, y por ello sugirió que además del asesoramiento de la OEA se obtenga el de otras instituciones jurídicas o de personalidades destacadas en derecho internacional.

Respondiendo a una pregunta del Presidente, el Sr. Wilson (Estados Unidos) manifestó que el Brasil, México y Estados Unidos cuentan con expertos legales en el seno de la OEA, agregando que no consideraba, sin embargo, que este hecho debiera ser el único a tener en cuenta al efectuar la elección de los países que deberían integrar el Subcomité, puesto que, por ejemplo, convendría tomar en consideración también, para la claridad de los textos futuros, el problema del idioma. Coincidió con el Dr. Soper en la necesidad de consultar no sólo a especialistas de la OEA sino también de otras organizaciones.

El Dr. Orellana (Venezuela) propuso que el Subcomité estuviese formado por los Representantes del Brasil, Estados Unidos y México, lo que fue aceptado.

En vista de lo anterior, por unanimidad se aprobó la siguiente

RESOLUCION I

El Comité Ejecutivo,

Teniendo en cuenta lo dispuesto por la Resolución XXXIV de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

1. Designar a los Representantes de Brasil, Estados Unidos y México para formar un Subcomité que estudie la Constitución y el Reglamento Interno de la XV Conferencia con el fin de que formule propuestas: (a) para mejorar la claridad y la equivalencia entre los textos inglés y español de estos documentos básicos; y (b) para que dichos textos sean más adecuados a sus propios fines.

2. Encomendar al Director que solicite asesoramiento jurídico de la Organización de los Estados Americanos y de otras instituciones que estime conveniente, con el fin de preparar un texto preliminar tanto de la Constitución como del Reglamento Interno, en cuya redacción se tengan en cuenta los documentos, actas y resoluciones de la XV Conferencia referentes a esta materia.

3. Recomendar que el Subcomité mencionado se reúna antes de la 37a Reunión del Comité Ejecutivo,

¹Véase p. 40.

para tomar conocimiento del texto preliminar a que hace referencia el párrafo 2 de la presente resolución.

C. Proyecto de procedimiento para la postulación y elección del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

El Dr. González (Subdirector, OSP) indicó que en su Resolución XXX, la XV Conferencia Sanitaria Panamericana¹ encomendó al Comité Ejecutivo la creación de un grupo de trabajo que, con asesoramiento jurídico, efectúe un estudio de los problemas inherentes a la elección del Director y, previa consulta con los Gobiernos Miembros, proponga a la XIII Reunión del Consejo Directivo un procedimiento específico que rijan tal elección. El Dr. Arbona (Estados Unidos), el Ing. Olivero (Guatemala) y el Dr. Muñoz (Perú) coincidieron en el parecer de que el Subcomité que efectuará el estudio ordenado por la Resolución XXXIV de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, examine también los problemas relativos a la elección del Director y proponga los procedimientos que estime pertinentes, y que este estudio lo realice en el momento en que el Comité Ejecutivo se lo encomiende.

Así se acordó.

D. Proyecto de nuevas condiciones de empleo

El Dr. González (Subdirector, OSP) indicó que el punto quinto de la Resolución XXXI de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana² autorizó al Comité Ejecutivo para negociar con el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud la aplicación de los principios básicos contenidos en el Documento CSP15/12, Rev. 1^a relativos a las condiciones de empleo del personal.

El Presidente sugirió al Comité Ejecutivo que acordara tomar nota de la Resolución XXXI de la XV Conferencia, y de la autorización que contiene para el Comité Ejecutivo.

Así se acordó.

E. Tema para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XI Reunión del Consejo Directivo

El Dr. González (Subdirector, OSP) dio cuenta de la Resolución XL⁴ de la Conferencia que en-

comienda al Comité Ejecutivo que determine los aspectos del tema general, "El agua", y autoriza al Director para que designe tres expertos (un ingeniero sanitario, un médico sanitarista y un economista), que se encarguen de presentar la correspondiente exposición preliminar sobre el tema elegido.

El Dr. Orellana (Venezuela) preguntó si, dada la amplitud del tema, no sería más conveniente que se designaran previamente los expertos y que éstos fueran los que seleccionaran sus temas respectivos, o si convendría proceder a la inversa; elegir primero los aspectos, y de acuerdo con ellos, seleccionar a los tres expertos. El Presidente señaló que el Director tendría dificultades para elegir anticipadamente a los tres expertos y que convendría definir previamente los aspectos del tema. Recordó que el Delegado de Cuba en la Conferencia propuso con carácter general el tema "El Agua como elemento esencial de la salud" y que la Conferencia decidió limitarlo a aspectos más específicos. El Dr. Rodrigues (Brasil) dijo que quizá no fuera conveniente que el Comité entrara a discutir ahora el nombre preciso del tema ni tampoco la designación de los expertos, y dejara el asunto para su próxima reunión. El Dr. Muñoz (Perú) hizo notar que todos los países del Continente están sumamente interesados en el problema del agua, tanto por lo que se refiere al abastecimiento como a los sistemas de desagüe en el medio urbano y rural, y señaló que el tema a proponer a los expertos podría ser precisamente el del abastecimiento del agua y los sistemas de desagüe en el medio urbano y rural de América. El Dr. Arbona (Estados Unidos) destacó que los tres expertos son un ingeniero sanitario, un médico sanitarista y un economista, y que ellos podrán analizar todos los aspectos del problema y ocuparse también de los medios de financiamiento para los planes que pudieran proponer. El Dr. Orellana (Venezuela) opinó que el tema del agua es tan amplio que la selección de un aspecto del mismo en forma precisa podría originar una larga discusión y mucho más si se agrega el problema de alcantarillado. El Dr. Soper (Director, OSP) hizo notar que el Documento CSP15/21,⁵ sobre las Discusiones Técnicas, fue preparado después de una reunión celebrada con un grupo de consultores que recomendó el de "Aspectos técnicos, administrativos y financieros

¹Véase pág. 38.

²Véase pág. 38.

³Véase Parte V, Anexo 10, págs. 546-553.

⁴Véase pág. 43.

⁵Documento mimeografiado.

del abastecimiento de agua" como tema para las Discusiones Técnicas.

El Dr. González (Subdirector, OSP) recordó que la experiencia ha demostrado que surgen dificultades cuando el tema se selecciona a mediados de año porque antes de que el experto que se designa pueda redactar su informe, son precisos trabajos previos, como efectuar visitas a ciertos países, consultar con especialistas y autoridades locales, redactar el informe, traducirlo, distribuirlo a los Gobiernos Miembros y a especialistas, por lo cual, en su opinión personal, sería conveniente seleccionar el tema desde ahora. El Ing. Olivero (Guatemala) a quien el Presidente solicitó su opinión como ingeniero sanitario, dijo que se debería concretar el tema al problema del abastecimiento de agua en poblaciones urbanas, ya que el problema fundamental del abastecimiento de agua, en las condiciones actuales de Latinoamérica, si es que hay que fijar prioridades, está lógicamente en los conglomerados de población, y será en este medio en donde esta labor de saneamiento básico beneficiará a un mayor número de habitantes. El Dr. Ollé (Observador, Francia) expuso el parecer de que si se deja la elección del tema al Director, siendo tan amplio el problema del agua, se le dificultaría innecesariamente la selección de los aspectos. Consideró que procedía, por lo tanto, señalar desde ahora el tema y limitar el alcance del trabajo a confiar a los expertos. El Presidente, recogiendo todas las observaciones formuladas, indicó que la opinión general parecía inclinada a limitar el tema a los aspectos administrativos, técnicos y financieros del abastecimiento de agua en el medio urbano en las Américas. Por su parte, el Dr. Javier (Honduras) aclaró que frecuentemente, como sucede en su país, es difícil precisar lo que debe entenderse por medio urbano puesto que a veces la denominación responde más a divisiones administrativas o a consideraciones políticas que demográficas. Afirmó que, en consecuencia, debería dejarse en cada caso a los países interesados la potestad de determinar cuáles son, en ellos, las poblaciones urbanas. El Dr. Orellana (Venezuela) indicó su acuerdo con la propuesta sintetizada por el Presidente y señaló que en 1960 sin duda las Discusiones Técnicas deberán versar, como es lógico, sobre el abastecimiento de agua en el medio rural.

Finalmente se decidió por unanimidad aprobar la siguiente

RESOLUCION II

El Comité Ejecutivo,

Teniendo en cuenta la Resolución XL de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

Que las Discusiones Técnicas que habrán de tener lugar durante la XI Reunión del Consejo Directivo versen sobre los aspectos técnicos, financieros y administrativos del abastecimiento de agua en el medio urbano en las Américas.

F. Enmiendas de los Artículos 15 y 12-C de la Constitución

El Dr. González (Subdirector, OSP) puso en conocimiento del Comité, a título informativo, que la Conferencia aprobó dos reformas a la Constitución que se refieren al Comité Ejecutivo. Por la Resolución XXVII¹ se enmendó el Artículo 15, que quedó redactado en la siguiente forma: "El Comité Ejecutivo elegirá entre sus miembros un Presidente y un Vicepresidente, quienes permanecerán en funciones hasta que sean elegidos sus sucesores. Las elecciones se celebrarán cada año en la primera reunión del Comité Ejecutivo que siga a la elección de sus nuevos miembros". Por la Resolución XXVIII² se modificó el Artículo 12-C, cuya nueva redacción dice así: "Considerar y someter a la Conferencia o al Consejo, con las recomendaciones que estime convenientes, el proyecto de programa y presupuesto preparado por el Director".

El Presidente propuso que el Comité tomara nota de estas dos resoluciones de la Conferencia.

Así se acordó.

G. Proyectos de resolución presentados por el Delegado del Perú y transmitidos por la Conferencia al Comité Ejecutivo

El Dr. Muñoz (Perú) recordó que la Conferencia aprobó en principio, en su última sesión plenaria, los proyectos de resolución contenidos en los Documentos CSP15/77, CSP15/78 y CSP15/79,³ relativos, respectivamente, a la "Carta de Salud de Puerto Rico", al problema de abastecimiento de agua y al problema de la tuberculosis. La Conferencia, al propio tiempo, transmitió al Comité Ejecutivo estos proyectos,

¹Véase pág. 36.

²Véase pág. 36.

³Véase Parte II, décimocuarta y décimoquinta sesiones plenarias, págs. 282-284 y 296.

para que los estudiara y modificara, adaptándolos a sus posibilidades de aplicación. El objeto del proyecto de Carta, explicó el Dr. Muñoz, es dejar constancia de cuáles son los problemas fundamentales de salud pública en las Américas y de las posibilidades de resolverlos, así como de estimular a los Gobiernos y la colectividad; los otros dos proyectos tienen por objeto ratificar el interés por dos problemas de gran importancia. Agregó que debía asociarse el nombre de Puerto Rico a la Carta propuesta, como una muestra de agradecimiento por la acogida que dio a la Conferencia.

El Dr. Arbona (Estados Unidos) sugirió que, por tratarse de un documento de importancia, debía ser objeto de un estudio detallado, que no podía efectuarse en la breve reunión del Comité; y propuso que se aplazara para la 37a Reunión del Comité. Hizo constar que Puerto Rico no renunciaría al honor de que su nombre se asociara a la Carta. El Dr. Rodrigues (Brasil) se adhirió a la propuesta del Representante de los Estados Unidos, punto de vista que también compartió el Dr. Orellana (Venezuela) y el Presidente, en su calidad de Representante de México. El Dr. Muñoz (Perú) se mostró de acuerdo con las opiniones expresadas y aceptó que el proyecto se pasara a la consideración de la 37a Reunión del Comité.

Así se acordó.

En cuanto a los proyectos de resolución sobre tuberculosis y abastecimiento de agua, el Dr. Muñoz (Perú) indicó que, a su entender, el Comité debía discutirlos en la presente reunión, para mostrar a los pueblos de las Américas que la Conferencia tuvo un interés muy vivo por estos dos graves problemas sanitarios. Recalcó que así como la Conferencia había estudiado intensamente la malaria, debía señalar también la tuberculosis y el abastecimiento de agua como problemas de suma importancia y dar a los pueblos la seguridad de que la Organización se preocupa por ellos.

El Dr. Soper (Director, OSP) señaló que según el Artículo 13.1 del Reglamento Financiero, ni la Conferencia, ni el Consejo ni el Comité tomarán decisiones que impliquen gastos a menos que se les haya presentado un informe del Director sobre las consecuencias administrativas y financieras de la propuesta, e indicó que las propo-

siciones del Delegado del Perú entrañan gastos cuantiosos, tanto para los estudios previos de un plan como por los programas piloto que contempla. Recordó que la XIII Conferencia decidió que no se podrían aprobar propuestas de tal índole sin que se realizara un estudio previo de los gastos que entrañarían y se hicieran las asignaciones correspondientes. Puso de relieve que para el programa de erradicación de la malaria se llevó a cabo un complicado proceso, pues en 1950 y 1954 la Oficina había preparado informes detallados, y en ambas reuniones el tema figuraba en el programa de las Conferencias respectivas y los Gobiernos habían tenido tiempo de estudiarlo. Este procedimiento parece no haberse seguido exactamente en lo referente a las propuestas del Delegado del Perú, que no figuraban en el programa de la Conferencia y se presentaron a última hora. Destacó el interés demostrado por la Oficina por los problemas de abastecimiento de agua y de saneamiento del medio en general, así como por el de la tuberculosis.

El Dr. Muñoz (Perú) se mostró dispuesto, en vista de las declaraciones del Presidente, a que se modificara la parte dispositiva de sus proyectos de resolución. Del mismo parecer se mostró el Dr. Príncipe (Venezuela). El Dr. Arbona (Estados Unidos) y el Dr. Orellana (Venezuela), indicaron que la formulación de planes propuesta por el Delegado del Perú implica cuantiosos gastos y que acaso convendría dejar el estudio de las dos propuestas para la 37a Reunión del Comité, a lo que se opuso el Dr. Muñoz (Perú), afirmando que no se podía mostrar indiferencia por problemas tan graves como el de la tuberculosis, enfermedad que es una de las causas principales de muerte en las Américas, y el de abastecimiento de agua. El Dr. Bissot (Observador, Panamá) puso de relieve que, si bien los dos temas propuestos por el Delegado del Perú son de alto interés, y que por ello la Oficina ya se ha venido ocupando de ellos, no existe forma legal de que las resoluciones, si se aprobaran, aparecieran como resoluciones de la Conferencia, sino que serían del Comité Ejecutivo.

El Dr. Soper (Director, OSP) señaló que había un punto importante de procedimiento, en la discusión, y era el de que según el Artículo 7-D de la Constitución, el Director ha de proponer el programa de temas de la Conferencia y ésta puede introducir en él modificaciones y agregarle temas, pero que en el caso de las propuestas del

Delegado del Perú no se había seguido el procedimiento establecido, sino que se habían presentado sin haber sido sometidas antes a los Gobiernos ni a la Conferencia. Señaló que sería peligroso que pareciera que la Conferencia había aprobado dos propuestas de tanta trascendencia sin estudiarlas a fondo ni someterlas a ninguna de sus Comisiones, y sin que ni siquiera se hubiese distribuido previamente el texto. El Presidente sugirió que se dejara para la 37a Reunión el estudio de las dos propuestas en debate, pero el Dr. Muñoz (Perú) insistió en que continuara la discusión, por la importancia de los problemas a que se referían sus propuestas. Se extrañó de que, dentro de la discusión del tema "Informe sobre organización y labores del INCAP", la Conferencia hubiera aprobado dos resoluciones sin objeción del Director, a pesar de que implican gastos. El Dr. Soper (Director, OSP) explicó, a este propósito, que en el programa y presupuesto de la Organización figuran programas sobre nutrición que permiten cumplir con las resoluciones sobre este tema, pues ya estaba previsto ampliar las actividades relativas a la nutrición; y que aquéllas fueron resultado natural del tema mismo. Destacó de nuevo que la Oficina ha prestado gran atención a los problemas de la tuberculosis y del abastecimiento de agua, pero que lo que se estaba discutiendo no era la trascendencia de estos problemas, en lo que todos están de acuerdo, sino una cuestión de procedimiento.

El Dr. Arbona (Estados Unidos) propuso que se modificaran los dos proyectos de resolución, eliminando de ellos cuanto implicara gastos, y el Dr. Muñoz (Perú) aceptó esta sugerencia. En consecuencia, se adoptaron las siguientes resoluciones:

RESOLUCION III

El Comité Ejecutivo,

Considerando que la tuberculosis presenta elevados índices de mortalidad y morbilidad en numerosos países de América;

Considerando que el progreso de la terapéutica permite el control conveniente de los casos, su oportuno tratamiento, así como evita la diseminación en los contactos;

Considerando que el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud ha presentado recomendaciones definidas para formular experiencias amplias, que permitan apreciar los resultados en forma conveniente; y

Teniendo en cuenta que es deber de la Organización tratar sobre problemas de salud comunes a di-

versos países y que puedan obtenerse halagadores resultados,

RESUELVE:

1. Considerar a la tuberculosis como uno de los primeros problemas de salud a resolver en numerosos países del Continente.

2. Encomendar al Director que informe a una próxima reunión del Consejo Directivo sobre las necesidades financieras para la formulación de un plan continental de lucha contra la tuberculosis.

RESOLUCION IV

El Comité Ejecutivo,

Considerando que uno de los problemas comunes a los diversos países de América es la deficiencia en los sistemas de aprovisionamiento de agua, y de desagües;

Considerando que ello redundará en evidente daño a la salud, y se refleja en elevados índices de morbilidad y mortalidad por numerosas enfermedades; y

Teniendo en cuenta que la Organización debe propender a resolver problemas que son generales para diversos países,

RESUELVE:

1. Considerar a los sistemas de aprovisionamiento de agua y de desagües como esenciales para el progreso de la sanidad en América.

2. Encomendar al Director que informe a una próxima reunión del Consejo Directivo sobre las necesidades financieras para la formulación de un plan continental de abastecimiento de agua y de eliminación de residuos.

3. Fecha de la 37a Reunión del Comité Ejecutivo

El Presidente sugirió que, como otras veces, el Director convocara la 37a Reunión del Comité en una fecha anterior a la Asamblea Mundial de la Salud que se celebrará en 1959, con el fin de que los miembros del Comité que hayan de asistir a la Asamblea puedan participar en la reunión del Comité simplemente anticipando su viaje. El Ing. Olivero (Guatemala) recordó que en ocasiones anteriores el Comité se reunió con posterioridad a la Asamblea Mundial de la Salud, excepto en 1958, y preguntó a la Secretaría las ventajas que podría haber en una u otra fecha.

El Dr. González (Subdirector, OSP) en respuesta a la pregunta del Representante de Guatemala, indicó que tiene entendido que la 12a Asamblea Mundial de la Salud comenzará el 12 de mayo de 1959. Señaló que las reuniones del Comité posteriores a la Asamblea tienen la ventaja de que se conocen ya las decisiones de la Asamblea que puedan ser de interés para el Co-

mité, pero en cambio dejan a la Secretaría poco tiempo para preparar y distribuir la documentación con destino a la reunión del Consejo Directivo. Por esto, la Secretaría considera preferible, si es posible, que el Comité se reúna antes de la Asamblea Mundial de la Salud.

El Presidente propuso, pues, que se convocara la 37a Reunión del Comité en la semana anterior al comienzo de la próxima Asamblea Mundial de la Salud, de lunes a sábado.

Así se acordó.

4. Subcomité Permanente de Edificios y Obras

El Presidente señaló a la atención del Comité el hecho de que, debiendo continuar las negociaciones del Director con el Gobierno de los Estados Unidos respecto a la obtención de un terreno para el edificio de la sede, podría ser oportuno que el Representante de los Estados Unidos formara parte del Subcomité Permanente de Edificios y Obras, actualmente integrado por los Representantes de Guatemala, México y Venezuela. El Ing. Olivero (Guatemala) recordó que en su 34a Reunión el Comité consideró que debían formar parte del Subcomité países que fueran miembros del Comité y que, con tal motivo, nombró componentes del Subcomité a México y Venezuela, para reemplazar a los Estados Unidos y a la República Dominicana, países que a la sazón no eran miembros del Comité Ejecutivo. Preguntó si podía ampliarse legalmente el número de miembros del Subcomité.

El Dr. González (Subdirector, OSP) leyó la Resolución V de la VI Reunión del Consejo Directivo, en la que se establece que sean tres los miembros del Subcomité Permanente de Edificios y Obras.

El Dr. Orellana (Venezuela) puso de relieve la importancia de que los Estados Unidos formaran parte del Subcomité en la fase actual de las negociaciones aludidas, y ofreció renunciar al puesto que detenta en el Subcomité, para que lo ocupara el Representante de los Estados Unidos. El Ing. Olivero (Guatemala) también indicó la conveniencia de que los Estados Unidos formara parte del Subcomité. El Sr. Wilson (Estados Unidos) agradeció la actitud de los Representantes de Guatemala y Venezuela y dijo que su Delegación tiene mucho interés en que ambos países continúen formando parte del Subcomité, el cual, de

todos modos, en cualquier momento tiene la posibilidad de consultar al Representante de los Estados Unidos. Este país, agregó, seguirá colaborando con la Oficina en la cuestión del terreno para el edificio de la sede, independientemente de que forme parte o no del Subcomité.

El Presidente recordó que Guatemala es el país que lleva más tiempo en el Subcomité, pues entró a formar parte de él desde su creación, mientras que México y Venezuela fueron elegidos para ello en 1958. Propuso, en consecuencia, que Guatemala fuera substituida por los Estados Unidos en el Subcomité Permanente de Edificios y Obras.

Se aprobó la siguiente

RESOLUCION V

El Comité Ejecutivo,

Teniendo en cuenta la conveniencia de que el Representante de los Estados Unidos forme parte del Subcomité Permanente de Edificios y Obras, en vista de las negociaciones entre el Gobierno de los Estados Unidos y el Director respecto a la obtención de un solar para el edificio permanente de la sede de la Oficina; y

Considerando que el Representante de Guatemala forma parte del Subcomité desde el establecimiento del mismo y que sus otros miembros, los Representantes de México y Venezuela, fueron elegidos en 1958 para formar parte de él,

RESUELVE:

1. Nombrar para formar el Subcomité Permanente de Edificios y Obras a los Representantes de los Estados Unidos, México y Venezuela.
2. Agradecer al Representante de Guatemala los valiosos servicios prestados en el seno del Subcomité citado desde el establecimiento de éste.

5. Clausura de la Reunión

El Presidente agradeció la colaboración de los miembros y observadores, anunció que ante la imposibilidad, por la premura del tiempo, de que se reuniera el Comité de Redacción, se enviaría el Informe Final, en borrador, a los componentes del Comité, si éstos se mostraban de acuerdo en el procedimiento, para que formularan sus observaciones al texto, y solicitó que éstas se enviaran a la Secretaría a la mayor brevedad posible.

Así se acordó.

EN FE DE LO CUAL, el Presidente del Comité y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Secretario *ex officio*, firman el presente Informe

Final en los idiomas español e inglés, cuyos textos tendrán igualmente valor auténtico.

HECHO en San Juan, Estado Libre Asociado de Puerto Rico, el día tres de octubre de mil novecientos cincuenta y ocho. El Secretario depositará los textos originales en los archivos de la Oficina Sanitaria Panamericana, y enviará copias de éstos a los Gobiernos Miembros.

CARLOS DÍAZ COLLER

Presidente del Comité Ejecutivo,
Representante de México

FRED L. SOPER

Director de la Oficina Sanitaria
Panamericana, Secretario *ex officio*
del Comité Ejecutivo

PARTE V

ANEXOS

Anexo 1

VI INFORME SOBRE LA SITUACION DE LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS¹

Introducción

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana (Santiago, 1954) resolvió declarar de la mayor urgencia la aplicación de la Resolución XVIII de la XIII Conferencia (Ciudad Trujillo, 1950) referente a la erradicación de la malaria en las Américas, y recomendó a los Gobiernos la inmediata conversión de sus programas de control en programas de erradicación. Al mismo tiempo dio un mandato a la OSP para intensificar y coordinar esta acción y procurar la asistencia técnica y económica que fuera necesaria. Más tarde, la Octava Asamblea Mundial de la Salud (México, 1955) recomendó "poner en práctica un programa que tenga como objetivo final la erradicación del paludismo en todo el mundo".

Siguiendo el mismo modelo de los dos anteriores², este informe, al que le corresponde el número seis de la serie, presenta en su primera parte un estudio completo, comparativo y crítico, sobre la situación actual de la lucha antimalárica en las Américas y un balance de los progresos realizados desde la histórica resolución de Santiago de Chile. Esta presentación difiere de la adoptada para los informes anuales al Consejo Directivo, que consisten simplemente en una síntesis objetiva de la información enviada por los Gobiernos Miembros.

La segunda parte tiene ahora un objetivo diferente del asignado a la sección similar de los informes anteriores, dedicada a comentarios y recomendaciones sobre la necesidad de ciertas medidas con el fin de intensificar o perfeccionar la lucha antimalárica, o para fomentar y coordinar los trabajos de erradicación. En el presente informe se expone el papel desempeñado por los

organismos internacionales y la forma como la Organización ha cumplido con el mandato que se le dio en Santiago de Chile.

La tercera parte contiene un resumen de la situación actual y de las perspectivas para el futuro, así como proposiciones sobre planes de acción.

Panorama general

La lucha antimalárica con imagocidas empezó en las Américas tan pronto se conocieron las virtudes de los insecticidas de acción residual y estuvieron éstos disponibles en el mercado. De 1945 a 1949 los progresos fueron rapidísimos y en el último de estos años las operaciones de control cubrían ya las dos terceras partes del área malarica del Continente. En los cuatro años subsiguientes (1950-53), si bien no hubo un receso en las actividades antimaláricas y algunos países hasta ampliaron las áreas de malaria erradicada o las completaron, se observó, sin embargo, una clara declinación en el impulso inicial y un deterioro contagioso en la calidad y posición de los Servicios Nacionales de Malaria, que hacía prever para el futuro una reducción progresiva de las actividades y la pérdida de los beneficios alcanzados. Esta situación claramente expuesta en el V Informe, y la creciente amenaza de la resistencia a los insecticidas en los insectos vectores, motivó la enérgica resolución de Santiago de Chile. A partir de entonces, el cambio ha sido sorprendente. Con excepción de tres pequeñas áreas de escasa significación epidemiológica (en Cuba, Dominica y Guayana Británica), todo el Hemisferio está ya cubierto por los programas de erradicación. La figura 1 muestra la situación el 31 de julio de 1958. Sólo tres países (Brasil, Colombia y Haití), no han empezado todavía la cobertura total, pero trabajan vigorosamente en la preparación de la misma, que ha de iniciarse en septiembre de 1958 en Colombia y Haití, y en enero de 1959 en Brasil.

¹Documento CSP15/16.

²Publicación de la OSP 261, Anexo B, "Situación de la lucha antimalárica en el Continente Americano, IV Informe", C. A. Alvarado; y *Publicación Científica de la OSP 26*, "Situación de la lucha antimalárica en las Américas, V Informe", C. A. Alvarado.



FIGURA 1.- SITUACION DE LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS, 31 JULIO 1958.

Cuadro 1—Situación de la Campaña de erradicación de la malaria, en las Américas, en 1958

País u otra unidad política	Naturaleza del programa			Erradicación por cobertura total de las áreas maláricas			
	Erradi- cación por cobertura total de las áreas maláricas	Erradi- cación por áreas	Control	Período de conversión		Período de cobertura total	
				Empezó o empezará, fecha	Terminó o terminará, fecha	Empezó o empezará, fecha	Terminó o terminará, fecha
Argentina	Sí	—	—	Abril 1949	Agosto 1949	Sept. 1949	a)
Bolivia	Sí	—	—	Julio 1, 1957	Junio 30, 1958	Julio 1, 1958	Junio 30, 1962
Brasil b)	—	Sí	—	Dic. 1957	Dic. 1958	Enero 1959	a)
São Paulo	Sí	—	—	Dic. 1, 1957	Agosto 31, 1958	Sept. 1, 1958	Marzo 1, 1962
Colombia	Sí	—	—	Enero 1, 1958	Sept. 7, 1958	Sept. 8, 1958	Marzo 8, 1962
Costa Rica	Sí	—	—	Enero 1, 1956	Junio 30, 1957	Julio 15, 1957	Enero 31, 1961
Cuba	**	**	**	**	**	**	**
Ecuador	Sí	—	—	Sept. 1, 1956	Feb. 23, 1957	Mar. 18, 1957	Marzo 31, 1961
El Salvador	Sí	—	—	Feb. 1955	Junio 30, 1956	Julio 1, 1956	Dic. 31, 1959
Guatemala	Sí	—	—	Feb. 1, 1955	Julio 31, 1956	Agto. 1, 1956	Sept. 15, 1960
Haití	Sí	—	—	Oct. 1, 1957	Agto. 1958	Sept. 1958	Dic. 31, 1962
Honduras	Sí	—	—	Junio 1956	Enero 1958	Enero 1958	Enero 1962
México	Sí	—	—	Sept. 7, 1955	Dic. 31, 1957	Enero 2, 1957	Dic. 31, 1960
Nicaragua	Sí	—	—	Julio 1956	Oct. 1957	Nov. 11, 1957c)	a)
Panamá	Sí	—	—	Enero 1, 1956	Julio 31, 1957	Agto. 19, 1957	Agto. 19, 1961
Paraguay	Sí	—	—	Enero 1, 1957	Oct. 29, 1957	Oct. 30, 1957	Oct. 29, 1961
Perú	—	Sí	—	Enero 1957	Nov. 1957	Nov. 15, 1957	a)
República Dominicana	Sí	—	—	Mar. 1, 1957	Junio 30, 1958	Julio 1, 1958	Junio 1962
Venezuela	Sí	—	—	1945	1950	1950	1960
<i>Otras unidades políticas</i>							
Belice	Sí	—	—	Feb. 1, 1956	Dic. 31, 1956	Feb. 4, 1957	Dic. 31, 1961
Dominica	—	—	Sí	Agto. 1958	Dic. 1958	Enero 1959	Enero 1963
Granada	Sí	—	—	Julio 1956	Feb. 1957	Feb. 1957	Enero 1960
Guadalupe	Sí	—	—	1955	1956	1957	1960
Guayana Británica ...	—	d) Sí	e) Sí	Enero 1945	1949	Enero 1947	d) 1949
Guayana Francesa ...	Sí	—	—	—	—	Mayo 1948	f) 1953
Jamaica	Sí	—	—	Abril 1957	Dic. 1957	Enero 1958	Dic. 1961
Santa Lucía	Sí	—	—	Enero 1, 1956	Junio 30, 1956	Julio 1, 1956	Dic. 31, 1959
Surinam	Sí	—	—	Nov. 1957	Abril 1958	Mayo 2, 1958	1961
Trinidad y Tabago ...	Sí	—	—	Junio 1957	Dic. 1957	Enero 1958	Dic. 1961
Zona del Canal de Panamá	Sí	—	—	Abril 1956	...	...	...

(a) Por determinarse.

(b) Excluido el Estado de São Paulo.

(c) Programa temporalmente interrumpido.

(d) Se refiere solamente a las zonas costaneras.

(e) Erradicación en las zonas costaneras, pero sólo programa de control en el interior escasamente poblado.

(f) Reimportación en 1954, rociamiento comenzado de nuevo.

— Nada.

** No se recibió informe.

... No se dispone de datos.

Nicaragua, que ya había iniciado la cobertura total, estimó necesario revisar su plan de operaciones y empezará de nuevo la cobertura total, probablemente antes de fin de año.

El cuadro 1 muestra una prodigiosa línea de "SI" en la columna de programas de erradicación, mientras aparece una sola respuesta afirmativa en la columna de programas de control, a la que debe agregarse la de otro país que no envió información. El mismo cuadro contiene las fechas de comienzo y de terminación de la cobertura total. La última columna de la derecha da, pues, una perspectiva de la situación de la malaria en el Hemisferio, en 1962.

Esta extraordinaria empresa de las Américas tendrá sin duda una considerable repercusión en el futuro de la salud pública en esta parte del mundo, no sólo por la desaparición de la malaria, sino también por la vasta experiencia que ha permitido acumular para operaciones de gran envergadura y por el ejemplo que dejará como obra de coordinación y solidaridad continentales.

El programa de erradicación de la malaria en el Hemisferio Occidental ha dado un gran ímpetu al concepto de "erradicación" en la salud pública. Algunos de los aspectos del programa merecen un comentario especial: la recopilación de la documentación básica y su estudio minucioso; la elaboración de procedimientos para un reconocimiento geográfico "palmo a palmo" con el fin de localizar y numerar todas las casas; el planeamiento riguroso de cada operación, ajustada a una cronología estricta; el adiestramiento y readiestramiento de todo el personal en sus distintas categorías; el establecimiento de una estructura de supervisión; los ajustes administrativos y financieros; y la modernización de leyes y reglamentos. Todo esto ha hecho cada país para la preparación de su plan de erradicación de la malaria, y de este esfuerzo han salido documentos de un valor excepcional, que sirven de guía en las actividades de la campaña.

Otro aspecto es la unificación de las técnicas y la revisión periódica de sus resultados. En los frecuentes seminarios, grupos de trabajo y reuniones de directores y otros jefes de los programas de malaria, cada país presenta los diferentes aspectos del desarrollo de su programa y expone con singular franqueza los progresos obtenidos, que son analizados y discutidos en sus mínimos detalles por todos los participantes, en un extra-

ordinario ambiente de confraternidad y camaradería.

De este modo se han elaborado conceptos y creado técnicas y procedimientos nuevos, que no son patrimonio de ningún país, pues pertenecen a todos, y cuya filosofía básica consiste en el logro de un mejoramiento constante y de resultados más eficaces.

En el orden nacional, el programa de erradicación de la malaria ha pedido y obtenido la colaboración de toda la comunidad. Los distintos organismos del servicio nacional de salud pública, los grupos médicos y paramédicos, las escuelas, las fuerzas armadas, la iglesia, los institutos de seguro social, las organizaciones privadas y la población en general, prestan su apoyo a la campaña, haciendo de este programa de salud pública un programa de, por y para la nación entera.

En el orden internacional, la cooperación ha sido múltiple y fecunda. Una demostración inequívoca de esto es que todos los países sin excepción han dado las máximas facilidades para que sus programas puedan usarse como áreas de observación o de adiestramiento. A la prestigiosa y tradicional Escuela de Malariología de Venezuela se unieron otros tres países (Brasil, Jamaica y México) en la creación de otros tantos centros internacionales de adiestramiento. A este esfuerzo magnífico debe agregarse el generoso apoyo ofrecido por cuatro países (Estados Unidos, Haití, República Dominicana y Venezuela) con sus

Cuadro 2—Países y otras unidades políticas en los cuales no hubo malaria o ésta desapareció sin medidas específicas de erradicación

País u otra unidad política	Área en Km ²	Población estimada el 1 de julio de 1957
Total	10.187.740	19.877.000
Canadá	9.974.375	16.589.000
Uruguay	186.926	2.690.000
Antigua	442	55.000
Antillas Neerlandesas ...	961	190.000
Bahamas	11.396	120.000
Bermuda	53	42.000
Islas Malvinas	11.961	2.000
Islas Vírgenes (Británicas)	174	8.000
Islas Vírgenes (E. U. A.)	344	24.000
Montserrat	83	17.000
San Cristóbal-Nieves-An- guila	396	55.000
San Pedro y Miquelón ..	240	5.000
San Vicente	389	80.000

aportaciones financieras al Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria.

Extensión del problema

En algunos países y otras unidades políticas de las Américas no hay conocimiento de que hubiera existido malaria indígena, o la transmisión que pudo existir en el pasado desapareció sin medidas específicas de erradicación. En el cuadro 2 se señalan estos países y unidades, junto con su extensión y población, según las últimas estimaciones oficiales.

Cuadro 3—Países y otras unidades políticas en donde la malaria ha sido erradicada

País u otra unidad política	Área en Km ²	Población	Área malárica inicial	
			Área en Km ²	Población
Total	10.098.948	179.993.000	2.322.691	45.014.000
Chile	741.767	6.681.000	55.287	112.000
Estados Unidos de América	9.346.751	170.547.000	2.257.809	42.366.000
Barbada	431	230.000	430	228.000
Martinica ...	1.102	255.000	300	45.000
Puerto Rico .	8.897	2.280.000	8.865	2.263.000

Existen, además, países y otras unidades políticas que actualmente están libres de malaria indígena como resultado de activas medidas de erradicación de esta enfermedad. El cuadro 3 indica su superficie y población, así como el área en la cual existió transmisión de la malaria, y la población correspondiente.

Los países y otras unidades políticas citados en los cuadros 2 y 3 no volverán a mencionarse en el presente informe, con excepción de los Estados Unidos de América, a los que se hará referencia en relación con su situación epidemiológica especial.

El cuadro 4 indica la extensión del problema por área, el 31 de julio de 1958, y el cuadro 5 la extensión del problema en términos de población. En estos cuadros puede verse que Argentina, Brasil, Venezuela, Guayana Británica, Guadalupe y Surinam consideran que se ha erradicado la malaria en ciertas partes de sus áreas maláricas iniciales. El área total de la cual se ha erradicado la malaria es de 407.744 kilómetros cuadrados, con una población estimada en 4.531.000 personas. El área más extensa de la que se ha erradicado la malaria en los trópicos corresponde a Venezuela,

con 372.604 kilómetros cuadrados y una población de 3.065.000 personas.

Puede decirse, por lo tanto, de acuerdo con los cuadros 3, 4 y 5, que el área malárica inicial de las Américas alcanzaba 14.558.083 kilómetros cuadrados, con una población de 131.430.000 personas, y que el 31 de julio de 1958 la malaria se había erradicado de 2.730.435 kilómetros cuadrados (18,8 por ciento), protegiéndose con esto a 49.545.000 personas, o sea el 37,7 por ciento de la población originalmente expuesta. La parte mayor de esta población habita en los Estados Unidos.

Al examinar estos datos han de tenerse en cuenta los criterios sobre erradicación de la malaria establecidos por el Comité de Expertos de la OMS en Paludismo, en cuyo Sexto Informe¹ se declara:

Para pretender con fundamento que se ha logrado erradicar el paludismo en una zona determinada deben concurrir las siguientes condiciones:

1) demostrar que ha funcionado en la zona un adecuado sistema de vigilancia durante tres o más años sin que en dos cuando menos se hayan aplicado medidas de lucha directa contra los anofeles. Si la justificación sólo se extiende a un período menor de vigilancia después de la fase activa de la campaña, deberán aportarse pruebas de que el sistema de vigilancia empleado ha sido más eficaz que de ordinario;

2) demostrar que no se han descubierto casos indígenas, originados durante ese período de tres años;

3) llevar un registro de las infecciones de paludismo descubiertas durante ese período, que no deje lugar a dudas de que todos los casos inscritos pueden clasificarse en uno u otro de los apartados siguientes:

- a) importado, en el que se demuestre que se ha seguido la pista hasta su origen en una zona palúdica conocida;
- b) recaída de una infección anterior demostrada por la historia clínica del caso y la ausencia de casos asociados en las proximidades del lugar de origen;
- c) inducido, lo que se demostrará por su relación con una transfusión de sangre dentro de un lapso de tiempo apropiado o con otra forma de inoculación parenteral a la que haya motivo de atribuir la infección;
- d) derivado directamente de un caso importado conocido.

Además de las áreas descritas en las cuales se ha erradicado la malaria, los cuadros 4 y 5 indican que se hallan bajo vigilancia 140.242 kilómetros cuadrados habitados por 1.493.000 personas.

¹Org. mund. Salud: Ser. Inf. técn., 1957, 123, 19.

Cuadro 4—Extensión del problema de la Malaria, por áreas, en las Américas, en 1958

País u otra unidad política	Área Total en Km ²	Área Malaria Inicial en Km ²	Área con malaria erradicada		Área bajo vigilancia		Área en que no se ha erradicado la malaria	
			Con 3 o más años sin casos autóctonos		Con menos de 3 años sin casos autóctonos		Rociadas con regularidad	No rociadas con (a) regularidad
			Área en Km ²	Rociado continuado	Área en Km ²	Rociado continuado	Área en Km ²	Área en Km ²
Total	19.539.572	12.235.392	407.744		140.242		8.877.996	2.809.410
Argentina	2.778.412	120.000	26.200	No	23.000	No	70.800	—
Bolivia	1.098.581	842.018	—	—	—	—	842.018	—
Brasil (b)	8.268.814	7.299.969	611	Sí	—	—	5.958.814	1.340.544
São Paulo	247.223	110.318	—	—	—	—	—	110.318
Colombia	1.138.355	1.026.433	—	—	—	—	—	1.026.433
Costa Rica	50.900	31.526	—	—	—	—	31.526	—
Cuba	114.524	**	**	**	**	**	**	**
Ecuador	270.670	153.498	—	—	—	—	153.498	—
El Salvador	20.000	19.310	—	—	—	—	19.310	—
Guatemala	108.889	80.380	—	—	—	—	80.380	—
Haití	27.750	21.300	—	—	—	—	—	21.300
Honduras	112.088	87.383	—	—	—	—	87.383	—
México	1.969.269	928.749	—	—	—	—	928.749	—
Nicaragua	148.000	127.199	—	—	—	—	8.126	119.073
Panamá	74.470	68.499	—	—	—	—	68.499	—
Paraguay	406.752	42.286	—	—	—	—	42.286	—
Perú	1.249.049	154.191	—	—	—	—	154.191	—
República Dominicana ..	48.734	41.010	—	—	—	—	41.010	—
Venezuela	912.050	600.000	372.604	Sí	36.464	Sí	190.932	—
<i>Otras unidades políticas</i>								
Belice	22.965	22.965	—	—	—	—	22.965	—
Dominica	789	642	—	—	—	—	—	642
Granada	344	160	—	—	—	—	160	—
Guadalupe	1.780	1.136	69	...	752	Sí	315	—
Guayana Británica	215.800	215.800	4.940	No	—	—	19.760	191.100
Guayana Francesa	91.000	80.000	—	—	80.000	Sí	—	—
Jamaica	12.188	10.050	—	—	—	—	10.050	—
Santa Lucía	616	524	—	—	—	—	524	—
Surinam	143.000	143.470	3.320	No	—	—	140.150	—
Trinidad y Tabago	5.128	5.138	—	—	26	No	5.112	—
Zona del Canal de Panamá	1.432	1.438	—	—	—	—	1.438	—

(a) Incluye áreas no rociadas bajo un plan de cobertura total.

(b) Excluido el Estado de São Paulo.

— Nada.

** No se recibió informe.

... No se dispone de datos.

Cuadro 5—Población afectada por el problema de la Malaria en las Américas, en 1958

País u otra unidad política	Población total estimada 1957	Población del área malaria inicial	Área con malaria erradicada		Área bajo vigilancia		Área en que no se ha erradicado la malaria	
			Con 3 o más años sin casos autóctonos		Con menos de 3 años sin casos autóctonos		Rociadas con regularidad	No rociadas con (a) regularidad
			Población	Rociado continuado	Población	Rociado continuado	Población	Población
Total	177.795.000	86.416.000	4.531.000		1.493.000		53.865.000	26.527.000
Argentina	19.858.000	1.473.000	247.000	No	711.000	No	515.000	—
Bolivia	3.273.000	1.102.000	—	—	—	—	1.102.000	—
Brasil b)	58.538.000	29.495.000	638.000	Sí	—	—	19.921.000	8.936.000
São Paulo	2.730.000	2.678.000	—	—	—	—	—	2.678.000
Colombia	13.227.000	9.787.000	—	—	—	—	—	9.787.000
Costa Rica	1.035.000	451.000	—	—	—	—	451.000	—
Cuba	6.410.000	**	**	**	**	**	**	**
Ecuador	3.890.000	1.955.000	—	—	—	—	1.955.000	—
El Salvador	2.350.000	1.385.000	—	—	—	—	1.385.000	—
Guatemala	3.430.000	1.448.000	—	—	—	—	1.448.000	—
Haití	3.384.000	4.096.000	—	—	—	—	—	4.096.000
Honduras	1.770.000	1.282.000	—	—	—	—	1.282.000	—
México	31.426.000	15.588.000	—	—	—	—	15.588.000	—
Nicaragua	1.331.000	1.071.000	—	—	—	—	95.000	976.000
Panamá	960.000	910.000	—	—	—	—	910.000	—
Paraguay	1.638.000	700.000	—	—	—	—	700.000	—
Perú	9.923.000	2.878.000	—	—	—	—	2.878.000	—
República Dominicana ...	2.698.000	2.417.000	—	—	—	—	2.417.000	—
Venezuela	6.134.000	4.479.000	3.065.000	Sí	469.000	Sí	945.000	—
<i>Otras unidades políticas</i>								
Belice	84.000	82.000	—	—	—	—	82.000	—
Dominica	62.000	51.000	—	—	—	—	—	51.000
Granada	94.000	26.000	—	—	—	—	26.000	—
Guadalupe	250.000	210.000	34.000	...	127.000	Sí	49.000	—
Guayana Británica	515.000	460.000	423.000	No	—	—	34.000	3.000
Guayana Francesa	29.000	25.000	—	—	25.000	Sí	—	—
Jamaica	1.594.000	1.296.000	—	—	—	—	1.296.000	—
Santa Lucía	91.000	68.000	—	—	—	—	68.000	—
Surinam	251.000	250.000	124.000	No	—	—	126.000	—
Trinidad y Tabago	765.000	713.000	—	—	161.000	No	552.000	—
Zona del Canal de Panamá	55.000	40.000	—	—	—	—	40.000	—

a) Incluye áreas no rociadas bajo un plan de cobertura total.

b) Excluido el Estado de São Paulo.

— Nada.

** No se recibió informe.

... No se dispone de datos.

Cuadro 6—Situación actual, por área y población, de la erradicación de la malaria en las Américas*, el 31 de julio de 1958

Situación	Area	Porcentaje	Población	Porcentaje
Total	39.826.260	100,0	377.665.000	100,0
Malaria indígena inexistente o desaparecida sin medidas específicas de erradicación	25.153.653	63,1	239.825.000	63,5
Malaria erradicada	2.730.435	6,8	49.545.000	13,1
Bajo vigilancia	140.242	0,4	1.493.000	0,4
Malaria todavía presente, pero con programas de cobertura total en ejecución	8.877.996	22,3	53.865.000	14,3
Malaria todavía presente, pero con programas de erradicación en su fase preparatoria	2.503.786	6,6	19.914.000	7,0
Transmisión comprobada, pero sin programas de cobertura total en ejecución	305.624	0,8	6.413.000	1,7

Excluida Groenlandia

En cuanto al área en la cual no se ha erradicado la malaria, los cuadros 4 y 5 presentan una división basada en el estado de las operaciones de rociamiento. En 8.877.996 kilómetros cuadrados con 53.865.000 habitantes, se está ejecutando la cobertura total mediante operaciones de rociamiento. En 2.809.410 kilómetros cuadrados, con 26.527.000 habitantes, el rociamiento no se ha empezado o es irregular o incompleto; sin embargo, estas cifras se reducirán considerablemente con el próximo comienzo de los programas de erradicación en Brasil, Colombia y Haití.

El cuadro 6 resume los progresos realizados

hasta la fecha e indica el trabajo que todavía queda por hacer en la erradicación de la malaria en las Américas.

Situación actual de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria

El servicio encargado de la campaña contra la malaria, designado en este informe bajo el nombre de "Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria" (SNEM), ha sufrido importantes cambios en su posición respecto a otros servicios de la organización nacional de salud pública. Estos cambios se relacionan directamente con la conversión

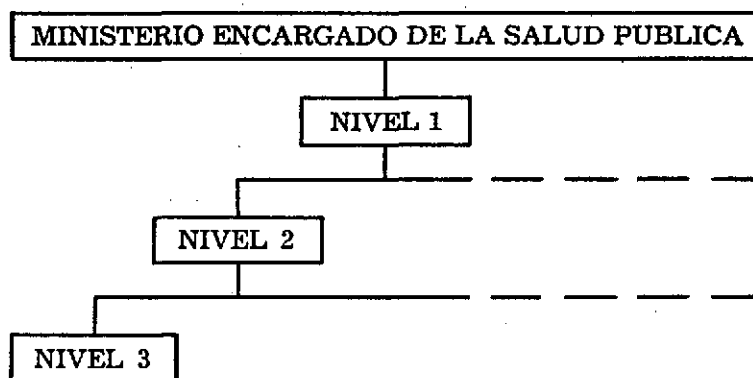


Figura 2. Diagrama que indica las relaciones posibles del SNEM con las autoridades de salud pública.

del concepto de control de la malaria al concepto de erradicación. Los programas de control, al lograr su objetivo de abolir la malaria como problema principal de salud pública, acabaron fusionándose con otras actividades conexas; debido a esto fue prestándose menos atención a los trabajos antimaláricos, y en algunos casos ni siquiera se empleaba ya el término "malaria" para designar estas secciones, a pesar de que la enfermedad continuaba siendo un importante problema de salud pública. En algunos países, por ejemplo, el viejo y conocido "Servicio de Malaria" se convirtió en "Departamento de Control de Vectores" o en "Sección de Control de Artrópodos", cuando no se fusionó con otras actividades para formar un "Departamento de Endemias Rurales" o sirvió de base para un "Departamento Regional de Salud Pública". Hoy, al haberse aceptado el concepto de erradicación y ante el ímpetu adquirido por esta campaña, el SNEM surge de nuevo como entidad y asume mayor importancia en relación con otros servicios de salud pública.

Los SNEM tienen con las autoridades ministeriales y otros servicios de salud pública relaciones que no son forzosamente comparables de un lugar a otro. La figura 2 presenta los distintos niveles en que puede operar un SNEM y permite clasificar la posición del mismo en su relación con los servicios nacionales de salud pública.

En el presente informe, la posición de los SNEM en las Américas, basada en la figura 2, puede clasificarse como sigue:

1. Se considera "autónomo" si se halla en el nivel 1, es decir, si el Director del SNEM es responsable directamente ante la autoridad ministerial.

2. Se considera "primario" cuando se halla en el nivel 2 y cuando su jefe es responsable ante el Director Nacional de Salud Pública o su equivalente.

3. Se considera "secundario" cuando se halla en el nivel 3 y sólo ejerce su autoridad por debajo de los dos niveles precedentes. Esta situación existe siempre que el SNEM forma parte de un servicio más amplio, v.g.: "Sección para el Control de las Enfermedades Transmitidas por Insectos" o "División de Enfermedades Transmisibles".

La posición de los SNEM en 1958, de acuerdo con las anteriores definiciones, se indica en el cuadro 7, junto con el nombre oficial del servicio. Este cuadro muestra claramente el rango elevado

que actualmente ocupan los SNEM dentro de los respectivos servicios de salud pública (SNSP). Dos países, Colombia y México, tienen SNEM autónomos. Los restantes países y otras siete unidades políticas que proporcionaron informes al respecto, tienen SNEM primarios. Esto constituye un considerable avance respecto a la posición que ocupaban cuando se redactó el V Informe, en el cual se veía que doce países y otras dos unidades políticas informantes tenían sus servicios nacionales de malaria en posición secundaria.

En algunos lugares (Belice, Granada, Santa Lucía), debido al pequeño volumen de las actividades antimaláricas, no existe un servicio específicamente responsable del programa de erradicación sino que éste se ejecuta directamente por el SNSP.

En Brasil, el Estado de São Paulo, mediante un acuerdo especial con el Gobierno federal, tiene un servicio de malaria independiente y ejecuta su propio programa de erradicación, aunque coordinado con el plan nacional; debido a esto, en los cuadros Brasil aparecerá con dos referencias: la primera, para todo el país menos São Paulo; la segunda, para este último.

Un aspecto nuevo en la administración de los programas de erradicación de la malaria son las Comisiones o Consejos Técnicos Asesores que existen actualmente en nueve países (Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Paraguay y Perú). La intensidad y extensión de los programas han impuesto la creación de estos cuerpos con funciones de asesoramiento y, sobre todo, de coordinación; en otros dos países (Brasil y México) han sido investidos con autoridad para tomar decisiones en asuntos técnicos y administrativos. Estos Consejos están presididos por el Ministro, el Director Nacional de Salud Pública o su equivalente; su composición varía según los países, pero en general se componen de delegados de los Ministerios de Educación y Defensa Nacional, de la Universidad, del Seguro Social, de las sociedades médicas y de las organizaciones internacionales que colaboran, en el programa (OSP/OMS, UNICEF e ICA). En algunos casos forman también parte del Consejo delegados de los Ministerios de Trabajo y de Hacienda, del clero y de empresas privadas. El Director del SNEM es a la vez miembro del Consejo.

En su organización funcional, los SNEM han establecido departamentos bien definidos, para las

Cuadro 7—La organización de los servicios nacionales antimaláricos en las Américas, en 1957

Pais u otra unidad política	Nombre oficial del Servicio	Posición del Servicio	Otras actividades además de las de erradicación de malaria
Argentina	Dirección de Paludismo y Fiebre Amarilla	Primario	Campaña de erradicación del <i>Aedes aegypti</i>
Bolivia	Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria	Primario	Ninguna
Brasil a)	Campanha de Erradicação da Malária	Primario	Ninguna
São Paulo	Serviço de Profilaxia da Malária b)	Secundario	Profilaxis de la enfermedad de Chagas y de la esquistosomiasis
Colombia	Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria	Autónomo	Ninguna
Costa Rica	Departamento de Lucha contra Insectos Trasmisores	Primario	Ninguna
Cuba	**	**	**
Ecuador	Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria	Primario	Ninguna
El Salvador	División de Lucha Anti-Palúdica	Primario	Campaña anti- <i>Aedes aegypti</i>
Guatemala	Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria	Primario	Erradicación del <i>Aedes aegypti</i> y vacunación contra la fiebre amarilla
Haití	Service National D'Eradiation de la Malária	Primario	Ninguna
Honduras	Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria	Primario	Campaña anti- <i>Aedes aegypti</i>
México	Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo	Autónomo	Ninguna
Nicaragua	Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria	Primario	Campaña anti- <i>Aedes aegypti</i>
Panamá	Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria	Primario	Control de la fiebre amarilla (erradicación <i>Aedes aegypti</i> y vacunación)
Paraguay	Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo	Primario	Ninguna
Perú	Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria	Primario	Ninguna
República Dominicana	División de Malariología	Primario	Campaña para la erradicación del <i>Aedes aegypti</i> ; y control de insectos
Venezuela	División de Malariología	Primario	Erradicación del <i>Aedes aegypti</i> , control de triatominos, moscas, roedores, etc.
<i>Otras unidades políticas</i>			
Belice	Health Department	Primario	Fiebre amarilla y otras actividades de salud pública
Dominica	Anti-Malaria Activities (Sanitary Department)	Primario	Control de insectos en general
Granada	Medical Department	Primario	Otras actividades de salud pública
Guadalupe	Service Départemental de Désinsectisation	Secundario	Desinfección y desinsectización en general
Guayana Británica	Mosquito Control Service	Secundario	Control del <i>Aedes aegypti</i> y de la filariasis de Bancroft
Guayana Francesa	Service de la Lutte Antipaludique et Antiamarile	Secundario	Campaña contra la fiebre amarilla y destrucción de otros artrópodos de interés en salud pública
Jamaica	Malaria Eradication Programme	Primario	Ninguna
Santa Lucía	Malaria Eradication Program	Primario	Campaña anti- <i>Aedes aegypti</i>
Surinam	Malariabestrijdingsdienst	Primario	Ninguna
Trinidad y Tabago	Malaria Division	Primario	Erradicación del <i>Aedes aegypti</i> , control general de insectos y actividades de cuarentena
Zona del Canal de Panamá	Health Bureau, Canal Zone Government	Secundario	Control de mosquitos y de culicoides, todo aspecto de saneamiento ambiental e ingeniería sanitaria y ayuda entomológica para cuarentena marítima

a) Excluido el Estado de São Paulo.

b) Se convertirá en breve en "Serviço Especial de Erradicação da Malária".

** No se recibió informe.

actividades de rociamiento, epidemiología y administración; dentro de esos departamentos las operaciones se ajustan al principio de señalar una tarea específica, y sólo una, a cada uno de sus componentes.

Debido a la importancia de la educación sanitaria y de la información pública, estas actividades están a cargo de unidades específicas, por lo general secciones, aunque en siete países (Brasil, Colombia, El Salvador, México, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana) tienen categoría de departamento. Importa asimismo hacer resaltar las disposiciones tomadas para la conservación de los vehículos de transporte, cuya aplicación se ha confiado a una sección especial del Departamento de Administración, y en algunos casos, del de Operaciones de Rociamiento (Argentina, Colombia y Venezuela). En Honduras y México, la oficina encargada de los transportes tiene el rango de departamento, con el nombre de Departamento de Logística. Las actividades de adiestramiento local en algunos programas están a cargo de una oficina separada, que en Brasil, Colombia y México tiene la categoría de departamento. Sólo México y Venezuela tienen Departamentos de Investigación.

Por su organización ejecutiva, los SNEM pueden dividirse en dos grupos: con ejecución descentralizada, en la mayoría de los países (Argentina, Bolivia, Brasil—incluso São Paulo—Colombia, Ecuador, Haití, México, Perú y Venezuela), y con ejecución centralizada (toda América Central, Paraguay y las otras unidades políticas). En el primer caso, el área de operaciones ha sido dividida en "zonas", con una organización similar a la de la oficina central (Secciones de Operaciones de Rociamiento, Epidemiología, Educación Sanitaria, Administración, Transportes, etc.).

Al mismo tiempo que aumentaba la importancia del SNEM dentro del respectivo SNSP, se ha ido considerando como deseable la norma de limitar las actividades del SNEM a la erradicación de la malaria. En el cuadro 7 se presenta la situación existente en 1958; se ve en él que en nueve países y dos otras unidades políticas, el SNEM se dedica exclusivamente a la erradicación de la malaria. De los restantes países, los SNEM de Argentina, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, realizan también actividades relacionadas con la erradicación del *Aedes aegypti* y con otras operaciones contra la fiebre amarilla. Otros

dos países, República Dominicana y Venezuela, encargan al SNEM el control de los insectos en general, que en Venezuela incluye también el control de los triatómidos, moscas y roedores, y otras actividades diversas. Teniendo en cuenta que sólo tres de los 19 países que proporcionaron información en 1954 para el V Informe tenían un SNM dedicado únicamente a la malaria, la situación actual representa un considerable adelanto. En las otras unidades políticas, los SNEM en muchos casos se encargan también del control de insectos vectores en general.

El V Informe dio cuenta de que las autoridades sanitarias estaban planeando programas de cobertura total de las áreas maláricas con el objeto de lograr la erradicación. Los enormes progresos realizados desde entonces pueden verse en el cuadro 1. No hay ahora país en las Américas, excepto Cuba, que no posea un plan concreto de cobertura del área malárica entera, ya sea en una sola operación, ya por etapas graduales. Lo mismo puede decirse de otras unidades políticas, con excepción de Dominica y de la densa selva escasamente poblada del interior de la Guayana Británica. Dominica está esforzándose para preparar un plan de cobertura total con el propósito de iniciar las operaciones de erradicación antes del 1.º de enero de 1959.

Los adelantos de la campaña de erradicación de la malaria, indicados por el número de programas de cobertura total en ejecución, aparecen en el siguiente resumen del cuadro 1:

	Países	Otras unidades políticas	Total
Con malaria indígena	18	11	29
Con programa de cobertura total el 31 de julio de 1958	13	9	22
Con programa de cobertura total que empezará a ejecutarse el 1.º de enero de 1959	4	1	5
Sin programas de cobertura total	1	1*	2

*La Guayana Británica, uno de los precursores de la erradicación de la malaria, ha eliminado la enfermedad del área costera, pero sólo tiene un programa de control para el interior selvático.

El cuadro 1 indica que en la mayor parte de las Américas el período de cobertura total estará terminado en octubre de 1961.

Legislación

La legislación muestra otro aspecto del grado de interés demostrado por los Gobiernos de las Américas en la erradicación de la malaria. Una rápida comparación entre las leyes vigentes en 1954 y la situación legal al presente deja un balance general de significación positiva. Inclusive los aspectos fundamentales de la forma y métodos de encarar y resolver este problema han evolucionado notoriamente en el contenido de dichas disposiciones. Se advierte fácilmente que las leyes y decretos sobre este particular guardan, en términos generales, consonancia con los progresos técnicos y las concepciones que determinan la manera de encarar la actual empresa de erradicar la malaria.

Con excepción de Cuba, Surinam y la Zona del Canal de Panamá, que no han enviado información, todos los países y otras unidades políticas comprendidos en este informe cuentan ahora con leyes o decretos supremos sobre malaria, que en la mayoría de los países se declara que constituye un problema de interés, trascendencia o emergencia nacional; y en los demás, aunque la calificación no es tan explícita y terminante, se advierte en forma incuestionable el relieve y la significación que se pretende dar a la lucha antimalárica.

En el V Informe se indicaba que Argentina, Brasil, Panamá, Perú y Venezuela tenían leyes completas sobre la materia, siendo la Argentina, con su decreto reglamentario, la que disponía de la legislación más completa. En la actualidad muchos países, entre ellos Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, han promulgado disposiciones más avanzadas y completas incluyendo concepciones nuevas de la estrategia antimalárica. Bolivia, Brasil, Colombia, Jamaica, Paraguay y Perú han remozado su legislación, estableciendo normas que guardan consonancia con los medios y conceptos actuales.

La nota más relevante es la introducción del concepto de erradicación, en vez del de control, en la legislación de 15 países, figurando en algunas leyes disposiciones tan avanzadas como la obligatoriedad de denunciar la construcción o habilitación de nuevas viviendas; de notificar los movi-

mientos migratorios; de solicitar autorización para pintar o lavar paredes rociadas; y la prohibición de ocupar locales no rociados.

El nuevo sentido de estas disposiciones ha dejado a las obras clásicas de saneamiento del medio, de la lucha antimalárica y de la protección mecánica como un recuerdo de empeños y preocupaciones de otras épocas.

Sin embargo, en algunos pocos países y algunas otras unidades políticas, las disposiciones aplicables a la lucha antimalárica todavía están contenidas en leyes sobre enfermedades transmisibles en general, en códigos sanitarios, o en disposiciones diversas sobre control de insectos vectores. Pero este enfoque un tanto arcaico ha pasado de la norma a la excepción. Seis países requerían la obligatoriedad del uso de imagocidas cuando se preparó el V Informe. Actualmente son catorce los que exigen esta medida como obligatoria, y en el resto, si bien no con carácter imperativo, se establece la utilización de insecticidas de acción residual y de cualquier otro método que la ciencia demuestre como efectivo para el fin propuesto.

La obligatoriedad de la denuncia de casos de paludismo ha merecido también una atención especial, estableciéndose un plazo de 24 horas en la legislación de 12 países; notificación "inmediata" en un país y tres otras unidades políticas. En el resto, el plazo es de siete días con excepción de Granada, que establece 30. Nueve países imponen ahora obligación de extraer muestras de sangre para la comprobación parasitológica, contra dos en 1950. En cuanto a la obligatoriedad del enfermo para curarse, de dos se han elevado a once los países que la estatuyen.

Algunos países, como Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México y Venezuela, en su empeño de prestar todas las facilidades necesarias, eximen de impuestos y derechos aduaneros a todo equipo y materiales destinados a erradicar la malaria, y varios van más lejos, disponiendo franquicia postal y telegráfica.

Trece países y otra unidad política estipulan la provisión de medicamentos, aunque sólo Argentina, Costa Rica, El Salvador y São Paulo reglamentan el control en su expendio y circulación.

La mayoría de las disposiciones legales analizadas establecen la obligatoriedad de las autoridades, organizaciones y empresas públicas y particulares, asociaciones y habitantes en general,

Cuadro 8—Legislación comparada sobre lucha animalárica en las Américas, 1958

Tópico	Argentina	Bolivia	Brasil (a)	São Paulo	Colombia	Costa Rica	Cuba	Ecuador	El Salvador	Guatemala	Haití	Honduras	México	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	Rep. Dominicana	Venezuela b)	Belice	Domínica	Granada	Guadalupe	Guayana Británica b)	Guayana Francesa	Jamaica	Santa Lucía	Surinam	Trinidad y Tabago	Zona del Canal de Panamá
Hay legislación especial	X	X	X	X	X	X	**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Obligación de combatir la malaria	X	X	X	X	X	X	**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Declaración de zonas maláricas	X	X	X	X	X	X	**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Declaración de problema de interés nacional	X	X	X	X	X	X	**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Utilización del concepto de erradicación	X	X	X	X	X	X	**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Obligación de aplicar imagogidas	X	X	X	X	X	X	**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Obligación de permitir el acceso a viviendas	X	X	X	X	X	X	**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Obligación de dar medicamentos	X	X	X	X	X	X	**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Control de la circulación y expendio de medicamentos	X	X	X	X	X	X	**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Obligación de denunciar la construcción o habilitación de nuevas viviendas	X	X	X	X	X	X	**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Denuncia obligatoria de casos	X	X	X	X	X	X	**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Plazo en días	1	1	—	c)	—	1	**	c)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	30	—	—	c)	—	7	—	—	—	
Con muestra de sangre	X	X	X	X	X	X	**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Obligación del enfermo de curarse	X	X	X	X	X	X	**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Obligación del enfermo de dejarse extraer sangre	X	X	X	X	X	X	**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Sanciones	X	X	X	X	X	X	**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Obligación de cooperar por parte de autoridades, empresas y particulares	X	X	X	X	X	X	**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Exención de impuestos aduaneros	X	X	X	X	X	X	**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Obligación de rociado en aviones y embarcaciones	X	X	X	X	X	X	**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Franquicia en las comunicaciones	X	X	X	X	X	X	**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Obligación de notificar para el pintado o lavado de locales rociados	X	X	X	X	X	X	**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Comunicación movimientos migratorios	X	X	X	X	X	X	**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Prohibición ocupar locales no rociados	X	X	X	X	X	X	**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Obligación de ejecutar obras de saneamiento ambiental	X	X	X	X	X	X	**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

a) Excluido el Estado de São Paulo.
 b) Información tomada del Informe V.
 c) Denuncia inmediata, pero sin indicar plazo.
 X Sí.
 No.
 ** No se recibió informe.
 ... No se dispone de datos.

Cuadro 9—Personal empleado, en adiestramiento, y que se estima necesario, en las Américas, el 31 de marzo de 1958

Título	Empleados	En adiestramiento	Vacantes
Total	11.709	214	3.139
Médicos	194	47	9
Ingenieros	90	44	4
Entomólogos	19	—	4
Entomólogos auxiliares	88	—	9
Microscopistas jefes	50	—	9
Microscopistas auxiliares	239	11	55
Administradores	58	—	9
Administradores auxiliares	322	1	30
Estadígrafos auxiliares	60	—	7
Oficiales de pagos	41	—	8
Encargados de almacén	76	—	19
Ayudantes de almacén	78	—	3
Dibujantes	69	—	23
Secretarios	364	—	69
Jefes de sector	332	34	56
Jefes de brigada	1.238	31	211
Rociadores	5.486	7	1.732
Inspectores de evaluación	89	18	37
Evaluadores	951	15	209
Mecánicos	87	—	26
Mecánicos auxiliares	95	—	27
Choferes	607	—	250
Conductores de lancha	55	—	70
Barqueros	3	—	74
Vigilantes y mensajeros	188	—	52
Operarios	454	—	15
Otros	376	6	122

de cooperar en la erradicación de la malaria.

El cuadro 8 resume en forma comparativa los diversos aspectos de la legislación antimalárica en las Américas, habiéndose tomado las referencias de las últimas disposiciones legales, así como de las anteriores que no han sido derogadas.

Personal

Un programa de erradicación de la malaria exige que todo el personal empleado en su ejecución trabaje a tiempo completo; de hecho, pues, son pocas las personas empleadas a tiempo parcial, por cuya razón en el presente informe sólo se toma en cuenta el personal a tiempo completo.

La información contenida en el cuadro 9 tiene por objeto ofrecer una visión rápida y exacta del personal actualmente empleado o en adiestra-

miento, en marzo de 1958, y del que se estima necesario para la erradicación de la malaria en las Américas.

Las categorías de personal que aparecen en el cuadro 9, tal vez no abarquen todas las personas empleadas en cada uno de los SNEM, pero no se ha omitido ninguna actividad de importancia. Las cifras comprenden la información procedente del Estado de São Paulo, pero no la del servicio federal de malaria del Brasil, que actualmente está convirtiendo su programa de control en programa de erradicación por etapas. Cuando entre en ejecución el programa del Brasil, las cifras del cuadro 9 aumentarán considerablemente. El programa de erradicación de Colombia, que se desarrolla rápidamente, necesitará 2.367 trabajadores de todas las categorías, y esta cifra constituye una parte importante de las 3.139 vacantes que aparecen en el cuadro. El número de operarios parece

grande en comparación con otras categorías, pero de los 454 que figuran en el cuadro 9, 192 y 103 están empleados en los programas de México y Venezuela, respectivamente.

Ha de tenerse en cuenta que las funciones de una categoría dada pueden variar de un SNEM a otro. Por este motivo, la presentación de los datos se ha limitado al personal cuyas funciones se consideran comparables. El cuadro 10 se refiere a parte del personal técnico y profesional empleado el 31 de marzo de 1958. Hay, por supuesto, otro

personal técnico y profesional que no aparece en el cuadro 10; por ejemplo, los microscopistas, que figuran en el cuadro 12 referente a las actividades de evaluación.

El personal técnico o profesional que aparece en el cuadro 10 es el asignado a las oficinas centrales y a los servicios de campo, pero no se especifica su ubicación porque ésta depende de la estructura orgánica de cada SNEM y no refleja forzosamente el tiempo efectivo destinado al trabajo de campo. Es interesante, sin embargo, tener

Cuadro 10—Personal profesional y técnico empleado en los programas de erradicación de la malaria en las Américas, el 31 de marzo de 1958

País u otra unidad política	Total personal	Médicos	Ingenieros	Entomólogos	Ayudantes de entomología
Total	376	178	90	20	88
Argentina	10	7	2	—	1
Bolivia	5	5	—	—	—
Brasil a) .....	...	...	...	...	...
São Paulo	25	7	—	1	17
Colombia	20	11	3	1	5
Costa Rica	5	1	2	1	1
Cuba	**	**	**	**	**
Ecuador	17	11	2	—	4
El Salvador	8	2	1	1	4
Guatemala	10	5	2	1	2
Haití	12	5	3	1	3
Honduras	3	2	—	1	—
México	140	60	59	3	18
Nicaragua	10	6	1	1	2
Panamá	8	1	1	2	4
Paraguay	5	3	1	1	—
Perú	26	13	6	1	6
República Dominicana	6	2	2	1	1
Venezuela	31	25	4	2	—
<i>Otras unidades políticas</i>					
Belice	1	1	—	—	—
Dominica	—	—	—	—	—
Granada	1	1	—	—	—
Guadalupe	2	1	—	1	—
Guayana Británica	3	1	—	—	2
Guayana Francesa	1	1	—	—	—
Jamaica	3	3	—	—	—
Santa Lucía	1	1	—	—	—
Surinam	1	1	—	—	—
Trinidad y Tabago	18	1	—	1	16
Zona del Canal de Panamá	4	1	1	—	2

a) Excluido el Estado de São Paulo.

— Ninguno.

... No se dispone de datos.

** No se ha recibido informe.

en cuenta la amplitud de las funciones de este personal en los SNEM. De los 178 médicos anotados, 79 intervienen en más de una operación, 68 se ocupan directamente de operaciones de evaluación, 30 de operaciones auxiliares y uno de rociamiento. Setenta y siete de los 90 ingenieros se ocupan únicamente de las operaciones de rociamiento, 9 intervienen en más de una operación y 4 se dedican a operaciones auxiliares. De los 108 entomólogos y sus auxiliares, 55 trabajan en operaciones de evaluación, 24 en operaciones auxiliares y 29 en más de una operación.

Los totales de las categorías de personal técnico y profesional que acaban de citarse, pueden compararse con las cifras correspondientes a 1954, que aparecen en el V Informe. En aquella fecha trabajaban en los programas de erradicación de la malaria 196 médicos, 40 ingenieros, 34 entomólogos y 166 ayudantes de entomología.

Respecto a los médicos, debe señalarse que de los 196 mencionados en 1954, 67 eran del Brasil y 30 de los Estados Unidos de América. La cifra de 178 que figura en el cuadro 10 no comprende los médicos de los Estados Unidos de América; ni

Cuadro 11—Personal de campo empleado en las operaciones de rociamiento en los programas de erradicación de la malaria en las Américas, en 1958

País u otra unidad política	Total			Jefes Sector			Jefes Brigada			Rociadores			Choferes			Conductores de lanchas		
	Puestos ocupados	Número de vacantes	En adiestramiento	Puestos ocupados	Número de vacantes	En adiestramiento	Puestos ocupados	Número de vacantes	En adiestramiento	Puestos ocupados	Número de vacantes	En adiestramiento	Puestos ocupados	Número de vacantes	En adiestramiento	Puestos ocupados	Número de vacantes	En adiestramiento
Total	7.724	2.323	72	330	56	34	1.236	212	31	5.497	1.735	7	606	250	—	55	70	—
Argentina	160	18	—	9	—	—	29	2	—	86	7	—	36	9	—	—	—	—
Bolivia	38	278	—	10	22	—	—	24	—	24	192	—	4	33	—	—	7	—
Brasil a) .....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
São Paulo	360	13	—	13	—	—	54	—	—	254	10	—	38	3	—	1	—	—
Colombia	96	1.825	27	—	31	27	22	153	—	34	1.384	—	31	194	—	9	63	—
Costa Rica	108	2	2	3	—	—	12	2	2	80	—	—	13	—	—	—	—	—
Cuba	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Ecuador	256	—	—	14	—	—	41	—	—	181	—	—	16	—	—	4	—	—
El Salvador	308	—	4	8	—	4	49	—	—	204	—	—	46	—	—	1	—	—
Guatemala	255	—	—	8	—	—	34	—	—	172	—	—	40	—	—	1	—	—
Haití	359	4	—	15	—	—	74	—	—	249	4	—	21	—	—	—	—	—
Honduras	201	76	13	8	—	3	31	7	3	138	59	7	22	10	—	2	—	—
México	2.884	102	—	111	3	—	520	23	—	2.214	76	—	33	—	—	6	—	—
Nicaragua	142	—	—	5	—	—	19	—	—	93	—	—	20	—	—	5	—	—
Panamá	149	—	—	6	—	—	25	—	—	113	—	—	5	—	—	—	—	—
Paraguay	129	—	—	4	—	—	16	—	—	83	—	—	24	—	—	2	—	—
Perú	689	—	—	18	—	—	96	—	—	480	—	—	95	—	—	—	—	—
República Dominicana	181	—	26	6	—	—	26	—	26	134	—	—	15	—	—	—	—	—
Venezuela	712	—	—	48	—	—	84	—	—	513	—	—	60	—	—	7	—	—
<i>Otras unidades políticas</i>																		
Belice	53	—	—	8	—	—	10	—	—	30	—	—	4	—	—	1	—	—
Dominica	16	1	—	1	—	—	2	—	—	12	—	—	1	1	—	—	—	—
Granada	15	—	—	1	—	—	2	—	—	10	—	—	2	—	—	—	—	—
Guadalupe	40	—	—	1	—	—	6	—	—	30	—	—	3	—	—	—	—	—
Guayana Británica	57	4	—	—	—	—	7	1	—	44	3	—	4	—	—	2	—	—
Guayana Francesa	19	—	—	6	—	—	—	—	—	13	—	—	—	—	—	—	—	—
Jamaica	240	—	—	16	—	—	33	—	—	149	—	—	42	—	—	—	—	—
Santa Lucía	22	—	—	2	—	—	4	—	—	16	—	—	—	—	—	—	—	—
Surinam	79	—	—	4	—	—	12	—	—	48	—	—	4	—	—	11	—	—
Trinidad y Tabago	125	—	—	3	—	—	18	—	—	78	—	—	25	—	—	1	—	—
Zona del Canal de Panamá	31	—	—	2	—	—	10	—	—	15	—	—	2	—	—	2	—	—

- a) Excluido el Estado de São Paulo.
 — Nada.
 ... No se dispone de datos.
 ** No se recibió informe.

los del Brasil, cuya cifra no se posee en este momento, pues está en la fase preparatoria de su programa. Puede decirse, pues, que la conversión del control a la erradicación ha doblado el número de médicos de los SNEM.

El aumento de 40 ingenieros en 1954 a 90 en 1958 será todavía mayor con los ingenieros que se emplearán en el programa del Brasil.

La aparente reducción de entomólogos y sus auxiliares de 200 en 1954 a 108 en 1958 se debe en gran parte a que Brasil, que contaba con 57 de esos trabajadores en 1954, no ha proporcionado todavía estos datos para su actual programa de erradicación. Además, 7 entomólogos del pro-

grama de los Estados Unidos de América que aparecían en 1954, no aparecen en el total de 1958, y 30 ayudantes de entomología que en 1954 figuraban en el programa de Venezuela, no han sido incluidos en el cuadro 10.

En el cuadro 11 se presentan las otras categorías de personal empleado en las operaciones de rociamiento que no aparecen en el cuadro 10.

En suma, 7.724 personas se dedican actualmente a la tarea de colocar el insecticida en las paredes y hacen falta todavía 2.323 más, la mayor parte para el programa de Colombia. Hay, como promedio, de 4 a 5 rociadores por brigada y los jefes de sector son responsables de 4 brigadas. Estas

Cuadro 12—Personal empleado en las operaciones de evaluación de los programas de erradicación de la malaria en las Américas, el 31 de marzo de 1958

País u otra unidad política	Total			Inspectores Evaluación			Evaluadores			Microscopistas		
	Puestos ocupados	Número de vacantes	En adies-tramiento	Puestos ocupados	Número de vacantes	En adies-tramiento	Puestos ocupados	Número de vacantes	En adies-tramiento	Puestos ocupados	Número de vacantes	En adies-tramiento
Total	1.390	585	44	147	37	18	953	484	15	290	64	11
Argentina	108	10	—	19	—	—	74	6	—	15	4	—
Bolivia	5	30	2	—	—	—	—	22	—	5	8	2
Brasil a) .....	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
São Paulo	24	4	—	—	—	—	—	—	—	24	4	—
Colombia	88	183	18	—	32	18	63	120	—	25	31	—
Costa Rica	20	3	4	3	1	—	12	2	4	5	—	—
Cuba	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Ecuador	47	—	—	—	—	—	33	—	—	14	—	—
El Salvador	34	—	—	4	—	—	25	—	—	5	—	—
Guatemala	37	—	—	1	—	—	20	—	—	16	—	—
Haití	63	52	—	3	3	—	57	49	—	3	—	—
Honduras	32	16	6	—	—	—	17	10	—	15	6	6
México	154	277	—	58 b)	—	—	57	275	—	39	2	—
Nicaragua	26	—	—	—	—	—	19	—	—	7	—	—
Panamá	38	—	—	2	—	—	25	—	—	11	—	—
Paraguay	16	—	—	6	—	—	—	—	—	10	—	—
Perú	31	9	—	—	—	—	20	—	—	11	9	—
República Dominicana	18	—	13	—	—	—	13	—	11	5	—	2
Venezuela	444	—	—	40	—	—	361	—	—	43	—	—
<i>Otras unidades políticas</i>												
Belice	96	—	—	7	—	—	85	—	—	4	—	—
Dominica	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Granada	4	—	1	—	—	—	3	—	—	1	—	1
Guadalupe	5	—	—	—	—	—	2	—	—	3	—	—
Guayana Británica	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
Guayana Francesa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jamaica	40	—	—	—	—	—	26	—	—	14	—	—
Santa Lucía	4	—	—	—	—	—	3	—	—	1	—	—
Surinam	9	1	—	1	1	—	5	—	—	3	—	—
Trinidad y Tabago	39	—	—	1	—	—	31	—	—	7	—	—
Zona del Canal de Panamá	4	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—

a) Excluido el Estado de São Paulo.

b) Médicos.

— Nada.

** No se recibió informe.

... No se dispone de datos.

Cuadro 13—Necesidades estimadas y presupuestos nacionales* para la erradicación de la malaria en las Américas, 1956-1958

País u otra unidad política	Fecha de iniciación de la cober- tura total	1956		1957		1958	
		Necesidades estimadas	Presupuesto nacional	Necesidades estimadas	Presupuesto nacional	Necesidades estimadas	Presupuesto nacional	Compromisos nacionales
Argentina	Sept. 1949	...	210.878	...	348.886	...	...
Bolivia	1 Julio 1958	...	...	...	81.300 a)	...	395.455 b)
Brasil c)	Ene. 1959	...	2.944.741 a)	...	2.258.290 a)	...	...
São Paulo	1 Sept. 1958	...	...	...	...	...	...
Colombia	8 Sept. 1958	...	840.235 a)	...	747.575 a)	...	2.066.667
Costa Rica	15 Julio 1957	...	181.818 a)	246.913	246.913	246.913	246.913
Cuba	**	**	**	**	**	**	**
Ecuador	18 Mar. 1957	...	274.576 a)	351.507	433.664 d)	576.933	510.267
El Salvador	1 Julio 1956	470.479	461.753 d)	497.600 e)	530.208 d)	564.800	564.800
Guatemala	1 Agto. 1956	480.000	448.706	480.000	480.000	655.000 e)	655.000 f)
Haiti	Sept. 1958	...	144.532 a)	...	340.486 a)	788.322	596.322 g)
Honduras	Ene. 1958	...	165.000 a)	...	318.110 a)	375.000	318.000 f)
México	2 Ene. 1957	...	2.400.000 a)	2.400.000 e)	4.160.000	4.160.000	4.160.000
Nicaragua	11 Nov. 1957 h)	...	175.764 a)	245.857 e)	207.807	259.537 e)	259.537 f)
Panamá	19 Agto. 1957	...	246.310 a)	446.657 e)	456.052	428.304	428.304
Paraguay	30 Oct. 1957	...	16.000 a)	233.334	130.841	266.667 e)	266.667 f)
Perú	15 Nov. 1957	...	...	1.068.186	525.862 i)	1.175.500	1.175.500
República Dominicana	1 Julio 1958	...	379.060 a)	...	379.060 a)	450.000	450.000 j)
Venezuela	1950	...	4.321.014	...	7.140.154	...	...
Otras unidades políticas							
Belice	4 Feb. 1957	...	35.386 a)	20.068	37.330 d)	38.500	38.500
Dominica	Ene. 1959	...	2.059 a)	...	2.059 a)	1.941 a)	1.941 a)
Granada	Feb. 1957	...	16.962 a)	13.860 e)	19.344	15.912	15.912
Guadalupe	1957	...	90.803 a)	...	100.977	...	...
Guayana Británica	Ene. 1947 k)	...	91.296	...	86.481	...	...
Guayana Francesa	Mayo 1948 l)	...	78.853	...	105.878	...	...
Jamaica	Ene. 1958	...	239.389 a)	...	277.778 a)	...	...
Santa Lucía	1 Julio 1956	22.308	17.595	22.308	17.440	332.157 e)	332.157 f)
Surinam	2 Mayo 1958	...	60.526 a)	...	60.526 a)	22.308	22.308
Trinidad y Tabago	Ene. 1958	...	294.338 a)	...	285.294 a)	129.475	129.475
Zona del Canal de Panamá .....	...	...	...	...	50.000	248.658	248.658

a) Período de preparación.

b) Proporcionado conjuntamente por el Gobierno y la ICA (véase el cuadro 14).

c) Excluido el Estado de São Paulo.

d) Basado en informes sobre los gastos.

e) Estimación original aumentada posteriormente.

f) Se completará con la colaboración de la ICA (véase el cuadro 14).

g) Se cumplirá con la colaboración de la OSPA.

h) Programa temporalmente interrumpido.

i) Únicamente Perú occidental.

j) Compromisos contenidos en el plan de operaciones.

k) Se refiere solamente a las zonas costaneras.

l) Reimportación en 1954, rociamiento comenzado de nuevo.

* Todas las cantidades se expresan en dólares (EUA).

** No se dispone de datos.

*** No se recibió informe.

Cuadro 14—Aportaciones internacionales* a los programas de malaria en las Américas, 1956-1958

País u otra unidad política	Fecha de iniciación de la cober- tura total	1956			1957			1958			ICA (EUA) (Año fiscal) a)
		OSPFA/FEM	AT/OMS	UNICEF †	OSPFA/FEM	AT/OMS	UNICEF †	OSPFA/FEM	AT/OMS	UNICEF †	
		Total	-	193.868	512.000	510.540	169.944	4.148.300	1.060.470	235.367		5.958.900	3.012.000
Argentina	Sept. 1949	-	-	-	9.692	-	11.453	-	-	-	-
Bolivia	1 Julio 1958	-	10.995 b)	-	-	11.222 b)	46.910	13.849	256.000	450.000 c)	
Brasil d)	Ene. 1959	-	-	-	13.737 b)	-	-	-	-	-	-
São Paulo	1 Sept. 1958	-	-	-	-	-	31.432	-	-	1.490.000 e)	
Colombia	8 Sept. 1958	-	10.000 b)	40.000 b)	59.260 b)	10.575 b)	100.032	15.603	1.142.000	500.000 e)	
Costa Rica	15 Julio 1957	-	1.000 b)	-	16.510	2.000	22.583	-	48.000	-	
Cuba	**	-	-	-	-	9.836 b)	-	-	-	-	
Ecuador	18 Mar. 1957	-	-	-	14.236	9.205	38.522	26.213	127.000	100.000 e)	
El Salvador	1 Julio 1956	-	5.000	105.000	20.891	5.000	44.068	23.306	151.000	-	
Guatemala	1 Ago. 1956	-	17.000	254.000	13.567	10.051	39.163	15.985	198.000	50.000 c)	
Haití	Sept. 1958	-	15.000 b)	-	42.400 b)	15.000 b)	259.910	19.319	170.000	75.000 e)	
Honduras	Ene. 1958	-	5.000 b)	-	13.302 b)	5.000 b)	15.875	11.876	207.000	150.000 c)	
México	2 Ene. 1957	-	28.524 b)	-	99.183	30.423	117.932	51.976	2.625.000	-	
Nicaragua	11 Nov. 1957 f)	-	5.000 b)	-	27.558	5.000	25.228	6.922	-	100.000 c) e)	
Panamá	19 Ago. 1957	-	12.000 b)	-	15.615	12.368	26.189	18.292	86.000	-	
Paraguay	30 Oct. 1957	-	1.825 b)	-	23.203	-	25.373	14.125	87.000	85.000 c) e)	
Perú	15 Nov. 1957	-	28.524 b)	-	49.670	4.264	60.321	17.901	404.000	-	
República Dominicana	1 Julio 1958	-	5.000 b)	62.000 b)	30.106 b)	5.000 b)	74.416	-	108.000	-	
Venezuela	1950	-	-	-	-	-	2.070	-	-	-	
Otras unidades políticas											
Belice	4 Feb. 1957	-	1.000 b)	-	2.348	1.000	4.880	-	8.000	-	
Dominica	Ene. 1959	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Granada	Feb. 1957	-	12.000 b)	-	-	12.000	10.225	-	5.000	-	
Guadalupe	1957	-	-	-	897	-	7.271	-	-	-	
Guayana Británica	Ene. 1947 g)	-	-	-	-	-	1.580	-	-	-	
Guayana Francesa	Mayo 1948 h)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Jamaica	Ene. 1958	-	-	-	24.466 b)	-	44.516	-	204.600	12.000 c)	
Santa Lucía	1 Julio 1956	-	12.000	8.600	5.127	12.000	10.328	-	-	-	
Surinam	2 Mayo 1958	-	12.000 b)	-	4.108 b)	5.000 b)	35.232	-	22.300	-	
Trinidad y Tabago	Ene. 1958	-	12.000 b)	42.500 b)	24.664 b)	5.000 b)	7.461	-	108.000	-	
Zona del Canal de Panamá	...	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

a) El año fiscal de la ICA no coincide forzosamente con los años fiscales de

los países respectivos.

b) Período de preparación.

c) Costos locales

d) Excluido el Estado de São Paulo.

e) Suministros importados.

f) Programa temporalmente interrumpido.

g) Se refiere solamente a las zonas costaneras.

h) Reimportación en 1954, reclamo comenzado de nuevo.

i) Todas las cantidades se expresan en dólares (EUA)

† La aportación del UNICEF se anota en el año en que se hace efectiva,

aun cuando la asignación pudo hacerse en años anteriores.

** Nada.

... No se recibió informe.

... No se dispone de datos.

proporciones dependen de factores administrativos y de operación, y varían entre los países y dentro de éstos. Es indispensable, debido a la necesidad de que el trabajo de rociamiento se efectúe con la mayor perfección posible, que se preste una especial atención a esta proporción, con el fin de asegurar que los supervisores puedan vigilar realmente en detalle la labor de los hombres que están bajo sus órdenes.

Los servicios de erradicación de la malaria cuentan con personal a tiempo completo para la recopilación de muestras de sangre en la búsqueda de casos de malaria. El número de este personal, así como el de supervisión y de microscopistas disponibles para el examen de las muestras de sangre, en el año 1958, aparece en el cuadro 12.

Un rasgo interesante de este cuadro son las cifras referentes a Venezuela. De las 1.390 personas empleadas en esta fase del programa por los países y otras unidades políticas que figuran en el cuadro 12, corresponden a Venezuela 444, o sea, el 31,9 por ciento. De estas 444, 361 son evaluadores, es decir, el 37,9 por ciento del total de 953 evaluadores anotados en el cuadro (excluido Brasil). Una idea de la importancia dada en Venezuela a las operaciones de evaluación se tendrá comparando, en primer lugar, la relación entre el número de evaluadores y el de rociadores empleados en el programa, y, en segundo lugar, la relación entre el número de evaluadores y la cifra de población del área en la que ocurre la transmisión de la malaria. El cuadro 11 indica que el SNEM de Venezuela empleó a 513 rociadores es decir, que hay dos evaluadores por cada tres rociadores. La población en el área bajo vigilancia y en la que todavía está presente la malaria es de 1.414.000 personas, o sea, que hay un evaluador por cada 3.900 personas.

Argentina cuenta también con una fuerte proporción de evaluadores en relación con el volumen de su programa. Hay casi tantos evaluadores como rociadores y un evaluador por cada 16.600 personas en el área en que la malaria está todavía presente o bajo vigilancia.

Es interesante señalar que México emplea a 58 médicos como inspectores de evaluación y que, cuando se llenen las 275 vacantes de evaluadores, este país contará con un considerable grupo de personal para esta importante fase de las operaciones de erradicación de la malaria.

Hay ciertas diferencias entre los países en lo que respecta a los antecedentes y al adiestramiento

de los evaluadores y sus supervisores, y en algunos programas las funciones de este personal comprenden otras actividades además de la recopilación de muestras de sangre de personas febriles o con una historia de fiebre. Según se ha indicado anteriormente, hay además médicos dedicados al planeamiento, organización y supervisión del trabajo del personal empleado en las operaciones de evaluación.

Aspectos presupuestarios de la erradicación de la malaria

Un programa de erradicación de la malaria, cuyo éxito o fracaso se mide en relación con la desaparición total de la transmisión, ha de contar plenamente con los recursos financieros necesarios; la menor insuficiencia de medios conducirá al fracaso. Desde el punto de vista financiero, el período más crítico es el de la cobertura total por rociamiento.

El cuadro 13 muestra las necesidades anuales para cubrir los costos nacionales de los programas de erradicación de la malaria, junto con las asignaciones presupuestarias o, para 1958, las obligaciones presupuestarias a partir del año de iniciación de la cobertura total. También se indican los presupuestos de los períodos de control y de la fase de pre-erradicación, pero sin estimación de las necesidades. El examen de este cuadro pone de relieve que de los tres programas que en 1956 iniciaron la cobertura total y de los diez que lo hicieron en 1957, todos excepto uno (Nicaragua, 1957) contaron con asignaciones presupuestarias apropiadas. Se prevé que al terminar el año 1958 todos los programas, excepto tres, habrán iniciado la cobertura total. En algunos países, los recursos pueden ser insuficientes para cumplir las obligaciones nacionales. Con el fin de obviar esta dificultad, la Administración de Cooperación Internacional ha asignado fondos destinados a complementar los recursos nacionales. Las notas que acompañan el cuadro indican cuáles son estos países.

El cuadro 14 presenta las asignaciones hechas por la ICA. Este mismo cuadro señala el valor financiero de la participación internacional (OSP/OMS, UNICEF e ICA) en los programas antimaláricos, tanto en el período preparatorio para la erradicación como en el de cobertura total. La participación internacional consistió primordialmente en servicios de asesoramiento téc-

nico y de adiestramiento y en suministros importados. Esta colaboración, como se indica más abajo, puede también, en ciertos casos, complementar los recursos nacionales para hacer frente a los costos locales.

La participación de la OSP/OMS se financia con fondos de la AT/OMS (personal técnico y becas) y con fondos del Fondo Especial de la OSPA para la Erradicación de la Malaria (personal técnico, becas, suministros y equipo importados, principalmente drogas antimaláricas, equipo de protección y suministros de laboratorio).

Las cifras correspondientes a la OSP/OMS que figuran en el cuadro 14 comprenden sólo la participación en los proyectos de los países, pero son también importantes las actividades regionales en materia de adiestramiento, investigación general, investigaciones de campo, seminarios y asesoramiento técnico especializado, además de los servicios proporcionados por el personal de la sede y de las Oficinas de Zona. Las siguientes cifras indican los costos totales atribuidos específicamente a las actividades antimaláricas, pero no comprenden ninguna estimación de la parte del tiempo dedicado a los programas antimaláricos por el personal directivo y administrativo de la sede y las zonas:

	1956 \$EUA	1957 \$EUA	1958 \$EUA
OSPA/Presupuesto ordinario	97.418	133.212	92.409
OSPA/Fondo Especial Malaria	—	922.345	2.000.000
AT/OMS	193.868	169.944	235.367

El UNICEF participa proporcionando suministros importados, principalmente insecticidas, vehículos, bombas de rociamiento y equipo de laboratorio.

La participación de la ICA puede comprender, según las circunstancias, suministros y equipo importados o cooperación en el pago de los costos locales. En los países en que no participa el UNICEF (por ejemplo, el Brasil) o en que las estimaciones revisadas señalan que las necesidades son superiores a los compromisos adquiridos por UNICEF con sus fondos disponibles (por ejemplo, Colombia) la ICA ha proporcionado suministros importados.

En suma, los cuadros 13 y 14 indican que el total de los recursos nacionales e internacionales, disponibles o comprometidos, parecen ser suficientes para ejecutar las campañas iniciadas o que se iniciarán antes de finalizar 1958, a condición de

que se mantenga el nivel de las asignaciones o de las aportaciones en ambas fuentes de fondos.

En tres áreas (Brasil, Cuba y Dominica) no se iniciará en 1958 la cobertura total por rociamiento. No se han establecido los planes futuros para Cuba. Brasil, debido a su extensión y características físicas, presenta problemas especiales que exigen tipos distintos de campaña para las diferentes partes del país. El programa del Brasil se ejecutará por etapas graduales y, en consecuencia, las necesidades financieras se extenderán a un período más largo que en otros países. Los planes para Dominica están muy avanzados y es posible que la cobertura total se inicie antes de 1959.

Si bien los cuadros que se acaban de describir son los únicos necesarios para analizar la adecuación de los recursos para el éxito de la erradicación, se estima conveniente presentar información adicional sobre el desarrollo de las actividades nacionales antimaláricas dentro del marco del programa general de salud pública. El cuadro 15 indica la parte de los presupuestos nacionales dedicada a las campañas antimaláricas en el período 1954-1957 y la relación de estos fondos con el presupuesto total de salud pública en el mismo período. En la mayoría de los países, los años 1954, 1955 y 1956 estuvieron dedicados a la continuación de las actividades de control y a los preparativos de la erradicación. El profundo cambio que la conversión del control en erradicación lleva consigo, se refleja en el aumento correspondiente del porcentaje dedicado a las actividades antimaláricas.

Operaciones de campo

La conversión de los programas de control en los de erradicación ha tenido por resultado la cesación casi completa de las operaciones antilarvales y la de los trabajos de ingeniería relacionados con ellas. Sólo en un país y en seis otras unidades políticas los SNEM continúan desarrollando actividades antilarvales pero que no tienen por objetivo la erradicación de la malaria. Como la interrupción de la transmisión de la malaria se basa fundamentalmente en la aplicación intensiva de imagocidas de acción residual, complementada donde sea necesario con el empleo de modernas drogas antimaláricas, el presente informe se referirá sólo a las operaciones con insecticidas (rociamiento) y con drogas, además de las correspondientes actividades epidemiológicas.

Cuadro 15—Presupuestos para salud pública y lucha antimalárica en las Américas, 1954-1957

País u otra unidad política	Unidad monetaria	ASIGNACIONES EN MONEDA NACIONAL										
		1954		1955		1956		1957				
		Total presupuesto para salud pública	Total específico para lucha antimalárica	Por ciento	Total presupuesto para salud pública	Total específico para lucha antimalárica	Por ciento	Total presupuesto para salud pública	Total específico para lucha antimalárica	Por ciento		
Argentina	Peso	589 474.500	6 894.500	930 376.700	8 435.100	0,9	1 250 706.700	8 435.100	0,7	1 259 188.000	14 129.900	1,1
Bolivia	Boliviano	...	...	...	...	...	...	...	...	10 092 997 590	642 274 283	6,4
Brasil a)	Cruzeiro	...	233 892 910	...	250 302 970	...	...	2 368 733 873	...	...	164 855 160	...
São Paulo	Cruzeiro	1 772 569 782	...	2 165 081 831	...	...	...	46 080 900	...	...	4 485 451	...
Colombia	Peso	42 285 626	2 558 000	41 925 436	2 653 000	6,4	10 406 763	4 033 126	8,8	45 700 000	4 485 451	9,8
Costa Rica	Colón	9 021 509	674 800	9 128 186	734 601	8,0	...	1 200 000	11,5	10 416 933	1 400 000	13,4
Cuba	Peso	**	**	**	**	**	...	**	**	**	**	**
Ecuador	Sucré	20 984 800	3 800 000	24 007 890	3 800 000	15,8	24 679 920	4 805 078	19,5	24 975 000	6 776 404	27,1
El Salvador	Colón	15 200 000	640 000	16 155 000	1 150 000	7,1	13 100 000	1 130 000	8,6	16 853 950	1 184 000	7,0
Guatemala	Quetzal	...	...	7 894 551	303 282	3,8	9 038 350	448 706	5,0	9 782 746	480 000	4,9
Haití	Gourde	18 578 145	310 645	18 947 542	486 408	2,6	18 103 892	722 658	4,0	19 208 937	1 702 430	8,9
Honduras	Lempira	4 291 759	200 000	4 634 399	230 000	5,0	6 640 579	330 000	5,0	7 410 007	636 220	8,6
México	Peso	219 900 000	...	255 200 000	2 500 000	1,0	314 500 000	30 000 000	9,5	381 900 000	52 000 000	13,6
Nicaragua	Córdoba	7 763 970	1 039 700	8 408 906	1 117 650	13,3	9 045 102	1 230 350	13,6	9 185 217	1 454 650	15,8
Panamá	Balboa	4 926 814	170 660	5 450 860	201 720	3,7	8 045 304	246 310	3,1	10 373 330	458 052	4,4
Paraguay	Guaraní	25 934 340	900 000	53 820 760	...	...	70 240 000	2 000 000	2,8	118 786 608	14 000 000	11,8
Perú	Sol	...	...	...	...	...	...	...	...	497 120 115	9 991 371	2,0
República Dominicana	Peso	5 410 969	124 740	4 052 544	234 060	5,8	4 736 622	379 060	8,0	6 970 052	379 060	5,4
Venezuela	Bolívar	165 300 000	15 034 480	177 023 065	14 980 668	8,5	184 118 768	14 691 448	8,0	206 440 644	24 276 523	11,8
Otras Unidades Políticas												
Belice	Dólar (BH)	415 176	39 870	419 540	40 491	9,7	425 741	49 540	11,6	500 996	53 328	10,6
Dominica	Dólar (BWL)	24 136	3 000	26 381	3 000	11,4	33 182	3 500	10,5	39 463	3 500	8,9
Granada	Dólar (BWI)	622 555	23 700	721 208	19 835	2,8	637 939	28 835	4,5	722 198	32 885	4,6
Guadalupe	Franco	...	...	151 244 000	31 585 000	20,9	180 319 000	31 781 000	17,6	216 635 000	35 342	16,3
Guayana Británica	Dólar (BG)	4 967 814	178 418	4 634 786	168 393	3,6	4 241 618	155 204	3,7	5 477 793	147 018	2,7
Guayana Francesa	Franco	118 528 714	20 415 685	151 459 846	26 468 563	17,5	137 702 719	27 598 610	20,0	182 773 776	37 057 146	20,3
Jamaica	Lib. (Est.)	1 890 311	76 769	2 133 187	93 401	4,4	2 342 761	86 180	3,7	2 484 635	100 000	4,0
Santa Lucía	Dólar (BWI)	316 737	22 078	388 047	35 558	9,2	399 856	29 912	7,5	483 644	29 648	6,1
Surinam	Florín	6 128 280	115 000	6 367 997	115 000	1,8	6 614 640	115 000	1,7	7 477 905	115 000	1,5
Trinidad y Tabago	Dólar (BWI)	8 026 168	450 993	8 722 693	480 374	5,5	10 236 850	483 374	4,7	11 322 070	485 000	4,3
Zona del Canal de Panamá	Dólar (USA)	...	...	...	...	...	...	...	...	6 148 200	50 000	0,8

a) Excluido el Estado de São Paulo.

... No se dispone de datos.

** No se recibió informe.

Operaciones de rociamiento

El rociamiento, como todas las demás operaciones de un programa de erradicación de la malaria, ha de evaluarse tomando como base el trabajo que queda por hacer y no el que se ha realizado.

En la mayoría de los SNEM, planea, ejecuta y supervisa las operaciones de rociamiento una oficina o departamento especial que, con escasas excepciones, está dirigido por ingenieros que dependen directamente del jefe ejecutivo nacional o de la zona.

Las técnicas de rociamiento del interior de las casas difieren según los hábitos de reposo, después de la ingestión, que presentan las especies vectoras prevalecientes. La regla general consiste en rociar todas las superficies del interior, muros y techos, hasta una altura de 3,5 metros, altura que un rociador puede alcanzar desde el suelo empleando equipo estándar. También se rocían todas las superficies de los muebles que pueden servir a los mosquitos como lugares de reposo.

Los dos insecticidas usados generalmente son el DDT y el dieldrín, primordialmente en formulaciones de polvos humectables (75% y 50% respectivamente), con dosis por metro cuadrado de 2 g para el DDT técnico y de 0,6 g para el dieldrín técnico. En la Guayana Francesa se usa también el BHC en pequeña escala.

Por regla general, se rocía con DDT dos veces al año, y una sola vez con dieldrín. Sin embargo, existen varias excepciones en las que se aplica el DDT una sola vez al año; o se rocía tres veces como en Guadalupe, y hasta cuatro veces en ciertas áreas de Venezuela.

El cuadro 16 resume los datos sobre el número de casas que se proyectó rociar en 1957, el número de las que se rociaron efectivamente, las cantidades aproximadas de insecticidas que se usaron y la fecha en que se dio comienzo a la cobertura total. Pocas conclusiones pueden derivarse de este cuadro, tanto más cuanto que presenta cifras referentes a programas antimaláricos que se encuentran en fases muy distintas: (a) programas de erradicación que llevan un año o más de cobertura total, como los de Argentina, El Salvador, Guatemala, México, Guadalupe y Santa Lucía; (b) programas de erradicación que llevan menos de un año de cobertura total, como los de Costa Rica, Ecuador, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Belice y Granada; (c) programas de

erradicación en su fase preparatoria, como los de Bolivia, Colombia, Haití, Honduras, República Dominicana, Jamaica, Surinam y Trinidad; y (d) programas de control todavía en ejecución, como los del Brasil, Cuba y Dominica. Los datos más significativos son los referentes al número de casas efectivamente rociadas en comparación con la cifra calculada. Se estableció ésta última dividiendo la población estimada de 1957 por el promedio de habitantes por casa; pero como resultado del reconocimiento geográfico, en el curso del cual se numeraron las casas, la cifra total resultó siempre más elevada. Esta discrepancia aumenta con el transcurso del tiempo, debido a la construcción de nuevas casas, y esto ocurre con frecuencia a un ritmo más rápido que el previsto a causa de la migración procedente de zonas no maláricas que es, a su vez, efecto de las garantías sanitarias que proporciona la campaña de erradicación.

La estructura de las organizaciones periféricas para las operaciones de rociamiento y la composición de las brigadas de rociamiento no han sufrido cambios importantes con posterioridad a la detallada descripción que aparece en el V Informe.

Ha aumentado considerablemente el número de las brigadas en funciones, debido a la intensificación de la campaña en varios países y otras unidades políticas. El cuadro 17 refleja la situación a finales de 1957. El número de brigadas montadas, de las que se trasladan a pie y de las que utilizan más de una clase de medios de transporte, son datos interesantes que se encuentran en el mismo cuadro 17. En México, por ejemplo, son 249 las brigadas montadas, 123 las que se trasladan a pie y 161 las que utilizan vehículos de motor. En Colombia, las brigadas montadas son también más numerosas que las motorizadas. Tal es el cuadro de la erradicación. No hay área con transmisión de la malaria que sea inaccesible para la cobertura total y, como puede verse, se llegará a todas las casas de las Américas que se ha proyectado rociar, cuando no en automóvil, en lancha o canoa, a caballo o a pie.

En la mayoría de los países, el rociamiento se efectúa durante todo el año, pero en algunos se tiende a concentrarlo en un período más breve. En la mayoría de los países, el equipo estándar consiste en rociadores de presión, construidos según las normas establecidas por el Comité de Expertos en Insecticidas de la OMS, pero en

Cuadro 16—Casas rociadas e insecticidas usados en la campaña antimalaria en las Américas, 1957

País u otra unidad política	Frecuencia de los rociados por año	Número de casas		Tipo y cantidad de insecticida usado			Fecha de iniciación de la cobertura total	
		Planeadas	Rociadas efectivamente	DDT, grado técnico en Kg.	Dieldrin, grado técnico en Kg.	Otro en Kg.		
Argentina	Una	14.203	20.681	34.519	—	—	Sept.	1949
	Dos	44.995	41.155					
Bolivia .....	...	...	...	...	...	...	1 Julio	1958
Brasil a) .....	...	...	1.722.741	1.005.570	—	—	Enero	1959
São Paulo .....	...	535.889	...	40.900	—	—	1 Sept.	1958
Colombia	Una	135.450	132.480	62.880	—	—	8 Sept.	1958
Costa Rica	Una	—	42.969	21.650	—	—	15 Julio	1957
	Dos	67.059	—					
Cuba	**	**	**	**	**	**	**	**
Ecuador	Una	245.950	257.102	29.160	25.380	—	18 Mar.	1957
	Dos	40.996	18.927					
El Salvador	Una	181.348	191.284	151.670	28.630	—	1 Julio	1956
	Dos	115.366	126.329					
Guatemala	Una	272.177	290.352	—	33.280	393 Dieldrex 100%	1 Agto.	1956
Haití	Una	771.996	13.638	—	1.600	—	Sept.	1958
Honduras .....	...	...	...	...	...	...	Enero	1958
México	Una	258.714	459.064	1.710.380	67.000	—	2 Enero	1957
	Dos	2.103.971	2.298.952					
Nicaragua	Una	26.400	15.521	—	2.120	—	11 Nov.	1957 b)
Panamá	Una	70.122	53.431	—	6.970	—	19 Agto.	1957
Paraguay	Una	16.205	16.291	—	1.760	—	30 Oct.	1957
Perú	Una	323.015	294.570	108.190	—	—	15 Nov.	1957
	Dos	35.160	4.290					
República Dominicana .....	...	...	...	...	...	...	1 Julio	1958
Venezuela	Dos	129.287	128.900	106.644	117.902	—		1950
<i>Otras unidades políticas</i>								
Belice	Una	17.655	17.082	—	2.160	—	4 Feb.	1957
Dominica	Una	3.382	3.182	474	—	459 BHC	Enero	1959
Granada	Una	7.129	7.237	3.750	—	—	Feb.	1957
	Dos	6.586	6.193					
Guadalupe	Una	19.987	19.525	13.915	—	—		1957
	Dos	12.181	12.170					
	Tres	482						
Guayana Británica	Una	9.132	7.509	3.245	—	—	Enero	1947 c)
Guayana Francesa	Una	14.000	12.073	3.950	—	544 BHC 7,5%	Mayo	1948 d)
Jamaica	Una	—	121.837	27.400	—	—	Enero	1958
	Dos	140.000	30.243					
Santa Lucía	Dos	12.800	12.200	4.950	—	—	Julio	1956
Surinam	Una	24.673	24.673	18.460	46	13 BHC	2 Mayo	1958
	Dos	2.586	2.586					
Trinidad y Tabago	Una	116.000	103.059	30.390	4.310	—	Enero	1958
	Dos	...	5.364					
Zona del Canal de Panamá	Dos	...	518	...	...	...	...	...

a) Excluido el Estado de São Paulo.

b) Programa temporalmente interrumpido.

c) Se refiere solamente a las zonas costaneras.

d) Reimportación en 1954, rociamiento comenzado de nuevo.

— Nada.

** No se recibió informe.

... No se dispone de datos.

algunos países se emplean bombas de estribo y rociadores de mochila.

La organización y gestión de los servicios de transporte no son idénticas en todos los programas de erradicación de la malaria. En la mayoría de los casos, se encarga de la asignación y supervisión de los vehículos una sección o departamento especial del servicio nacional de erradicación de la malaria. En México, como ya se indicó, funciona un Departamento de Logística que se ocupa exclusivamente de los asuntos referentes a los vehículos de motor y otros medios de transporte utilizados en el programa. En todos los casos, el funcionamiento de los transportes se halla descentralizado en la unidad de campo a la que sirve.

La conservación de vehículos constituye todavía

un problema muy importante. No se han generalizado aún los talleres centrales para la inspección regular y la conservación de los vehículos. En un caso, por lo menos, esta función se ha encargado a contratistas privados. En el cuadro 18 figuran datos referentes al número de vehículos y a los diversos medios de transporte empleados, en las operaciones de rociamiento y con otros fines, en los programas de erradicación de la malaria actualmente en ejecución.

El total de 1.811 unidades de transporte que aparece en el cuadro 18 no comprende los animales utilizados. Este total es más de dos veces mayor que el indicado en el V Informe, donde aparecían 697 unidades de transporte en los programas de los países anotados. Este aumento se debe princi-

Cuadro 17—Número de brigadas de rociamiento según medio de transporte empleadas en los programas de erradicación de la malaria en las Américas, en 1958

País u otra unidad política	Número total de brigadas en servicio	En vehículo de motor	En lancha o canoa	Montadas	A pie	Con más de un tipo de transporte
Total	1.624	692	74	510	148	200
Argentina	29	29	—	—	—	—
Bolivia	—	—	—	—	—	—
Brasil a) .....	...	...	...	...	...	...
São Paulo	39	36	3	—	—	—
Colombia	387	151	40	196	—	—
Costa Rica	16	—	—	—	—	16
Cuba	**	**	**	**	**	**
Ecuador	41	9	2	10	—	20
El Salvador	49	—	1	—	—	48
Guatemala	34	—	—	—	—	34
Haití	74	28	—	30	16	—
Honduras	26	—	—	—	—	26
México	540	161	7	249	123	—
Nicaragua	19	—	—	—	—	19
Panamá	25	8	5	2	—	10
Paraguay	18	11	4	—	2	1
Perú	117	117	—	—	—	—
República Dominicana	26	26	—	—	—	—
Venezuela	82	41	5	23	—	13
<i>Otras unidades políticas</i>						
Belice	10	3	1	—	6	—
Dominica	2	—	—	—	—	2
Granada	2	2	—	—	—	—
Guadalupe	6	6	—	—	—	—
Guayana Británica	6	2	2	—	—	2
Guayana Francesa	6	—	—	—	—	6
Jamaica	33	33	—	—	—	—
Santa Lucía	4	4	—	—	—	—
Surinam	12	6	3	—	—	3
Trinidad y Tabago	18	18	—	—	—	—
Zona del Canal de Panamá	3	1	1	—	1	—

a) Excluido el Estado de São Paulo.

— Nada.

... No se dispone de datos.

** No se recibió informe.

palmente al mayor número de "jeeps" (de 146 a 495) y camionetas (de 197 a 926), y se relaciona con el aumento del número de brigadas y de la cantidad de material y equipo que se ha de transportar. El cuadro 18 indica también que en los programas se utilizan 2.963 bestias de carga. Además, cinco países y una unidad política alquilan animales cuando los necesitan.

Ha de señalarse que el grado de eficacia y el tiempo de servicio estimado de los vehículos de motor varía mucho, según el estado de los vehículos y el trato que se les da. Se considera, sin embargo, que en la mayoría de los programas los

vehículos durarán hasta las fases finales de la campaña de erradicación, tal como se prevé en los respectivos planes de operaciones.

Según las informaciones recibidas, ciertos factores importantes han ejercido, en mayor o menor grado, una influencia desfavorable en las operaciones de rociamiento y han sido causa de que éstas se demoraran. Entre estos factores pueden citarse: los retrasos en las asignaciones de fondos debidos a trámites burocráticos ajenos a los SNEM y la mala administración de estos fondos en los SNEM, cuando no ambas cosas a la vez; el planeamiento y supervisión inadecuados, por los de-

Cuadro 18—Sistemas de transporte en los programas de erradicación de la malaria en las Américas, en 1958

País u otra unidad política	Vehículos en servicio o que estarán en servicio								Bestias
	Total*	Camionetas y automóviles	"Jeeps"	"Pick-ups"	Camiones	Lanchas	Canos con motores fuera de borda	Otros	
Total	1.811	110	495	926	112	62	65	41	2.963
Argentina	109	5	25	43	23	—	—	8 a)	—
Bolivia	15	—	3	8	1	—	2	1	182
Brasil b) .....	...	...	...	...	...	...	...	...	...
São Paulo	38	6	6	18	5	—	3	—	—
Colombia	54	5	19	25	2	3	—	—	710 c)
Costa Rica	35	1	7	11	1	6	9	—	d)
Cuba	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Ecuador	98	2	29	31	7	20	9	—	35
El Salvador	51	4	15	28	1	1	2	—	—
Guatemala	46	5	8	30	—	—	3	—	d)
Haití	50	4	23	21	2	—	—	—	—
Honduras	46	4	8	29	2	—	3	—	d)
México	653	2	201	416	16	3	5	10 e)	1.538
Nicaragua	33	—	12	11	2	3	5	—	d)
Panamá	65	6	16	25	2	8	8	—	12
Paraguay	31	1	8	18	1	1	2	—	...
Perú	167	4	23	125	8	—	7	—	—
República Dominicana	66	4	23	38	1	—	—	—	d)
Venezuela	104	45	36	8	4	11	—	—	486
<i>Otras unidades políticas</i>									
Belice	5	1	—	3	—	—	1	—	d)
Dominica	7	—	2	1	1	—	—	3 f)	—
Granada	5	—	—	2	—	—	—	3 f)	—
Guadalupe	7	—	3	1	3	—	—	—	—
Guayana Británica	7	3	—	—	1	1	—	2 g)	—
Guayana Francesa	11	2	1	4	1	1	—	2 h)	—
Jamaica	43	2	15	12	14	—	—	—	—
Santa Lucía	10	3	1	3	—	—	—	3 f)	—
Surinam	16	—	2	2	2	3	4	3 f)	—
Trinidad y Tabago	23	1	9	6	7	—	—	—	—
Zona del Canal de Panamá	16	—	—	7	—	1	2	6 i)	—

- a) Seis camiones tanque y dos motocicletas.
b) Excluido el Estado de São Paulo.
c) Pendientes de compra.
d) Se alquilan según las necesidades.
e) Camionetas "Guayin".
f) Tres motocicletas.
g) Una bicicleta de reparto y una barcaza.

- h) Dos remolques.
i) Seis lanchas de remos.
* Inclusive lanchas, canoas con motores fuera de borda y otros.
— Nada.
No se dispone de datos.
** No se recibió informe.

partamentos de los SNEM, de los servicios de conservación de vehículos, suministro de carburante, piezas de repuesto y equipo; las dificultades de transporte debidas al mal estado de las carreteras y al mal tiempo; el alto porcentaje de casas cerradas, que obligan a duplicar las visitas del personal de rociamiento a ciertas localidades con el fin de lograr la cobertura total; las demoras en la recepción de materiales y suministros facilitados por los Gobiernos y los organismos internacionales y las dificultades administrativas con que tropieza el despacho de estos suministros; el ausentismo y los frecuentes cambios de personal motivados por el bajo nivel de los salarios, con las consiguientes pérdidas de tiempo y la necesidad de adiestrar a personal nuevo.

Como puede verse, ninguno de estos factores negativos es de carácter exclusivamente técnico y la mayoría de las dificultades pueden corregirse. La Organización ha decidido, por lo tanto, crear puestos de asesores en técnicas de administración y de conservación de vehículos, con el fin de ayudar a la solución de estos problemas en los distintos programas.

Operaciones epidemiológicas

En los programas de erradicación de la malaria en las Américas, las operaciones epidemiológicas comienzan generalmente con la "encuesta de preerradicación", que se efectúa en la fase preparatoria; siguen con las "operaciones de evaluación" durante la fase de ataque (cobertura total) y continúan con la "vigilancia y eliminación de los focos residuales" durante la fase de consolidación.

La encuesta de preerradicación tiene por objeto perfeccionar los conocimientos sobre el área malárica, el período de transmisión y los vectores. Para precisar los límites del área malárica los estudios no son muy elaborados, buscándose establecer la presencia de la enfermedad más que su intensidad, aunque en algunos casos fueron todavía utilizados los métodos convencionales (índices esplénicos y parasitarios).

Las operaciones de evaluación empiezan con el primer rociamiento y tienen por objetivo: (a) descubrir la persistencia de la transmisión y establecer sus causas; y (b) comprobar la desaparición progresiva de la malaria. El único procedimiento para ambos objetivos es la pesquisa de casos, y el cero es la única referencia para la evaluación; por consiguiente, cualquier compara-

ción con cifras precedentes carece de valor para apreciar estos resultados.

Se utilizan los siguientes procedimientos:

A. Búsqueda de casos:

1. Notificación y toma de sangre: (a) en el "sospechoso clínico", por médicos y profesionales paramédicos; (b) en el "sospechoso epidemiológico" (febriles), por medio de colaboradores oficiales y voluntarios.
2. Pesquisa: visita casa por casa por personal del servicio; toma de sangre a toda persona con fiebre o con historia reciente de fiebre.

B. Investigación epidemiológica:

1. Registro y análisis de la información y del material epidemiológico.
2. Encuesta epidemiológica: (a) primaria, para determinar si el caso es posterior al rociamiento; (b) exhaustiva, para determinar sus relaciones y las causas.

En la fase de consolidación después de suspendidos los rociamientos, las operaciones epidemiológicas siguen el mismo esquema, pero su objetivo es ahora: (a) confirmar la ausencia de casos de malaria durante tres años para declarar cumplida la erradicación; (b) descubrir y eliminar cualquier foco residual; y (c) reconocer la reintroducción del parásito y prevenir el restablecimiento de la endemidad.

Varios aspectos son de fundamental importancia en las operaciones de evaluación en los programas de las Américas: (1) la precocidad de su iniciación (al comienzo de la fase de ataque); (2) la notificación obligatoria de todo caso conocido o sospechoso de malaria; (3) la organización de una vasta red de "colaboradores voluntarios" para la toma de muestras de sangre a todo febril; y (4) el establecimiento de medios para el diagnóstico parasitológico inmediato.

Con respecto a los resultados de la notificación y búsqueda de casos en 1957, se ha preparado el cuadro 19, en el que se indican los casos notificados, clasificados en los mismos grupos de áreas que aparecen en los cuadros 4 y 5, o sea, las áreas en que la malaria ha sido erradicada, las que se hallan bajo vigilancia; aquéllas en que la malaria no ha sido todavía erradicada pero que se rocían regularmente; y aquellas en que la malaria no ha sido erradicada y el rociamiento no se ha iniciado aún o es irregular e incompleto.

Cuadro 19—Descubrimiento de casos de diversas fuentes en los programas de erradicación de la malaria en las Américas, 1957

País u otra unidad política	Fuente de casos						Forma de infección				Naturaleza de los casos									
	Médicos particulares, hosp., etc.		Invest. regu- lar de casos febriles en hosp., etc.		Visitas casa por casa		Colabora- dores vo- luntarios		Otros		Total casos posi- tivos		Vivax	Falciparum	Malariae	Mixta	Importado	Esporádico	Inducido	Autóctono
	Número de notifi- caciones	Número de positivos	Número de visitas	Número de muestras tomadas	Número de muestras tomadas	Número de positivos	Número de muestras tomadas	Número de positivos	Número de muestras tomadas	Número de positivos	Número de muestras tomadas	Número de positivos									Número de muestras tomadas
Total	292	6	122	111,444	33	7,414	54	1,861	-	-	93	83	1	8	1	81 a)	2	10	-	-
Argentina	119	4	30	12,811	4	457	-	-	-	-	8	8	-	-	-	6	-	2	-	-
Brasil b)	130	-	-	98,633	29	6,957	-	1,861	-	-	83	74	-	-	-	73	2	8	-	-
Venezuela	41	2	11	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	2 a)	-	-	-	-
Guadalupe	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guayana Británica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Surinam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	811	27	684	131,816	21	4,352	56	315	17	121	121	70	46	3	2	84	8	3	26 c)	-
Argentina	22	2	51	5,194	12	4	4	-	2	16	16	13	3	3	2	12	-	3	1	-
Venezuela	71	-	-	40,495	9	4,348	56	315	-	65	65	56	7	2	2	65	-	-	-	-
Guadalupe	84	-	633	91,321	38,087	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guayana Francesa	-	-	-	324	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tabago	634	25	-	-	-	-	-	-	15	15	15	-	15	-	-	7	-	8	-	-
Total	38,182	6,392	93,504	552,616	9,332	31,423	2,760	21,552	5,964	32,651	20,779	10,715	181	337	2	639	-	-	-	-
Argentina	494	110	518	446,862	338	560	146	5,957	46	761	706	53	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brasil b)	-	473	-	18,583	580	311	90	-	-	1,153	1,033	92	18	10	-	-	-	-	-	-
Costa Rica	4,225	196	11,132	17,825	587	17,802	656	99	63	1,675	808	835	3	29	-	-	-	-	-	-
Ecuador	2,296	452	9,671	7,596	2,036	4,104	1,581	5,504	1,544	6,655	3,649	2,949	5	52	-	-	-	-	-	-
El Salvador	8,842	2,206	6,096	49,424	5,739	318	22	4,217	1,247	5,653	3,812	1,792	4	45	-	-	-	-	-	-
Guatemala	-	-	-	721	65	-	-	-	-	190	103	87	-	-	-	-	-	-	-	-
Honduras	4,950	664	11,565	142,992	2,246	15,564	581	-	-	4,387	3,856	453	17	61	-	-	-	-	-	-
México	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nicaragua	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	-	-	48,738	5,067	1,162	-	-	-	-	7,550	4,796	2,565	61	128	-	-	-	-	-	-
Paraguay	3,698	154	316	2,140	38	62	1	12	2	206	204	2	-	-	-	-	-	-	-	
Perú	512	21	-	37,287	618	-	-	-	-	639	204	2	-	-	-	-	-	-	-	
República Dominicana	6,601	1,533	-	-	-	-	-	-	-	1,533	890	630	12	1	-	-	-	-	-	
Venezuela	389	10	-	382,139	499	9,848	240	1,004	2	751	663	77	4	7	-	-	-	-	-	
Belize	319	-	2,132	160,856	212	-	-	-	-	134	53	121	38	-	-	-	-	-	-	
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Guadalupe	76	-	773	2,270	113	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	
Guayana Británica	1	-	284	6,710	1	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	
Jamaica	3,224	1	236	107	107	-	-	-	-	42	265	251	13	-	-	-	-	-	-	
Santa Lucía	441	9	767	8,056	10	-	-	-	-	87	44	16	3	-	-	-	-	-	-	
Surinam	288	87	-	3,446	10	-	-	-	-	670	88	577	3	-	-	-	-	-	-	
Trinidad y Tabago	399	-	-	9,767	271	-	-	-	-	109	72	37	-	-	-	-	-	-	-	
Zona del Canal de Panamá	77	-	-	804	32	-	-	-	-	109	72	37	-	-	-	-	-	-	-	
Total	131,979	9,792	14,210	3,925,591	393	23,043	57	8,170	3,731	36,982	26,995	9,333	228	502	-	24	-	-	-	
Brasil b)	58,077	9,756	-	3,730,427	399,991	18,411	-	-	-	28,167	21,216	6,454	29	468	-	-	-	-	-	
São Paulo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,545	3,525	16	1	3	-	-	-	-	-	
Colombia	73,056	-	-	169,597	2,497	-	-	614	39	739	1,700	739	15	15	-	-	-	-	-	
Cuba	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Haití	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nicaragua	666	36	14,210	23,084	1,964	171	23	7,156	146	746	446	294	4	2	-	-	-	-	-	
Dominica	180	-	-	1,476	-	-	-	400	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Guayana Británica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

a) Un caso sin clasificar.
 b) Excluido el Estado de São Paulo.
 c) Veintidós casos sin clasificar.

Nada.
 ... No se dispone de datos.

* Forma de infección no especificada.
 ** No se recibió informe.

El cuadro 19 muestra también el número de casos conocidos, según la fuente de notificación, como sigue: (1) médicos particulares, clínicas, hospitales, etc.; (2) investigaciones regulares de pacientes febriles en hospitales, clínicas, etc.; (3) visitas casa por casa; (4) colaboradores voluntarios; y (5) otras fuentes.

Se han elegido las cuatro primeras categorías citadas porque representan un patrón que está estableciéndose en los programas de erradicación en las Américas. La importancia relativa de estas categorías varía según los países, como puede verse en el cuadro. Puede haber, además, cierta superposición en esta clasificación. Todo resumen de casos de malaria en un programa de erradicación ha de limitarse a los que se hayan confirmado parasitológicamente; por lo tanto, en las operaciones de evaluación de todo SNEM es de primordial importancia que cada caso sospechoso vaya acompañado de una muestra de sangre.

Argentina, Venezuela y la Guayana Británica notificaron 93 casos de malaria en áreas de erradicación. De ellos, 80 fueron importados, diez inducidos, dos esporádicos y uno de la Guayana Británica no fue clasificado.

Es oportuno incluir aquí la información recibida referente a la parte continental de los Estados Unidos de América, donde en 1957 se notificaron 146 casos sospechosos. De los 138 casos evaluados por el Centro de Enfermedades Transmisibles del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, 97 se confirmaron como positivos, de los cuales 86 fueron importados y 11 autóctonos. Tomando en cuenta estos casos autóctonos, las autoridades del Servicio de Salud Pública consideran que la erradicación en los Estados Unidos de América está "virtualmente terminada".

De estos 11 casos autóctonos, seis fueron encontrados en California y uno en Indiana, es decir fuera del área tradicionalmente malárica y dentro de la cual se llevó a cabo el programa nacional de erradicación (1949-1951); los cuatro casos restantes pertenecen a Oklahoma y dos de ellos al condado de Cherokee. Una investigación más cuidadosa hecha recientemente (en abril de 1958) permitió conocer otros cuatro casos confirmados y dos muy sospechosos en el mismo condado, todos ellos en dos pequeñas colonias rurales muy próximas, habitadas por indios cherokees. No fue posible encontrar ninguna pista reciente sobre la posible reintroducción del parásito; por todo ello debió admitirse que se trataba de dos pequeños

focos residuales de malaria endémica; la reintroducción del parásito años atrás sigue siendo una posibilidad, pero no se encontraron pruebas de ella. Se han tomado medidas adecuadas para la eliminación de estos focos residuales.

De las áreas bajo vigilancia, Argentina, Venezuela, Guayana Francesa y Trinidad y Tabago notificaron 121 casos. Trinidad y Tabago no facilitaron información sobre la naturaleza de los 25 casos señalados en estas islas. De los restantes 96 casos, 84 fueron importados, ocho esporádicos, tres inducidos y un caso, en la Argentina, se consideró autóctono.

Es interesante destacar la importancia y productividad de los colaboradores voluntarios. A este respecto, los datos de Venezuela son particularmente significativos. En áreas con malaria erradicada (cuadro 19), de 83 casos positivos 54 fueron encontrados por los colaboradores voluntarios contra 29 por personal del servicio, en 166.428 visitas casa por casa. Lo mismo ocurrió en áreas bajo vigilancia (cuadro 19); de 65 casos positivos, 56 fueron encontrados por colaboradores voluntarios contra 9 por personal del servicio en 91.321 visitas domiciliarias. La productividad no es sólo cuantitativa sino también cualitativa, pues el índice de productividad fue de 0,78 y de 1,29 para los colaboradores voluntarios contra 0,03 y 0,02 para el personal del servicio en las áreas de malaria erradicada y bajo vigilancia, respectivamente.

En lo referente a las áreas en las cuales se sabe que hay transmisión de la malaria y en las que se ha iniciado el rociamiento regular, 12 países y 9 otras unidades políticas notificaron un total de 32.651 casos positivos. De ellos, 9.332 (28,6 por ciento) se descubrieron en visitas casa por casa; 8.203 (25,1 por ciento) en investigaciones regulares de pacientes febriles en hospitales, clínicas, etc.; 6.392 (19,6 por ciento) fueron notificados por médicos, hospitales, clínicas, etc.; 5.964 (18,3 por ciento) proceden de otras fuentes, y los restantes 2.760 (8,5 por ciento) fueron casos reportados por colaboradores voluntarios. Ha de destacarse de nuevo el trabajo de los colaboradores voluntarios. De las 31.423 muestras de sangre recolectadas por ellos, 2.760 o sea el 8,8 por ciento, fueron positivas, mientras que de las 446.862 muestras examinadas como resultado de visitas casa por casa, 9.332, o o sea, sólo el 2,1 por ciento, fueron positivas. Esta es una de las razones por las que se presta enérgico

Cuadro 20—Operaciones entomológicas en los programas de erradicación de la malaria en las Américas, 1957

País u otra unidad política	Laboratorio organizado y en funcionamiento		Determinación de la línea-base de susceptibilidad de los vectores locales						Tipo de prueba usada en el laboratorio
	Número	Ubicación	Resultado	Especies	Resultado	Especies	Resultado	Especies	
Total	39	...	susceptible	pseudo-punctipennis	susceptible	...	...	...	Busvine-Nash
Argentina .....	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bolivia .....	...	...	susceptible	...	...	...	...	...	Busvine-Nash
Brasil a) .....	...	...	susceptible	cruzil	...	...	...	...	...
São Paulo	6	Varias	...	...	...	...	...	...	...
Colombia	1	Bogotá	...	...	...	...	...	...	...
Costa Rica	1	...	**	**	**	**	**	**	**
Cuba .....	**	**	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador	1	Guayaquil	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador	1	San Salvador	b)	albimanus	...	...	...	...	Busvine-Nash
Guatemala .....	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Haití .....	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras .....	...	...	...	...	...	...	...	...	...
México	15	c)	susceptible	pseudo-punctipennis	...	...	...	...	Fay
Nicaragua	1	Managua	...	...	...	...	...	...	...
Panamá	1	Panamá	...	albimanus	...	...	...	...	Busvine-Nash
Paraguay .....	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Perú	5	...	susceptible	pseudo-punctipennis	...	...	...	...	OMS
República Dominicana ..	1	Cdad. Trujillo	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela	1	Maracay	susceptible	albimanus	...	...	...	...	Busvine-Nash
Otras unidades políticas	...	...	susceptible	albimanus	...	...	...	...	...
Belice .....	...	...	susceptible	albimanus	...	...	...	...	...
Dominica .....	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Granada .....	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guadalupe	1	...	susceptible	albimanus	...	...	...	...	Busvine-Nash
Guayana Británica	1	Georgetown	...	...	...	...	...	...	...
Guayana Francesa	1	Cayenne	susceptible	albimanus	...	...	...	...	...
Jamaica	1	Kingston	...	aquasalis	...	...	...	...	Busvine-Nash
Santa Lucía .....	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Surinam .....	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Trinidad y Tabago	1	Pto. España	...	...	...	...	...	...	...
Zona del Canal de Panamá ..	...	...	susceptible	albimanus	...	...	...	...	...

a) Excluido el Estado de São Paulo.

b) Véase referencia en el texto.

c) * Uno en la ciudad de México y uno en cada una de las 14 zonas.

** No se dispone de datos.

*** No se ha recibido informe.

apoyo en todas las Américas al establecimiento de la colaboración voluntaria.

Cuatro países y dos otras unidades políticas proporcionaron información sobre casos notificados en áreas en las cuales hay transmisión de la malaria, pero en las que no ha empezado la cobertura total por rociamiento. En total hubo 36.982 casos confirmados, de los cuales 23.043 (62,3 por ciento) se descubrieron en visitas casa por casa.

La comparación de los casos notificados en 1957 con los de los años comprendidos en el V Informe no tendría ningún significado, debido al mejoramiento de la calidad y de la extensión de los sistemas de notificación que se están desarrollando en relación con los programas de erradicación de la malaria. Además, como se indica antes, el interés radica en obtener cero casos de malaria a base de un sistema adecuado de descubrimiento de casos y de notificación, y no en lograr la erradicación parcial de la transmisión y su comparación con cifras anteriores.

No se ha mencionado la mortalidad por malaria porque, según se indica en el V Informe, constituye tal vez la menos valiosa de todas las informaciones malariométricas. Su estudio se complica con el problema del grado de exactitud de los certificados y registros de defunción. Es importante, sin embargo, que aquellas personas que se ocupan de las operaciones de evaluación del programa de erradicación tengan oportunidad de investigar cada defunción atribuida a la malaria, con el fin de limitar esta notificación a aquellas defunciones cuya causa se confirma por el laboratorio. El *Resumen de los Informes Cuadriennales sobre las condiciones sanitarias en las Américas*, presentado a la XV Conferencia, incluye la información disponible referente a la mortalidad por malaria en el año 1956, y por consiguiente, en este informe no es preciso examinar con mayor detalle tales datos.

Operaciones entomológicas

En un programa de erradicación de la malaria, los estudios entomológicos constituyen una actividad auxiliar necesaria durante toda la campaña, aunque no con la profundidad de otros, en que el conocimiento de la historia natural de los anofelinos era requisito previo esencial. La identificación de las especies vectoras y el estudio de su distribución y de sus hábitos de ingestión incum-

ben directamente al servicio entomológico, así como la importante tarea adicional de estudiar las relaciones entre las especies vectoras y los insecticidas usados en el programa. Son parte de esta tarea la determinación de la susceptibilidad del vector al insecticida, antes de dar comienzo al rociamiento, y los estudios, a lo largo de todo el período de rociamiento, para descubrir cualquier cambio que pueda ocurrir en la susceptibilidad inicial.

En las Américas hay laboratorios entomológicos en los que se efectúan estudios relativos a los vectores. En el cuadro 20 se indican los laboratorios existentes y los resultados de las pruebas básicas de susceptibilidad que se han llevado a cabo.

Hay una explicación parcial al hecho de que esta información se haya obtenido sólo de seis países y cuatro otras unidades políticas. Las técnicas para determinar el grado de susceptibilidad han estado en discusión y revisión en estos últimos tiempos, hasta la adopción de la prueba de la OMS que empezó a emplearse en 1957 y que todavía debe perfeccionarse para permitir apreciar modificaciones de pequeño grado y distinguirlas de las variaciones de susceptibilidad que ocurren normalmente.

Es también muy reciente el interés puesto en la preparación de personal especializado y la habilitación de laboratorios de entomología, pues al comienzo de cada programa toda la atención estuvo concentrada en la correcta organización de las operaciones de rociamiento.

Hasta principios de 1958 no se había comprobado resistencia fisiológica a los insecticidas en ninguno de los anofeles vectores de las Américas, con la excepción de *A. quadrimaculatus* en una pequeña área de los Estados Unidos de América, donde afortunadamente la malaria había desaparecido años atrás. Una investigación para determinar la persistencia de la transmisión en algunas localidades de El Salvador, reveló en el vector local, *A. albimanus*, una alta resistencia fisiológica al dieldrín y moderada al DDT; todas estas localidades, con excepción de una, están situadas en la zona aldonera, donde desde hace varios años se vienen empleando grandes cantidades de insecticidas clorados para combatir las plagas agrícolas. Este episodio, hasta hoy pequeño y aislado, viene a confirmar las razones de urgencia que suscitaron la Resolución XLII de la XIV Con-

Cuadro 21—Empleo de drogas en los programas de erradicación de la malaria en las Américas, en 1957

Nombre de la droga y tipo básico	Países que usan la droga	Uso de la droga	Cantidad en Kg.	Número de personas
4-AMINOQUINOLINAS				
Camoquin	Belice	Terapéutico	10,40	...
	Brasil a)	Terapéutico	...	...
	Colombia	Terapéutico	21,40	53.465
	Costa Rica	Terapéutico	0,40	677
		Profiláctico	5,30	14.982
	Ecuador	Terapéutico	3,74	6.227
	El Salvador	Terapéutico	18,00 b)	...
	Paraguay	Terapéutico	1,80	3.056
	São Paulo	Terapéutico y Profiláctico	...	...
	Santa Lucía	Terapéutico y Profiláctico	...	...
	Trinidad y Tabago	Terapéutico	2,48	5.643
Cloroquina	Brasil a)	Terapéutico	...	1.200.000
	Colombia	Terapéutico	35,80	79.684
	Granada	Terapéutico	0,69	797
	Guatemala	Terapéutico	19,99	23.548
	México	Terapéutico	37,24	71.161
	Venezuela	Terapéutico	1.418,00	...
	Zona del Canal de Panamá	Terapéutico	...	...
Aralén (sinónimo de cloroquina) (inyectable)	Argentina	Profiláctico	0,76	635
	Belice	Terapéutico	...	...
	Costa Rica	Terapéutico	0,06	476
	El Salvador	Terapéutico	28,99	...
(inyectable)	El Salvador	Terapéutico	1,93	...
	São Paulo	Terapéutico y Profiláctico	...	...
Nivaquina (sinónimo de cloroquina)	Guayana Francesa	Terapéutico	...	250
		Profiláctico	...	...
	Panamá	Terapéutico	2,30	1.310
	Santa Lucía	Terapéutico y Profiláctico	...	...
	São Paulo	Terapéutico y Profiláctico	...	...
Resoquina (sinónimo de cloroquina)	Panamá	Terapéutico	3,78	2.646
8-AMINOQUINOLINAS				
Primaquina	Ecuador	Terapéutico	0,01	50
	El Salvador	Terapéutico	0,03	157
	Guatemala	Terapéutico	0,27	1.279
	México	Terapéutico	1,01	...
	Zona del Canal de Panamá	Terapéutico	...	...
(Neo) Quipenyl (sinónimo de primaquina)	Argentina	Terapéutico	0,06	205
	São Paulo	Profiláctico y Profiláctico	...	...
Rodoprequina	Guayana Francesa	Profiláctico	...	3.126
Pamaquina	Guatemala	Terapéutico	0,02	126
Plasmoquina (sinónimo de pamaquina)	Belice	Terapéutico	...	...
DIAMINOPIRIMIDINAS				
Pirimetamina	Granada	Terapéutico	0,13	797
	México	Terapéutico	2,52	37.468
	Trinidad y Tabago	Terapéutico	0,30	5.643
	Venezuela	Profiláctico	106,00	105.943
Daraprin (sinónimo de pirimetamina)	Guatemala	Profiláctico	0,03	250
	Santa Lucía	Profiláctico	...	...
BIGUANIDAS				
Paludrín	Santa Lucía	Terapéutico y Profiláctico	...	...
9-AMINOACRIDINAS				
Atebrina (sinónimo de mepacrín)	Santa Lucía	Terapéutico	...	...
Metoquina (sinónimo de mepacrín)	Argentina	Terapéutico	0,22	150
	Paraguay	Terapéutico	...	...
	Venezuela	Terapéutico	12,00	...
Quinacrina (sinónimo de mepacrina)	Guatemala	Terapéutico	0,79	282
ALCALOIDES DE CHINCHONA				
Quinina	Belice	Terapéutico	10,00	...

a) Excluido el Estado de São Paulo. b) Drogas distribuidas. ... No se dispone de datos.

ferencia Sanitaria Panamericana¹ y es una categórica y sombría advertencia para el futuro, si los programas no siguen desarrollándose en la forma y en los plazos establecidos.

Empleo de drogas

La erradicación de la malaria en las Américas depende primordialmente del empleo eficaz de los insecticidas de acción residual, que constituye la medida fundamental de los programas de erradicación. Sin embargo, no ha de pasarse por alto la importancia del empleo de las nuevas drogas antimaláricas, aplicadas adecuadamente, con fines terapéuticos lo mismo que con fines profilácticos. Las drogas pueden ser un valioso coadyuvante, al facilitar la recolección de muestras de sangre como actividad regular de la búsqueda de casos, y al reducir radicalmente el período infeccioso de los casos descubiertos. Pero hay, además, situaciones en las cuales un apropiado programa de administración de drogas puede completar o substituir los insecticidas de acción residual, cuando éstos últimos son inaplicables o ineficaces, como en los siguientes casos: 1) poblaciones nómadas o migratorias; 2) transmisión extradomiciliaria; 3) absorción de insecticidas por ciertas clases de barro o adobes; o 4) resistencia fisiológica o por comportamiento del vector a los insecticidas de acción residual.

La mayoría de los países y otras unidades políticas continuaron empleando drogas en 1957 como parte de sus actividades antimaláricas. Los procedimientos de empleo no se pueden comparar entre sí; sin embargo, en el cuadro 21 aparece la indicación de las distintas drogas usadas, las cantidades empleadas, los fines (profilácticos o terapéuticos) de su administración y el número de personas que recibieron drogas.

Para colaborar en este aspecto del programa, la Organización preparó un documento técnico (OSP/ME número 16, 12 noviembre 1957)² que establecía estándares para el empleo de drogas antimaláricas como procedimiento regular de los programas de erradicación, con el objetivo fundamental de estimular un mayor grado de colaboración por parte de la población en general y de facilitar la observación posterior de los casos positivos e impedir su persistencia más allá de la fecha de suspensión de las operaciones de rociamiento. La mayoría de los países y otras unidades

políticas han adoptado estos estándares en los programas de erradicación.

En diversas áreas del Brasil se continúa empleando el método Pinotti (administración de cloroquina agregada a la sal común), pero no se dan las cifras correspondientes al año de 1957 acerca de la población que se considera protegida mediante este método. En el plan de erradicación de la malaria se prevé el empleo de este método en toda la cuenca del Amazonas.

La pirimetamina se ha usado con fines profilácticos en Venezuela, Granada, Trinidad y Tabago.

La función de las organizaciones internacionales en la erradicación de la malaria en las Américas

RESUMEN HISTÓRICO

Las Américas tienen el privilegio de haber dado el impulso inicial a la erradicación de la malaria en el mundo. La primera declaración se hizo en 1950 en Ciudad Trujillo, durante la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana³; la segunda, cuatro años después, en 1954, durante la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana en Santiago de Chile⁴; ambas resoluciones se basaron en estudios sobre la situación de la lucha antimalárica en las Américas, auspiciados por la Oficina Sanitaria Panamericana⁵.

La resolución de Santiago de Chile fue el comienzo de una reacción en cadena en las organizaciones internacionales. Cinco meses después, en marzo de 1955, la Junta Ejecutiva del UNICEF resolvió revisar su política de apoyo a los programas antimaláricos y solicitó el asesoramiento del Comité Mixto OMS/UNICEF de Política Sanitaria, el cual, reunido en Nueva York en los primeros días de mayo del mismo año, recomendó que el UNICEF diera la más alta prioridad a los programas de erradicación, y enunció los requisitos fundamentales para que estos programas pudieran merecer la ayuda económica del UNICEF⁶. Pocos días después, la Octava Asamblea Mundial de la Salud (México, D.F., mayo de 1955) pidió que se llevara a efecto un programa cuyo objetivo

³Publicación de la OSP 256, 18.

⁴Documento Oficial de la OSPA 14, 674.

⁵Publicación de la OSP 261, Anexo B, "Situación de la lucha antimalárica en el Continente Americano, IV Informe", C. A. Alvarado; y *Publicación Científica de la OSP 26*, "Situación de la lucha antimalárica en las Américas, V Informe", C. A. Alvarado.

⁶Doc. E/UNICEF/297 (Mayo 1955).

¹Documento Oficial de la OSPA 14, 674.

²Documento mimeografiado.

final debería ser la erradicación de la malaria en todo el mundo¹.

En las Américas, los cuerpos directivos de la Organización Sanitaria Panamericana han ido fortaleciendo con nuevas recomendaciones las resoluciones anteriores; así, en la IX Reunión del Consejo Directivo (Antigua, Guatemala, septiembre de 1956) se determinó que la erradicación de la malaria tuviera la prioridad número uno entre los programas auspiciados por la Organización² y en la X Reunión (Washington, D.C., septiembre de 1957) se recomendaron los procedimientos para la notificación internacional de los casos de malaria³.

El interés despertado por la erradicación de la malaria ha rebasado ya el campo de los especialistas y de los elementos responsables de la salud pública. El Comité Interamericano de Representantes de los Presidentes de las Repúblicas Americanas, reunido en Washington, D.C. en mayo de 1957, hizo también una recomendación de primera prioridad para este programa y para su financiación.

Pero las declaraciones y recomendaciones por sí solas no hacen historia. El primer paso positivo fue la asignación por la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana (octubre de 1954) de un crédito de \$100.000 anuales para la intensificación de las actividades antimaláricas a cargo de la Oficina⁴, con lo que fue posible crear una unidad especializada para ocuparse del problema.

El segundo paso fue la decisión del UNICEF, adoptada en la reunión de su Junta Ejecutiva, en septiembre de 1955, de apoyar el programa de erradicación de la malaria en México y luego la mayoría de los programas de las Américas, para lo cual ha comprometido en principio la suma de \$19.000.000 para toda la duración del programa.

El tercer paso se dio en 1957, cuando varios Gobiernos de las Américas (Estados Unidos, República Dominicana y Venezuela) tomaron la decisión de contribuir generosamente al Fondo Especial de la OSPA para la Erradicación de la Malaria, dotando a la Oficina de los medios necesarios para atender adecuadamente todas las funciones de su incumbencia, como organismo de asesoramiento y coordinación.

Por último, los pasos más decisivos fueron dados por los Gobiernos de las Américas, que uno tras otro y superando dificultades de diversa índole tomaron parte en el programa, haciendo posible que a los cuatro años de adoptarse la resolución de Santiago de Chile, todo el Hemisferio Occidental esté ya prácticamente cubierto por programas de erradicación de la malaria, pero la decisión de los países de las Américas no se limitó a la organización de sus propios programas, sino que todos pusieron su mejor empeño en la integración del programa continental; con tal fin ofrecieron las más amplias facilidades para el adiestramiento del personal de otros países y del servicio internacional; para el desarrollo de experiencias sobre técnicas y métodos destinados a perfeccionar las operaciones, y finalmente presentaron y mostraron siempre con suma franqueza la verdad de sus realizaciones, dispuestos en todo momento a escuchar cualquier observación o sugerencia que pudiera mejorar la calidad de su programa.

ACTIVIDADES DE LA ORGANIZACIÓN

Cumpliendo con las Resoluciones XLII y XLIII de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, la Organización creó una unidad especializada, dedicada exclusivamente a promover y coordinar la labor continental; se estableció en México, D.F. en marzo de 1955. Una de las tareas principales de esta unidad fue la preparación de pautas técnicas para el desarrollo de las distintas operaciones de erradicación, que enunciadas en una serie de documentos conocidos con el nombre de "Documentos de OSP/COMEP", y revisadas y aprobadas por el Comité Asesor en Malaria de la Oficina Sanitaria Panamericana, constituyeron la columna vertebral del planeamiento y desarrollo de los programas.

Durante dos años, la tarea principal consistió en asistir a los países en la preparación de sus planes de operaciones y en organizar el adiestramiento del personal requerido por los programas. La preparación de los planes de operaciones produjo una serie de documentos, que contienen no sólo todos los antecedentes de la malaria en cada país, sino también los detalles más mínimos previsibles en cada una de las operaciones.

En noviembre de 1956, como consecuencia del anuncio de la primera aportación al Fondo Especial

¹Act. of. Org. mund. Salud 63, 31.

²Documento Oficial de la OSPA 18, 18.

³Documento Oficial de la OSPA 22, 22.

⁴Documento Oficial de la OSPA 14, 675.

de la OSPA para la Erradicación de la Malaria por parte del Gobierno de los Estados Unidos de América, se consideró que la unidad especial dedicada a malaria debía ser trasladada a Washington, pues la experiencia adquirida había indicado la necesidad de un contacto y una coordinación más estrechos con las oficinas centrales.

Un programa tan vasto, ambicioso y dinámico como el de erradicación de la malaria en el Hemisferio Occidental impuso a la organización internacional encargada de su promoción y coordinación esfuerzos muy grandes y variados.

Asesoramiento técnico

El asesoramiento tenía, pues, que organizarse con una estructura que respondiera a esta necesidad. En los países, un grupo de consultores internacionales, constituido generalmente por un médico malariólogo, jefe del grupo, un ingeniero especializado en operaciones de rociamiento, y uno o más inspectores sanitarios, se encarga de prestar la ayuda operativa cotidiana.

Las Oficinas de Zona se encargan de la asistencia en los aspectos políticos y administrativos y cuentan, además, con una unidad técnica constituida por un médico malariólogo de gran experiencia, un ingeniero sanitario, un entomólogo y, en algunos casos, un consultor en métodos administrativos y otro en estadística. Esta unidad técnica de zona supervisa la actividad de los consultores de programas y presta una asistencia técnica de nivel más alto.

La Oficina central de Washington está encargada de establecer las pautas técnicas, la supervisión técnica general, la coordinación al nivel continental, y de mantener relaciones técnicas con la sede en Ginebra (División de Erradicación de la Malaria), el UNICEF y la ICA.

Finalmente, el Director de la Oficina, es responsable de las mayores decisiones políticas y administrativas a nivel regional.

La asesoría técnica dada a los países emplea personal profesional perteneciente a nueve categorías: (1) médicos malariólogos, para la preparación de los planes, los aspectos técnicos generales y, especialmente, las operaciones epidemiológicas; (2) ingenieros sanitarios, para las operaciones de rociamiento y las actividades conexas: transporte y suministros; (3) entomólogos, para las operaciones afines, especialmente pruebas de susceptibilidad; (4) parasitólogos, para la organización de los laboratorios encargados de la verificación

parasitológica y sus técnicas; (5) estadígrafos, para todo lo relativo al sistema de información, especialmente notificación y registro de casos; (6) consultores en métodos administrativos, para la organización de las oficinas administrativas, centrales y periféricas, y para asesorar sobre los métodos administrativos más eficaces y expeditivos dentro de la legislación y normas vigentes en cada país; (7) técnicos en organización de transportes y conservación de vehículos, para todo lo relativo al funcionamiento adecuado del sistema de transportes; (8) educadores sanitarios, para los aspectos muy particulares de la educación e información sobre el programa de erradicación y por último, (9) inspectores sanitarios, encargados de cooperar en la organización periférica de las operaciones de rociamiento y de evaluación y de asesorar sobre las técnicas de supervisión de estas operaciones. Todo este personal se encarga además del adiestramiento local al nivel correspondiente y del desarrollo y aplicación de técnicas de supervisión y valoración del trabajo efectuado, sobre todo del que quedó sin hacer. A estas actividades permanentes deben agregarse las propias de consultores de corto plazo, en casos especiales, como el uso de drogas por el método Pinotti y la conservación del equipo de rociamiento.

La erradicación de la malaria, como puede verse, ha exigido la movilización de un grupo proteiforme de profesionales, entre los que deben destacarse, por su originalidad, los consultores de métodos administrativos, puesto cuya creación ha sido resultado de la experiencia de que los problemas más comunes en los programas de erradicación y que con más frecuencia comprometen el desenvolvimiento de las operaciones, son de carácter administrativo.

El personal internacional dedicado al programa de erradicación de la malaria en las Américas, el 31 de agosto de 1958, puede clasificarse en seis grupos: médicos, 32; ingenieros, 20; entomólogos, 4; inspectores sanitarios, 41; consultores en administración, 4; y otros, 4, que comprenden asesores en educación sanitaria, parasitología, transporte y estadística; o sea un total de 105, de los cuales 95 se encuentran en actividad y diez en adiestramiento. Un volumen de personal de esta magnitud ha hecho necesario prever un medio para reponer las bajas que ocurren por múltiples motivos; se ha creado para ello un núcleo especial, que es una fuerza de reserva que permite cubrir de inmediato

las vacantes que se vayan produciendo, sin esperar el cumplimiento de los largos trámites del proceso normal de contratación y adiestramiento.

Adiestramiento

Una de las funciones de mayor importancia de la Organización ha consistido en facilitar a los países los medios para adiestrar el personal necesario en los servicios nacionales, formar el elenco de asesores al cual se ha hecho referencia, y mantener un alto estándar de eficiencia operativa. Para ello, se crearon nuevos centros internacionales de adiestramiento, se organizaron cursos regulares y de emergencia, y se desarrollaron seminarios y grupos de trabajo.

El número de personal adiestrado ha sido considerable, pero sólo pueden darse datos sobre el personal técnico profesional adiestrado en los centros internacionales para los cuales la Organización ha concedido becas; desgraciadamente, se carece de información completa respecto al personal de otras categorías adiestrado a nivel local, datos que hubieran mostrado el considerable esfuerzo realizado por los distintos países para mejorar la preparación de su propio personal. Desde el 1 de enero de 1955 hasta el 31 de julio de 1958 se han concedido 141 becas para cursos regulares, estudios especiales y visitas de estudio y orientación.

El adiestramiento del personal para el servicio internacional merece especial mención, ya que representa un aspecto en cierto modo nuevo dentro de las actividades de la Organización.

El procedimiento habitual de contratación de consultores internacionales ha consistido en buscarlos entre los profesionales que han alcanzado un alto grado de reputación. Pero la rápida expansión del programa de erradicación de la malaria exigió, como se ha visto, un número considerable de personal especializado para reforzar los cuadros nacionales, y esto prácticamente anuló las posibilidades de obtener consultores por tal procedimiento. No quedaba otra alternativa que formarlos. Era una experiencia todavía inédita en el campo internacional, pero que las circunstancias imponían. Se estableció así el procedimiento de contratar profesionales (médicos e ingenieros) con un grado académico en salud pública ("Master" en salud pública o en ingeniería sanitaria) con excelentes referencias y por lo menos dos años de experiencia en trabajos de salud pública, y someterlos a un corto pero intenso

adiestramiento, consistente en: (a) un curso básico de doce semanas en malariología y técnicas de erradicación de la malaria en cualquiera de los cuatro centros a que se hace referencia más adelante; (b) cuatro semanas de trabajo como ayudante del director nacional de un programa de erradicación de la malaria, o de un jefe de zona, para adquirir experiencia ejecutiva y apreciar los problemas desde el punto de vista nacional; (c) un mínimo de cuatro semanas de trabajo como ayudante (consultor auxiliar) de un consultor principal, para apreciar los problemas desde el punto de vista internacional y adquirir experiencia sobre la forma de asesorar en su solución.

Se tropezó inicialmente con una justificada resistencia de los países a aceptar el asesoramiento de consultores internacionales formados de la manera expuesta. Pero vencidos los primeros recelos sobre la capacidad y habilidad de este personal, los países se mostraron satisfechos con sus servicios y actualmente puede asegurarse que la mayoría de los asesores de nueva formación han resultado tan hábiles como los mejores contratados por el procedimiento habitual, lo que ha demostrado: (a) las ventajas de una formación académica básica y de una experiencia de trabajo; (b) el valor de la nueva metodología de los cursos en técnicas de erradicación de la malaria, donde se presta atención equilibrada a los conocimientos técnicos teóricos, las materias administrativas y las prácticas de campo; (c) la alta conveniencia de haber aprendido a apreciar los problemas desde todos los puntos de vista. No es aventurado afirmar que esta experiencia podrá aplicarse con provecho en cualquier otro programa de rápido y extenso desarrollo como el de erradicación de la malaria.

Además de utilizar las facilidades dadas por la Escuela de Malariología de Maracay, Venezuela, que tantos malariólogos distinguidos ha formado en el pasado, fue necesario desarrollar programas cooperativos con las respectivas autoridades para el establecimiento de otros centros de adiestramiento en el Brasil (en la Facultad de Higiene y Medicina Preventiva de São Paulo), en Jamaica (con la colaboración de la ICA), y en México. Estos centros están sirviendo para el adiestramiento de profesionales no sólo de las Américas sino asimismo de otras partes del mundo, especialmente el de Jamaica, cuyos cursos se dan en idioma inglés. Hasta el 30 de junio de 1958 se ha-

bían dado en la Escuela de Maracay 15 cursos para profesionales (desde 1944); en México tres para profesionales, desde comienzos de 1957, y tres para inspectores sanitarios (jefe de sector). Los centros de Jamaica y São Paulo entraron en funciones a principios de 1958; se han dado un curso para profesionales y otro para sanitarios en Jamaica; y uno para profesionales y uno para entomólogos en São Paulo (este último como extensión del curso regular de entomología).

Además de los cursos regulares que se dictan en estos centros, se organizaron cursos de emergencia para profesionales; el primero en Guatemala, iniciado en octubre de 1957 en idioma inglés y con la cooperación de la ICA y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, al que concurrieron 30 alumnos de once naciones y cinco otras unidades políticas de América, Europa, Asia y Africa. El segundo, en Colombia, y el tercero, en francés, en Haití; estos dos últimos para profesionales de los programas de estos dos países y ambos en 1958. Los cursos de emergencia se ajustaron al mismo esquema didáctico de los cursos regulares.

Un importante aspecto del adiestramiento es el constituido por los seminarios y grupos de trabajo. De los primeros se llevaron a cabo dos, uno en Cali, Colombia, en julio de 1957, sobre técnicas de laboratorio aplicables a la erradicación de la malaria, y otro en Panamá (con la colaboración de la División de Saneamiento del Medio de la OMS) en junio de 1958, sobre la susceptibilidad de los anofelinos. También se colaboró en dos seminarios organizados por la ICA, en los que se eligió como tema principal la erradicación de la malaria; el primero de éstos, en mayo de 1957 en Lima, Perú, sobre educación sanitaria, y el segundo, sobre medios audiovisuales, en Belo Horizonte, Brasil, de marzo a junio de 1958.

Con la colaboración del UNICEF se organizaron tres grupos de trabajo sobre técnicas de organización de transportes y conservación de vehículos, el primero en Lima, Perú, en abril de 1958, para los países de América del Sur, el segundo a fines del mismo mes, en Tegucigalpa, Honduras, para los países de América Central, y el tercero en agosto de 1958, en Trinidad, en idioma inglés, para el área del Caribe.

Coordinación

Además de la labor de coordinación realizada por los propios cuerpos directivos de la Organi-

zación, y como parte de las actividades corrientes de la oficina del Director y de ME, la coordinación más efectiva en este campo se desarrolló a través de las reuniones de Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria, de las cuales se han realizado ya seis para los países de América Central, dos para los de América del Sur, y una para las unidades políticas de habla inglesa del área del Caribe. Los Directores de los SNEM asisten a estas reuniones acompañados de sus jefes de operaciones y exponen con franqueza sus realizaciones y problemas, que se discuten en un ambiente de franca y fecunda camaradería; esto ha ayudado a la unificación de las técnicas, los procedimientos operativos y la terminología, así como también, y principalmente, a desarrollar y mantener un sólido espíritu de cuerpo, que ha contribuido en gran medida a dar a los programas de erradicación de la malaria en las Américas un aspecto de conjunto armónico en el que cada programa nacional es como la pieza de un mosaico.

Las actas finales de las reuniones de Directores de los SNEM incluyen recomendaciones para la coordinación entre los países del área, pero además algunos países han realizado acuerdos bilaterales, como Venezuela y Colombia, Salvador y Honduras, con el fin de dar ciertas facilidades recíprocas de trabajo; así, por ejemplo, las brigadas de un país hacen el rociamiento de las zonas fronterizas del otro, que son más accesibles por el lado del primero de ellos.

Otra forma de coordinación de gran trascendencia ha sido la llevada a cabo con las otras organizaciones internacionales que cooperan en el programa—el UNICEF y la ICA—, colaboración que se ha mantenido empezando en la etapa de la preparación de los planes de operaciones; después, durante la ejecución del programa en que las tres organizaciones internacionales participan como miembros de la comisión o consejo coordinador y asesor; luego en la organización y desarrollo de los centros de adiestramiento, los seminarios y los grupos de trabajo y también a nivel de las oficinas centrales, integrando grupos de trabajo para formular recomendaciones sobre la forma de mejorar la asistencia técnica y económica. Se puede decir que esta coordinación ha llegado a un grado de tan alta eficiencia, que cabría afirmarse que las tres organizaciones, UNICEF, ICA y OSP, han integrado en las Américas una trinidad con un objetivo común: la

erradicación de la malaria en el Hemisferio Occidental.

Suministros

La Organización ha tomado a su cargo el suministro de algunos materiales necesarios para los programas de erradicación, que no se producen en los respectivos países y otras unidades políticas y que no proporcionan el UNICEF o la ICA, o sea, drogas, equipos de protección para rociadores y algunos elementos de laboratorio.

Las drogas se proporcionan con el exclusivo propósito de facilitar las operaciones epidemiológicas de evaluación y vigilancia. En el Documento OSP/ME No. 16¹ se establece un cuidadoso plan de operaciones para el uso de estas drogas que ha sido adoptado por la mayoría de los países e incorporado al respectivo plan de operaciones.

El equipo de protección para rociadores ha sido motivo de estudio por técnicos especializados y se ha proporcionado en cantidades suficientes para proteger a los rociadores que trabajan con diel-drín. Sólo la experiencia de campo permitirá, sin embargo, decir la última palabra sobre la eficiencia de estos equipos, a los que se presta una atención especial para su continuo perfeccionamiento.

Las operaciones epidemiológicas requieren cantidades considerables de material de laboratorio. El UNICEF ha proporcionado los microscopios, y la Organización los colorantes, láminas y otros accesorios que los Gobiernos no pueden adquirir por sí mismos en las cantidades necesarias. Se ha procurado asegurar así que la búsqueda y comprobación de los casos de malaria no decaiga en ningún momento por falta de este material.

Ayuda directa

La ICA ha suplido en muchos casos los costos locales, cuando la situación económica no permitía a los países sobrellevar por sí solos el esfuerzo financiero que exige un programa de erradicación de la malaria. En un caso se solicitó que la Organización participara en los costos locales y que al mismo tiempo tomara a su cargo una responsabilidad más activa en la ejecución de las operaciones.

¹Documento mimeografiado.

COLABORACIÓN DE OTRAS ORGANIZACIONES

En muchas partes de este informe se ha expuesto la forma de la colaboración de varios organismos, nacionales e internacionales. Es de justicia rendir, especialmente, un merecido tributo de reconocimiento al UNICEF y a la Administración de Cooperación Internacional del Gobierno de los Estados Unidos de América, por su contribución a una obra que no hubiera podido realizarse sin tan decidido y generoso apoyo. Se espera que el UNICEF asigne una suma de hasta \$20.000.000 para la asistencia a los programas de las Américas, invertidos fundamentalmente en insecticidas, vehículos y sus accesorios, y equipo de laboratorio. La ICA ha hecho posible el desarrollo de los programas donde el UNICEF no estaba en condiciones de colaborar, o ha suplido la colaboración de éste en varios países. Pero es principalmente su generosa y substancial aportación al Fondo Especial de la OSPA para la Erradicación de la Malaria la que ha permitido la considerable ampliación de las actividades de la Organización en adiestramiento, asesoramiento técnico, coordinación y ayuda económica.

Al finalizar este informe es oportuno traer al recuerdo las últimas palabras del IV Informe presentado hace ocho años a la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana reunida en Ciudad Trujillo, que al resumir las posibilidades de erradicación de la malaria en el Hemisferio Occidental, terminaba así: "Las Américas tienen la respuesta". El presente informe contiene en su exposición de hechos la respuesta de las Américas, donde la erradicación no es ya una posibilidad, sino una realización en marcha. Pero sería prematuro y peligroso declararse totalmente satisfechos. Un programa de erradicación sólo tiene dos alternativas finales: éxito o fracaso. Y si la decisión de emprender la erradicación ha sido vigorosa y unánime y puede ser un motivo de legítimo orgullo para los países de las Américas, hay que tener presente que sólo se está al comienzo del camino y que precisa mantener el esfuerzo hasta el final, sin declinaciones ni desmayos.

ESTADO DE LA ERRADICACION DEL AÉDES AEGYPTI EN LAS AMERICAS¹

Una de las mayores preocupaciones de la Oficina Sanitaria Panamericana ha sido dar cumplimiento, de la manera más rápida y eficaz, a la resolución adoptada por el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana en su I Reunión (Buenos Aires, 1947),² en la que se le encomendó la coordinación de la campaña contra el *Aedes aegypti*, en escala continental. Transcurridos poco más de diez años y dada la naturaleza de la campaña y las dificultades que surgieron, el aspecto de la situación puede considerarse alentador. A continuación se presenta, por orden alfabético de países y otras áreas, un resumen del estado de la campaña de erradicación de *A. aegypti* en las Américas, según los últimos informes disponibles de 1958 o de fecha anterior.

Países

Argentina. Se han inspeccionado 2.051 localidades, en 141 de las cuales se encontró *A. aegypti*. Entre estas últimas se ha comprobado la eliminación del mosquito en 106 de las 110 localidades examinadas después del tratamiento. Los resultados obtenidos confirman que la infestación en las zonas tropicales y subtropicales de la Argentina es baja, aunque extendida, lo que indica que los ferrocarriles desempeñaron el principal papel en esa difusión. En la zona templada, donde está situada la ciudad de Buenos Aires, si bien se efectuaron pocas investigaciones, se encontraron dos lugares infestados alejados del centro de la ciudad, lo que revela la fuerza de penetración del mosquito. La campaña, que sólo se ha venido intensificando desde 1955, promete resultados más palpables en los próximos años.

Bolivia. Desde 1948 se considera erradicado del país el *A. aegypti*, de acuerdo con las normas establecidas por la campaña.

Brasil. Según las últimas investigaciones realizadas, las extensas áreas de las regiones del este y del nordeste en que recientemente quedaba todavía *A. aegypti*, dieron ya resultado negativo. En el resto del país no se encuentra este mosquito desde hace varios años. La verificación final

para declarar la erradicación se lleva a cabo actualmente con la cooperación del personal técnico de la OSP en las zonas anteriormente más infestadas, y hasta la fecha de preparación de este informe sigue siendo de resultado negativo.

Colombia. La campaña en este país está tocando a su fin. Toda la zona del Caribe y la del valle del río Magdalena se consideran libres de *A. aegypti*. Actualmente se están inspeccionando un sector del alto Cauca, una región del oriente muy poco habitada y parte del litoral del Pacífico, y se espera que su infestación sea bastante reducida, de suerte que la campaña puede quedar terminada a fines del presente año.

Costa Rica. Desde 1952, la campaña se encuentra en su fase final. Falta únicamente la verificación definitiva con la cooperación del personal técnico de la OSP, que se ha de iniciar en septiembre de 1958.

Cuba. La campaña destinada a abarcar todo el país, que se inició en marzo de 1954, no pudo proseguirse como se había previsto, a causa de la insuficiencia de personal. Todo el personal disponible se concentró en La Habana, en espera de que en breve se pueda extender la campaña a toda la isla, que constituye actualmente el reducto más fuerte de *A. aegypti* en las Américas.

Chile. Todas las 44 localidades anteriormente infestadas resultaron negativas en las inspecciones efectuadas de 1954 a 1955. En mayo de 1958 al efectuarse una revisión con la colaboración del personal de la OSP, se encontró una localidad positiva en la zona donde la eliminación de *A. aegypti* fue más difícil.

Ecuador. Se considera que este país está libre de *A. aegypti* desde 1953, época en que se descubrió el último foco. La verificación final, que se lleva a cabo con la cooperación del personal técnico de la OSP, corrobora esta afirmación.

El Salvador. La capital del país fue el único lugar que dio resultado positivo en la verificación efectuada en 1956. Continúan negativas las 190 localidades que anteriormente estuvieron infestadas. Se han encontrado negativas las zonas que aún no habían sido investigadas, y se procede a la verificación, con la colaboración del personal

¹Documento CSP15/8.

²Publicación de la OSP 246, 3.

técnico de la OSP, de las localidades en las que existen posibilidades de encontrar *A. aegypti*, con el fin de que la campaña pueda terminar hacia mediados de 1959.

Estados Unidos. Las informaciones más recientes revelan que de las 15 ciudades del sur del país cuyos índices fueron de 1 a 21 por ciento durante la pasada guerra mundial, 10 eran todavía positivas en 1952. En ese mismo año, de 32 ciudades inspeccionadas, 21 mostraron índices que oscilaban entre 0,5 y 50,0 por ciento. Las encuestas efectuadas en San Antonio, Texas, durante julio de 1956 y en 1957, acusaron índices de 4,5 y 13,0 por ciento respectivamente. De las 38 ciudades inspeccionadas en 1957, en los estados de Florida, Carolina del Sur, Georgia, Alabama, Misisipí, Luisiana, Texas, Carolina del Norte, Tennessee, Arkansas, Oklahoma, Virginia, Kentucky, Misuri y Kansas, 17 resultaron positivas con índices de 1 a 52 por ciento. El Gobierno de los Estados Unidos vivamente interesado por resolver el problema, ha instalado en Pensacola, Florida, un proyecto piloto que permitirá establecer un plan de operaciones para todas las regiones de los Estados Unidos donde haya posibilidad de que exista *A. aegypti*.

Guatemala. Todas las localidades anteriormente infestadas han resultado negativas en varias inspecciones de verificación, suficientes para declarar la erradicación una vez que terminen las operaciones complementarias de captura de mosquitos en las zonas urbanas y de búsqueda de focos en las áreas rurales. Se espera que Guatemala sea uno de los países que en breve serán declarados libres de *A. aegypti*.

Haití. La situación de la campaña en este país no es satisfactoria. De las 2.377 localidades inspeccionadas, 603 resultaron positivas. Entre estas últimas ya se han obtenido resultados negativos en 408 de las 435 localidades examinadas después del tratamiento. La campaña está reorganizándose.

Honduras. Se reanudó la campaña interrumpida en 1955, año en que ya se habían convertido en negativas todas las 53 localidades anteriormente infestadas. La campaña está extendiéndose a las zonas todavía no investigadas, para luego proceder a una verificación final en las zonas urbanas, con la colaboración del personal técnico de

la OSP, a fin de poder declarar la erradicación del *A. aegypti* hacia mediados del próximo año.

México. Al interrumpirse por segunda vez la campaña en agosto de 1955 quedaban, entre 482 localidades inicialmente positivas, 223 en que no se había comprobado o logrado aún la negatividad. Se espera que las operaciones de rociamiento de la campaña antimalárica, iniciadas en 1956, reduzcan considerablemente la infestación de las zonas rurales y que el problema quede concentrado en las grandes ciudades situadas en la península de Yucatán y en el litoral marítimo.

Nicaragua. La verificación final efectuada con la cooperación del personal técnico de la OSP, y terminada en 1957, confirmó la erradicación del *A. aegypti* en las 18 localidades anteriormente infestadas en este país.

Panamá. También en Panamá quedó confirmada la erradicación del *A. aegypti* en la verificación final efectuada con la colaboración del personal técnico de la OSP en junio de 1957. Falta, sin embargo, investigar una zona de 13.295 km².

Paraguay. En 1955 se confirmó en este país la erradicación del *A. aegypti* mediante verificación final realizada con ayuda del personal técnico de la OSP.

Perú. Se consideran libres de *A. aegypti* las 191 localidades anteriormente infestadas. Actualmente se procede a la verificación final, con la cooperación del personal técnico de la OSP, y se espera que los resultados sean totalmente negativos.

República Dominicana. Desde 1952 se vienen llevando a cabo actividades contra el *A. aegypti*, bajo la misma dirección que la campaña antimalárica. Los resultados no han sido favorables porque las actividades llevadas a cabo en las zonas urbanas se hicieron de manera irregular y el *A. aegypti* ofreció además cierta resistencia al DDT. Se tomaron medidas para dar una nueva orientación a la campaña y substituir el DDT por otro insecticida de acción residual.

Uruguay. Una vez más dió resultado negativo la verificación de Montevideo, efectuada con la colaboración del personal técnico de la OSP. Fue la última prueba para considerar a este país libre de *A. aegypti*, pues en las 132 localidades del interior, anteriormente infestadas, ya se había erradicado este mosquito desde 1955.

Venezuela. La campaña de urgencia que se

llevó a cabo en Caracas y otras ciudades del país, como protección contra el brote de fiebre amarilla de 1954, parece haber dado buenos resultados, aunque continúan siendo positivas algunas ciudades importantes, inclusive la capital. En ciertas áreas, el *A. aegypti* presenta resistencia al DDT; por consiguiente, urge que se sustituya por otro insecticida de acción residual. El Gobierno ha asignado una partida presupuestal importante para el año fiscal 1958-59, con lo cual será posible iniciar una campaña destinada a eliminar definitivamente este mosquito de Venezuela.

Otras áreas

Antigua y Barbuda. Continúan infestadas 13 de las 49 localidades encontradas positivas al iniciarse la campaña.

Bahamas. Las actividades desarrolladas contra *A. aegypti* se limitan a la isla de New Providence, donde sólo 3 de las 11 localidades originalmente positivas siguen infestadas. Queda por conocer la situación en el resto de las 20 islas habitadas del archipiélago.

Barbada. De las 95 localidades inicialmente infestadas, 13 siguen siendo positivas.

Belice. La verificación final efectuada con la cooperación del personal de la OSP a fines de 1956, confirmó la ausencia de *A. aegypti*.

Bermuda. Después de repetidas aplicaciones de DDT, esta isla se considera libre de *A. aegypti*.

Dominica. De las 66 localidades originalmente infestadas, 16 continuaban positivas en octubre de 1956, que es el último mes informado.

Granada y Granadinas. Todas las 13 localidades anteriormente infestadas, excepto las islas de Bequia y Carriacou, son ahora negativas.

Guadalupe y Dependencias. En Guadalupe se encontraron 21 localidades infestadas, de las cuales 12 siguen siendo positivas. Las islas Deseada y María Galante no han sido todavía investigadas. En las islas de San Bartolomé, Las Santas y San Martín (parte norte), se ha encontrado *A. aegypti*, pero no se ha iniciado aún ningún programa de erradicación.

Guayana Británica. Eliminada la reinfestación de Georgetown, parece que la situación de las demás localidades antes infestadas continúa sien-

do negativa. Se espera que pronto pueda procederse a la verificación final.

Guayana Francesa. Se considera libre de *A. aegypti*, ya que continúan siendo negativas todas las 55 localidades originalmente infestadas.

Jamaica. Se han inspeccionado 63 localidades, habiéndose encontrado *A. aegypti* en 42. De estas últimas, solamente 10 se han convertido en negativas, lo que demuestra que la campaña de Jamaica no se lleva a cabo satisfactoriamente.

Martinica. En esta isla se encontraron 34 localidades positivas, de las cuales 27 continuaban todavía infestadas a fines de marzo de 1958.

Montserrat. De 33 localidades inspeccionadas después del tratamiento, 9 continuaban positivas a fines de junio de 1958.

Puerto Rico. En junio de 1958, de las 248 localidades inicialmente infestadas, 114 continuaban siendo positivas, inclusive San Juan.

San Cristóbal-Nieves-Anguila. De las 33 localidades inicialmente infestadas, 21 siguen aún positivas.

Islas Vírgenes (Estados Unidos). Según las autoridades sanitarias locales, el *A. aegypti* ha sido erradicado de la isla de Santa Cruz. Las otras (Santo Tomás y San Juan) continúan infestadas.

Islas Vírgenes Británicas. Estas islas (Anegada, Virgen Gorda, Tórtola y Jost Van Dyke) continúan infestadas.

Santa Lucía. De las 50 localidades infestadas, 46 se encuentran negativas.

San Vicente. En este año, todas las 8 localidades anteriormente infestadas se encontraron libres de *A. aegypti*.

Antillas Neerlandesas. En Aruba, después de una aplicación de dieldrín, siguen siendo negativas todas las 9 localidades anteriormente infestadas. En Bonaire se está procediendo a la aplicación perifocal de DDT para eliminar el *A. aegypti* en las 6 localidades de la isla. En Curaçao, después de la aplicación de dieldrín en las viviendas en 1955, sólo quedan 4 zonas positivas de las 155 originalmente infestadas. Saba, San Eustaquio y San Martín (parte sur) se consideran infestadas.

Surinam. Se considera infestado y se espera poner en práctica un plan de erradicación.

Trinidad y Tabago. La campaña de Trinidad mejoró después de que fue reorganizada substituyéndose el DDT por BHC en ciclos cortos. En 45 de las 121 localidades anteriormente infestadas está presente aún el *A. aegypti*. La situación en Tabago ha mejorado, según se revela por el último índice de 1958 que fue inferior a 0,2%.

Zona del Canal. Se encontró libre de *A. aegypti*.

A juzgar por el resumen presentado y como indican el mapa y el cuadro anexos, la situación de la campaña contra *A. aegypti* en las Américas es satisfactoria. En América del Sur se ha comprobado que Bolivia, Brasil, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay, Guayana Británica y Guayana Francesa, se encuentran ya en condiciones para ser declarados libres de *A. aegypti*. Lo mismo ocurre en América Central con la parte investigada de Panamá, y con Guatemala, Nicaragua, Belice y la Zona del Canal, y en el Area del Caribe con Aruba, Granada y San Vicente, exclusive las Granadinas.

El criterio para aceptar la erradicación establecido en el *Manual de normas técnicas y administrativas de la campaña de erradicación del Aedes aegypti* ha sido rigurosamente cumplido. Además de las tres verificaciones negativas consecutivas para las zonas urbanas, y dos verificaciones negativas consecutivas para las rurales, se procedió a la captura de mosquitos en la tercera parte de las casas de las primeras, y a la búsqueda de focos en todas las casas de las segundas, al llevarse a cabo la verificación final, que se realizó con la cooperación del personal técnico de la OSP.

Dada su naturaleza, la lucha contra el *A. aegypti* en las Américas ha sido ardua tarea, principalmente por el hecho de que, no existiendo un peligro inminente de fiebre amarilla en algunos países, se notó cierta indiferencia para realizar un esfuerzo común, decisivo para el éxito de la campaña de erradicación. En muchos países, la fiebre amarilla constituye todavía un grave problema que ocasiona preocupación y exige esfuerzos y dinero; en algunos, el problema no es tan evidente; y en otros se ha convertido casi en una reminiscencia de otros tiempos, cuando la enfermedad hacía impetuosas incursiones en las ciudades portuarias.

Desde el punto de vista epidemiológico el problema continuará afectando a todas las Américas

mientras exista el vector urbano, porque aunque ya se encuentren libres de él muchas zonas, la reinfestación es muy fácil, como ocurrió recientemente en Cúcuta, Colombia, cerca de la frontera con Venezuela. Las regiones selváticas de la América del Sur no podrán ser bloqueadas para circunscribir el virus, dada la gran extensión de las mismas y el papel que desempeñan los insectos, los monos y tal vez otros animales en la propagación del virus, aunque se admita la posibilidad de inmunizar a todas las personas que entran en contacto con las selvas infestadas. A pesar de que la vacuna actual es muy eficaz y de efecto duradero, puede fallar en algunos individuos, y habría que mantener de manera permanente la inoculación para proteger a los nuevos individuos que entraran en contacto con la selva, tarea prácticamente irrealizable. Ocurre lo contrario con el vector urbano, que puede y debe ser eliminado de todo el Hemisferio.

Por el mapa y cuadro que se acompañan, se puede apreciar la proporción en que se ha reducido el problema después de la lucha que se viene librando contra el *A. aegypti*. Si se representa como 100 puntos la solución del problema en todas las Américas, se puede considerar que ya se han ganado por lo menos 80 puntos.

Bolivia, Brasil, Costa Rica, Chile, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay, Aruba, Belice, Bermudas, Granada, Guayana Británica, Guayana Francesa y San Vicente, ya están libres, o prácticamente libres, del mosquito. Gran parte de este resultado se debe a las actividades que llevaron a cabo anteriormente Bolivia, Brasil, Colombia y Perú, hasta 1940, bajo los auspicios de la Fundación Rockefeller. A partir de 1948, incumbió a la Oficina Sanitaria Panamericana extender esta colaboración a casi todos los demás países y establecer una técnica coordinada de lucha basada en el empleo sistemático de DDT. Ampliando y perfeccionando la campaña, la OSP preconiza una estrategia de ataque que empieza por sus reductos más fuertes y forma como dos enormes tenazas que, teniendo como bases el sur y el centro, han de cerrarse en el norte del Continente. Se puede decir que queda por hacer esta última operación, es decir, cerrar las tenazas en los extremos representados por el Area del Caribe y el Golfo de México, hasta donde tiene posibilidades de existir el mencionado mosquito.

Las críticas y observaciones que se puedan hacer a la campaña que se viene llevando a cabo son una prueba del rigor con que se aplican principios que la orientan. Desde el punto de vista técnico, el mayor obstáculo que hasta ahora se ha presentado procede de haberse dado demasiado crédito al DDT, pero todavía hay tiempo de remediar la situación. La moderada resistencia que se ha observado no puede servir de pretexto para abandonar el empleo de ese insecticida, que todavía resulta eficaz en todas las demás regiones donde se utiliza como es debido. Además, existen otros insecticidas que pueden ser utilizados en caso de urgencia, tales como el BHC y el dieldrín; se están experimentando otros y, sin duda, se descubrirán aún otros más eficaces. Lo más importante en la lucha contra el *A. aegypti* es la buena organización y supervisión de las actividades. El insecticida tiene un valor relativo, como lo demuestran los resultados obtenidos con el empleo del petróleo en el Brasil.

No cabe duda de que el mayor obstáculo que hay que vencer está en el área del Caribe, a causa de su situación geográfica y las dificultades para coordinar los esfuerzos. Las islas que existen en esa área, en unos casos esparcidas y en otros agrupadas en archipiélagos, están infestadas en su mayoría y ofrecen unas condiciones muy propicias a la reproducción y difusión de *A. aegypti*, porque la falta de agua obliga a guardarla en depósitos y transportarla de un lugar a otro. Las Grandes Antillas se enfrentan con el problema de la extensión territorial, especialmente Cuba, con cerca de 100.000 km² de terreno casi llano, habitado por más de 5 millones de personas, y donde existen todas las facilidades para la propagación del mosquito.

A causa de las dificultades que presenta, el problema del Área del Caribe no ha sido todavía debidamente atendido. Los gobiernos no prestaron mayor atención a las recomendaciones de la OSP hasta después de producirse el brote de fiebre amarilla en Trinidad en 1954. La aplicación de DDT de manera irregular dio lugar a la resistencia que el *A. aegypti* viene ofreciendo a este insecticida en Trinidad, Puerto Rico y la República Dominicana. Para hacer frente a esta situación, se está consumiendo mucho más tiempo y dinero del que se requiere para una campaña normal. No cabe duda de que la campaña del Área del Caribe constituye, desde el punto de vista técnico, el as-

pecto más difícil con que actualmente se enfrenta la campaña contra el *A. aegypti*.

Ante el desarrollo de la campaña por la Argentina y la posibilidad de que los Estados Unidos inicien la suya, resulta evidente la necesidad de buscar métodos que resulten más rápidos y económicos. Estos dos países poseen grandes extensiones de terreno en las que el *A. aegypti* puede subsistir todo el año y propagarse a zonas menos propicias durante el verano. Una campaña de erradicación requiere que estas zonas sean tratadas y observadas durante el tiempo necesario para garantizar la eliminación de *A. aegypti*, pues lo importante no es la cantidad sino la simple presencia del mosquito. Por esta razón, en estos dos países se deben seguir las normas generales adoptadas en otros, ajustándolas a la orientación impuesta por la biología del mosquito. Así, pues, se deberían aprovechar los meses de verano para la captura de mosquitos y los de invierno para la aplicación del insecticida en los lugares que resulten positivos. De esta manera, el personal de la campaña, que no puede improvisarse, se mantendría en actividad durante todo el año.

El aspecto más apremiante de la situación de la campaña contra el *A. aegypti* es la necesidad de acelerar su ritmo en aquellos países que, por falta de apoyo financiero o por fallas de carácter técnico, han demorado la terminación de las actividades. En algunos países existen, realmente, dificultades para obtener los recursos necesarios; en otros, sin embargo, es cuestión de buena voluntad y disposición para resolver con mayor rapidez el problema. Con un personal reducido y mal retribuido no será posible llevar a cabo una campaña cuyo plan prevé la eliminación del mosquito en un período de 2 a 4 años, cuando en la mayoría de los casos no podrá obtenerse este resultado ni en un tiempo doble.

La OSP viene realizando el mayor esfuerzo posible para atender, dentro de sus limitaciones presupuestarias, todos los programas en que participa, proveyendo consultores internacionales, vehículos y otro material que no es fácil obtener en el país interesado, como por ejemplo, insecticidas, linternas, pilas eléctricas, bombas de rociamiento, etc. Sería conveniente que, en ciertos casos, la OSP pudiese colaborar también en el aumento y mejor retribución del personal local y que dispusiese de fondos necesarios para hacer

frente a ciertas dificultades que vienen entorpeciendo la campaña. Desafortunadamente, no existen asignaciones de fondos para atender a estos gastos.

En estas circunstancias, es necesario que durante los cuatro próximos años se pueda contar con una aportación especial a fin de poder hacer frente a todos los problemas de la campaña contra el *A. aegypti* y realizar un gran esfuerzo para lograr la erradicación dentro del mismo período. Los gastos previstos a este respecto en el presupuesto para 1958 suman cerca de \$250.000, cantidad insuficiente para atender el costo de la inten-

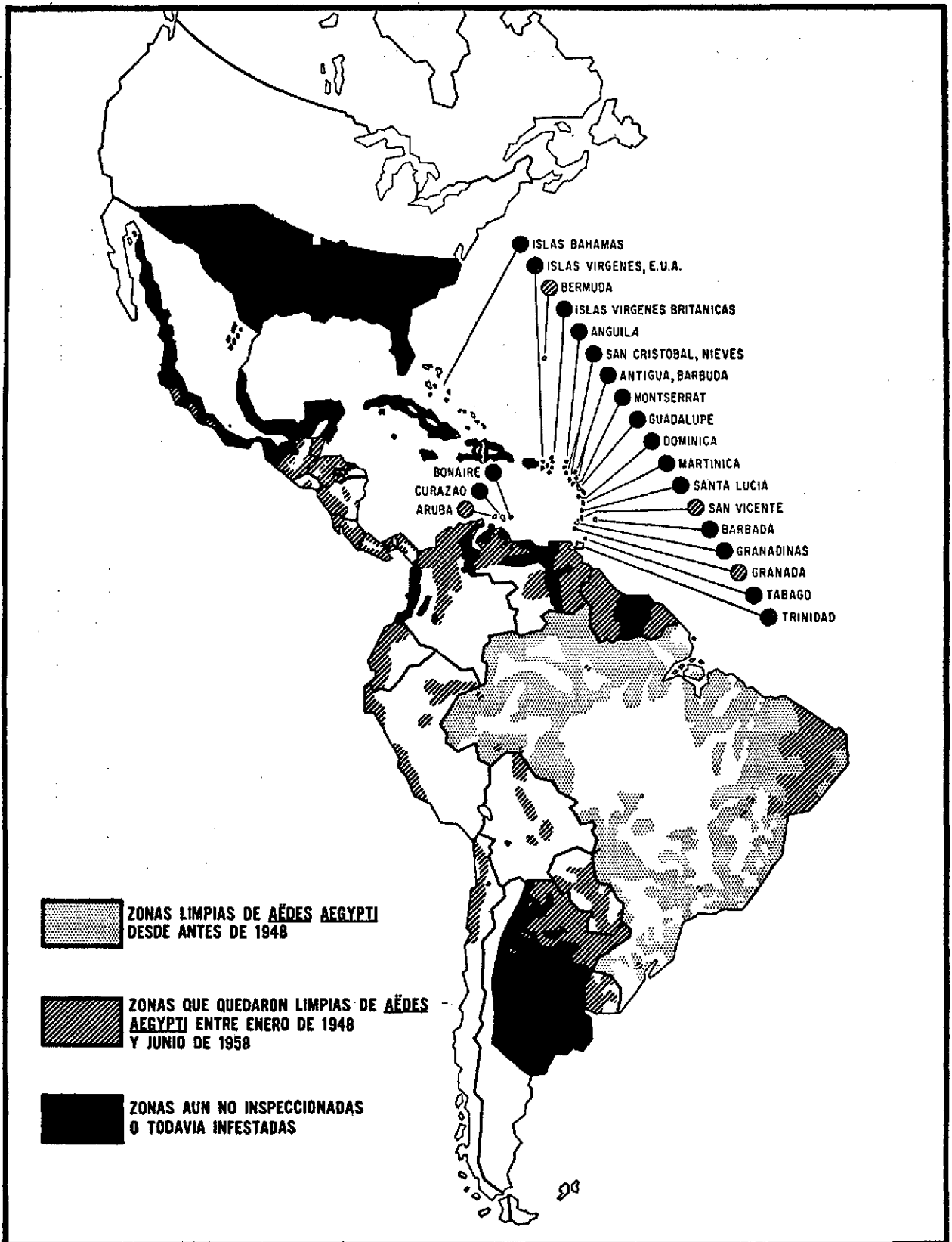
sificación de la campaña. Se requieren unos \$500.000, o sea el doble de aquella cifra, pero se irían reduciendo a medida que se resolvieran los problemas en los países en que las actividades no se han desarrollado todavía en forma adecuada.

Es evidente que si aumentara la contribución de la OSP, se obtendrían más facilidades por parte de los países, lo cual permitiría un gran progreso de la campaña contra el *A. aegypti* e incluso habría muchas probabilidades de poder declarar, en ocasión de la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana, la completa extinción de aquella especie en todas las Américas.

Resumen de la campaña de erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas desde su iniciación hasta junio de 1958 o último mes informado*

País	Mes del último informe	Area (Km. ²)			Número	Localidades inspeccionadas				
		Total del país	Inicial presumiblemente infestada			Total	Inicialmente positivas			Por verificar
			Total	Inspec-tionada			Tra-tadas	Verificadas Total	Aun posi-tivas	
Argentina	IV.58	2.808.492	1.500.000	380.130	2.051	141	110	110	4	31
Bolivia	XII.58	1.098.581	100.000	100.000	232	65	65	65	0	
Brasil	III.57	8.516.037	5.358.822	5.358.822	270.588	36.119	36.119	36.119	0	
Colombia	VI.58	1.138.355	280.000	241.000	3.307	353	352	342	16	11
Costa Rica	VI.58	51.011	20.000	20.000	1.238	104	104	104	0	
Cuba	VI.58	114.524	100.000	341	26	26	26	24	18	2
Chile	V.58	741.767	50.000	50.000	81	44	44	44	1	
Ecuador	VI.58	275.000	69.454	69.454	2.824	337	337	337	0	
El Salvador	VI.58	34.126	18.675	18.675	989	190	190	190	0	
Guatemala	VI.58	108.889	36.443	36.443	2.485	138	138	138	0	
Haití	VI.58	27.750	25.000	6.800	2.377	603	602	435	27	168
Honduras	VI.58	112.088	64.929	54.029	639	53	53	53	0	
México	VII.55	1.969.367	1.000.000	100.000	924	482	482	418	159	64
Nicaragua	III.58	148.000	65.263	65.263	3.126	18	18	18	0	
Panamá	VI.58	73.475	56.246	42.951	2.845	41	41	41	0	
Paraguay	IV.57	406.752	200.000	200.000	1.561	98	98	98	0	
Perú	XII.56	1.311.030	714.000	638.000	4.320	191	191	191	0	
República Dominicana	V.58	48.734	42.020	33.780	1.328	332	332	259	30	73
Uruguay	III.58	187.000	187.000	187.000	1.020	133	133	133	0	
Venezuela	XII.57	912.050	600.000	510.000	3.125	368	335	288	31	80
Antigua y Barbuda	VI.58	441	230	230	49	49	49	49	13	
Antillas Neerlandesas										
Aruba	VI.58	181	181	181	9	9	9	9	0	
Bonaire	I.58	285	285	285	6	6	6	6	6	
Curazao	VI.58	450	450	450	155	155	155	155	8	
Bahamas	VI.58	11.396	11.396	150	13	11	11	11	3	
Barbada	VI.58	431	171	171	95	95	95	95	13	
Belice	I.58	22.965	22.965	22.965	84	2	2	2	0	
Dominica	X.58	789	789	710	136	66	66	66	16	
Granada	VI.58	311	311	311	8	8	8	8	0	
Granadinas	VI.58	78	55	55	7	5	5	5	2	
Guadalupe	IV.58	1.780	1.620	29	32	21	19	15	12	6
Guayana Británica	V.58	214.962	4.662	4.662	93	93	93	93	0	
Guayana Francesa	III.58	91.000	91.000	91.000	222	55	55	55	0	
Jamaica	IV.58	11.424	11.424	8.835	63	42	42	23	13	19
Martinica	III.58	1.813	1.813	1.813	34	34	34	34	27	
Montserrat	VI.58	85	85	85	33	18	18	18	9	
Puerto Rico	VI.58	8.896	8.896	5.496	481	248	248	248	114	
San Cristóbal-										
Nieves-Anguila	V.58	396	396	396	62	33	33	33	21	
Santa Lucía	VI.58	603	259	259	50	50	50	50	4	
San Vicente	VI.58	345	332	332	8	8	8	8	0	
Trinidad y Tabago	V.58	5.228	3.108	3.108	123	121	121	121	45	

* La campaña se interrumpió en México desde agosto de 1955. El *Aedes aegypti* ya ha sido declarado erradicado en Belice, Bermuda, Bolivia, Guayana Francesa, Santa Cruz (Islas Virgenes de E.U.A.) y Zona del Canal. En Estados Unidos, la campaña se halla en etapa inicial. Existe *A. aegypti*, pero no se han iniciado campañas, en algunas islas del Caribe y Surinam.

SITUACION DEL AËDES AEGYPTI EN EL HEMISFERIO OCCIDENTAL AL 30 DE JUNIO DE 1958

Anexo 3

ESTADO DE LA ERRADICACION DE LA VIRUELA EN LAS AMERICAS¹

La 34a Reunión del Comité Ejecutivo (Washington, D.C., mayo de 1958) decidió que en el programa de temas de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana se incluyera uno sobre el estado de la erradicación de la viruela en las Américas.

Por otra parte, la 11a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Resolución WHA11.54 sobre la erradicación de la viruela,² que el Director General de la OMS desea someter a la atención de todos los Comités Regionales. Como se indica en el párrafo primero de la parte dispositiva de dicha resolución, se pide al Director General que realice un estudio, para presentarlo a la 23a Reunión del Consejo Ejecutivo, a cuyo efecto necesita información adicional que sólo pueden proporcionar los Estados Miembros. El Director General confía en que todos los Comités Regionales le presten su colaboración para recopilar cuanto antes la información que interesa, con el fin de que el documento que presentará al Consejo Ejecutivo sea fiel reflejo de la realidad y tenga la mayor utilidad posible.

Las citadas resoluciones confirman la importancia que los cuerpos directivos de la OMS y la OSPA conceden al problema de la viruela. Al presentar la siguiente información, el Director confía en que pueda servir de base para la discusión de este tema por la Conferencia.

Extensión del problema

La viruela constituye todavía un importante problema de salud pública en las Américas. Aunque en algunos países esta enfermedad se ha erradicado ya o se ha reducido a un nivel insignificante, en otros sigue siendo motivo de grave preocupación, debido a su incidencia bastante elevada, según indican los informes recibidos por la Organización. De acuerdo con los datos de que se dispone, en 14 países y otras 4 áreas se notificaron, en el período decenal 1948-1957, unos 129.000 casos de viruela, con por lo menos 18.000 defunciones. En el mismo período, 8 países (Canadá, Costa Rica, El Salvador, Haití, Honduras, Nica-

ragua, Panamá y República Dominicana) y otras 17 áreas (Alaska, Bahamas, Barbada, Belice, Bermudas, Guadalupe, Guayana Francesa, Hawaii, Islas de Barlovento, Islas Malvinas, Islas de Sotavento, Islas Vírgenes (E.U.A.), Jamaica, Puerto Rico, San Pedro y Miquelón, Surinam y Zona del Canal de Panamá), no notificaron caso alguno.

El cuadro I muestra la distribución geográfica, por años, de los casos de viruela notificados en el período 1948-1957.

Este cuadro indica que algunos países, como México, Perú y Venezuela, que tenían una alta incidencia de viruela, han erradicado esta enfermedad o la han reducido a un nivel sin importancia. En otros, como Colombia, la incidencia va disminuyendo a consecuencia de la campaña de erradicación emprendida, en tanto que Bolivia, Brasil y Ecuador constituyen focos importantes de la enfermedad. Como se observará, la mayoría de los países y otras áreas de Centro América y el Caribe no han notificado casos de viruela en la última década. Sin embargo, dado que en muchas de esas áreas el número de vacunaciones efectuadas es relativamente reducido, una gran mayoría de la población es susceptible a la enfermedad.

Estado del programa de erradicación en las Américas

La XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (Ciudad Trujillo, 1950), reconociendo la importancia del problema, recomendó el desarrollo de un programa de erradicación de la viruela en escala continental, por medio de campañas sistemáticas de vacunación y revacunación que se deberían llevar a cabo bajo los auspicios de la Organización y de acuerdo con los países interesados.

En 1952, la VI Reunión del Consejo Directivo (La Habana) autorizó la inversión de \$75.000 en la coordinación de un programa continental de erradicación, y en 1954, la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana (Santiago, Chile) aprobó, con el mismo fin, una suma suplementaria de \$144.089.

¹Documento CSP15/17.

²Act. of. Org. mund. Salud 87, 41.

Colaboración con los Gobiernos para la producción de vacuna antivariólica

Se consideró que, como primera fase de este programa, era de suma importancia estimular la producción de una vacuna de alta calidad, capaz de resistir los efectos de las difíciles condiciones locales existentes en extensas áreas del Hemisferio, en las que los medios de transporte y refrigeración son escasos. Con tal fin se proporcionó a varios laboratorios nacionales el equipo necesario para producir vacuna antivariólica desecada, así como los servicios de consultores especializados en esta materia. Además, se ha distribuido información técnica sobre el tema, se han concedido becas para el adiestramiento de personal en los métodos modernos de producción de vacuna y se han facilitado los servicios de un laboratorio acreditado para efectuar pruebas de la pureza y actividad de las vacunas producidas por los laboratorios nacionales. Esta colaboración se ha prestado a Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, México, Perú, Uruguay y Venezuela.

El cuadro II indica la cantidad de vacuna antivariólica, glicerizada y desecada, producida en determinados países de las Américas en los años 1956 y 1957, según los datos recibidos por la Organización.

En vista de que las técnicas de producción empleadas en diversos laboratorios diferían en varios aspectos y de que las pruebas de control realizadas por un acreditado laboratorio de referencia indicaban considerable variedad en la calidad de la vacuna producida, se estimó conveniente organizar un seminario de profesionales dedicados a la producción y control de la vacuna. Este seminario tuvo lugar en Lima, en agosto de 1956, y a él asistieron 19 participantes y observadores procedentes de diez países (Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, México, Perú, Uruguay y Venezuela), así como varios consultores internacionales. El objetivo fundamental del seminario consistió en intercambiar ideas y experiencias y discutir las diferentes técnicas de producción de vacuna, en especial de la vacuna antivariólica desecada. Se estudiaron asi-

Cuadro I—Casos de viruela notificados en las Américas, 1948-1957

Area	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
Argentina	166	1.609	4.788	1.404	982	336	256	55	86	335
Bolivia	831	805	594	728	432	429	624	372	481	1.310
Brasil a)	1.288	670	706	1.190	1.668	923	1.035	2.580	2.385	842 b)
Colombia	7.356	3.040	4.818	3.844	3.235	5.526	7.203	3.404	2.572	2.107
Cuba	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Chile	5	4	2.744	47	15	9	—	—	—	—
Ecuador	3.892	664	251	174	665	708	2.516	1.831	669	913
Estados Unidos	57	49	39	11	21	4	9 c)	2 c)	—	—
Guatemala	6	4	10	3	1	1	—	—	—	—
México	1.541	1.060	762	27	—	—	—	—	—	—
Paraguay	1.702	179	304	282	797	770	207	57	132	95
Perú	7.105	6.305	3.612	1.218	1.360	172	115	—	—	—
Uruguay	—	9	3	—	16	7	1	45	42	2
Venezuela	6.358	3.951	2.181	280	109	72	13	2	4 d)	—
Guayana Británica ...	—	—	—	11	—	—	—	—	—	—
Martinica	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Antillas Neerlandesas	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—
Trinidad y Tabago ...	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—

— No hubo casos

a) Datos correspondientes al Distrito Federal y a las capitales de los Estados, con excepción de Salvador, 1953 y 1954, y Niterói, 1955.

b) Información incompleta.

c) Estos casos no reúnen los requisitos propios del criterio generalmente aceptado para un diagnóstico de viruela.

d) Diagnóstico clínico sin evidencia epidemiológica.

mismo la estandarización de las técnicas de control de la vacuna, los métodos de laboratorio para el diagnóstico de la viruela y los resultados obtenidos en las campañas de vacunación con el empleo de diferentes tipos de vacuna. Como consecuencia directa del seminario, varios laboratorios han mejorado sus técnicas de producción y las pruebas de control han alcanzado mayor uniformidad. En el *Boletín* de la OSP y en una publicación especial¹ se han reproducido varios documentos técni-

cos presentados en dicho seminario y de indudable utilidad para todos los trabajadores de salud pública.

Colaboración con los Gobiernos en las campañas de vacunación

A medida que disponen de cantidades suficientes de vacuna de buena calidad, los países dedican esfuerzos crecientes a la erradicación de la viruela mediante activas campañas de vacunación. La Organización ha colaborado con diversos Gobiernos en la preparación y ejecución de estas

¹Publicación Científica de la OSP 29 (marzo de 1957).

Cuadro II—Producción de vacuna antivariólica en veinte países de las Américas, en 1956 y 1957
(Número de dosis)

País	1956		1957	
	Vacuna glicerinada	Vacuna desecada	Vacuna glicerinada	Vacuna desecada
Argentina	8.342.500	... a)	20.000.000	110.000
Bolivia .....	...	...	...	...
Brasil	12.000.000 b)	...	12.000.000	...
Colombia	4.436.125	170.000	6.688.300	550.600
Costa Rica	—	—	—	—
Cuba .....	...	...	190.000	...
Chile	1.332.512	998.750	2.500.000	500.000
Ecuador	335	1.093.325	...	942.425
El Salvador	20.234	—	221.500	—
Guatemala	200.700	—	...	...
Haití	—	—	—	—
Honduras .....	...	...	312 c)	...
México	12.068.630	31.000	9.482.820	9.500
Nicaragua	304.800	...	1.113 d)	...
Panamá	—	—	—	—
Paraguay	—	—	—	—
Perú .....	...	...	865.365	2.101.200
República Dominicana	—	—	—	—
Uruguay	2.621.050	271.500	1.500.000	110.000
Venezuela	3.849.500	100.000	...	...

a) En fase experimental
b) Estimación
c) Centímetros cúbicos

d) Granos
... No se dispone de datos
— No hubo producción

campañas, ya sea facilitando los servicios de consultores especializados, becas para el adiestramiento de personal nacional, o bien, pequeñas cantidades de equipo. En 1956 se preparó y distribuyó una *Guía para programas de vacunación antivariólica*.

El cuadro III muestra el número de vacunaciones antivariólicas efectuadas en diversos países de las Américas, de 1954 a 1957.

A continuación se presenta un resumen del estado de las actividades de vacunación en los distintos países, con indicación de las dificultades que han impedido a algunos de ellos completar la campaña con la celeridad deseada.

En *Argentina* se proyecta extender a todo el país la campaña de vacunación, y en algunas de las provincias septentrionales se han iniciado ya las actividades de vacunación colectiva. La vacuna glicerinada que se produce actualmente en el país es de buena calidad y suficiente en cantidad para cubrir las necesidades nacionales. La producción de vacuna antivariólica desecada es todavía reducida.

En *Bolivia* se ha ultimado la preparación de la campaña nacional, para iniciarla este año, utilizando vacuna importada hasta que el centro nacional de producción pueda satisfacer las necesidades. En 1957 ocurrieron varios brotes de viruela

Cuadro III—Número de vacunaciones primarias y de revacunaciones registradas en veinte países de las Américas, 1954-1957

País	1954	1955	1956	1957
Argentina .....	...	...	117.862	...
Bolivia	226.036	505.443	270.948	...
Brasil .....	...	...	816.908 a)	...
Colombia	1.645.633	1.473.105	2.710.579	2.725.936
Costa Rica .....	...	...	13.046	...
Cuba .....	...	...	14.627	...
Chile	498.234	605.704	783.188	...
Ecuador .....	...	512.207	289.024	247.504
El Salvador .....	...	...	31.359	...
Guatemala .....	...	...	137.236	...
Haití .....	...	...	4.185	116.732
Honduras .....	...	...	...	...
México	1.221.200	1.243.690	4.693.174	...
Nicaragua .....	...	...	13.675	...
Panamá .....	...	...	...	...
Paraguay	232.246	175.694	221.811	668.139
Perú	460.684	831.238	873.879	751.396
República Dominicana .....	...	...	5.359	...
Uruguay .....	...	...	196.996	...
Venezuela	1.257.609	1.269.345	1.132.812	773.855 b)

... No se dispone de datos

a) Vacunación efectuada únicamente con vacuna distribuida por el Ministerio de Salud

b) Enero-julio

en Cochabamba y en el Departamento de La Paz; para combatirlos se efectuaron campañas de emergencia con vacuna desecada obtenida de Chile y Perú. Hasta marzo de 1958 habían sido vacunadas aproximadamente 1.100.000 personas. En este programa colabora activamente la Administración de Cooperación Internacional de los Estados Unidos.

En *Brasil* se van a establecer dos laboratorios para la producción de vacuna antivariólica desecada, y se han firmado ya acuerdos para la ejecución de campañas de erradicación en los Estados de Rio Grande do Sul y Pernambuco.

En *Chile*, la campaña de erradicación, que en gran parte ha estado a cargo de los servicios locales de salud pública, ha cubierto ya el país entero. Se han intensificado las actividades destinadas a mantener el nivel de protección de la población, especialmente en las zonas rurales, en las que la vacunación antivariólica se aplica conjuntamente con la inmunización con BCG. Se están adoptando también medidas para aumentar la producción nacional de vacuna antivariólica desecada.

En *Colombia*, la campaña nacional se inició en octubre de 1955 con el propósito de vacunar al 80 por ciento de la población, o sea, para efectuar un total de 9.600.000 vacunaciones en un período de cinco años. Hasta junio de 1958 habían sido vacunadas 3.428.181 personas. Con la producción creciente de vacuna desecada en el Instituto Samper Martínez y la solución de ciertas dificultades administrativas que han demorado la campaña, se espera que en el período de cinco años se logrará el objetivo establecido.

En *Cuba* se produce vacuna glicerinada de buena calidad. El Gobierno ha aportado 500.000 dosis de esta vacuna al programa regional y ha anunciado otra aportación de dos millones de dosis a la Organización Mundial de la Salud. En la actualidad no se produce vacuna antivariólica desecada.

En *Ecuador* se han terminado los planes para la campaña nacional de vacunación, que se espera que esté en ejecución cuando este documento se distribuya. Las actividades antivariólicas se reorganizaron después de los brotes ocurridos en 1957, entre ellos uno en Quito, que alcanzaron un total de 913 casos. El laboratorio nacional produce va-

cuna desecada en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades de la campaña proyectada.

En *Haití*, el Gobierno ha aprovechado la fase de vigilancia de la campaña de erradicación de la frambesia para efectuar una campaña de vacunación antivariólica, que comenzó en 1957 en las principales ciudades del país. Se han administrado 116.732 vacunaciones. La vacuna necesaria es suministrada gratuitamente por Cuba, México y Venezuela, así como por la Organización que ha facilitado 300.000 dosis adquiridas en el Perú.

En *México* se emprendió en 1950 una campaña muy activa de erradicación que cubrió todo el territorio nacional, con resultados muy satisfactorios. Desde 1951 no se ha notificado ningún caso de viruela. Se mantienen los niveles debidos de inmunidad mediante la vacunación regular efectuada por los servicios locales de salud pública. La producción de vacuna antivariólica desecada, que se encuentra en su fase inicial, se intensificará en 1958.

En *Paraguay*, la campaña de vacunación colectiva, que comenzó en 1957, ha alcanzado a casi 320.000 personas hasta mayo de 1958. Se emplea vacuna importada.

En *Perú*, la campaña de vacunación se inició en 1950 y ha alcanzado a 6.931.183 personas, o sea, el 78,7 por ciento de la población del país. El éxito de esta bien organizada campaña queda demostrado por el hecho de que no se haya notificado ni un caso de viruela desde diciembre de 1954. Desde la terminación de la campaña colectiva, los servicios locales de salud pública se encargan de la vacunación. La vacuna desecada producida por el Instituto Nacional de Higiene ha sido de buena calidad.

En *Uruguay* se organizó una campaña de vacunación en la zona fronteriza con el Brasil. Se están elaborando planes para ampliar estas actividades en 1958, a fin de cubrir todo el país. También se proyecta instalar unidades de producción de vacuna desecada.

En *Venezuela* se ha completado con éxito la campaña en todo el territorio nacional. Con el fin de consolidar los resultados se proyecta, entre otras medidas, aumentar la producción de vacuna desecada, así como la integración de la vacunación antivariólica como actividad regular de los servicios locales de salud pública.

Conclusiones

La campaña de erradicación de la viruela en las Américas avanza más lentamente de lo que se había previsto. A pesar de los excelentes resultados obtenidos por los diversos países que han completado la erradicación o reducido la incidencia de la viruela a un nivel sin importancia, la enfermedad constituye todavía un importante problema de salud pública en las Américas. Para lograr su erradicación en todo el Hemisferio se requiere el esfuerzo concertado de los países interesados, tanto para la protección de sus propios habitantes como para la seguridad de aquellos países que han adoptado ya las medidas necesarias para erradicar la enfermedad. Se sabe que en muchos países, esta demora ha obedecido a dificultades de carácter administrativo y financiero. Entre los principales problemas administrativos figuran la adquisición, a su debido tiempo, de suministros y equipo y la contratación en número suficiente de personal disciplinado y debidamente remunerado. También es preciso vencer los obstáculos derivados de los medios inadecuados de transporte y de los deficientes sistemas de pago de los gastos de viaje al personal de campo.

Los gastos que es preciso efectuar para completar la campaña continental de erradicación de la viruela resultan relativamente pequeños en com-

paración con el enorme costo de las campañas de erradicación de otras enfermedades importantes. Cabe esperar que los Gobiernos estarán en condiciones de asegurar las asignaciones necesarias, en sus presupuestos nacionales, para proseguir las actividades de erradicación. Teniendo en cuenta la alta prioridad concedida a este programa por los cuerpos directivos, en los presupuestos de la Organización para los ejercicios próximos se pondrán fondos suficientes para prestar firme apoyo a las campañas emprendidas en los distintos países.

Desde hace muchos años se dispone de un arma eficaz contra esta enfermedad. Las campañas sistemáticas, debidamente organizadas, de administración de vacuna antivariólica a la población, bastan para asegurar la protección completa contra la enfermedad. Con estas medidas se puede y se debe lograr la erradicación de la viruela en las Américas.

Por lo tanto, es preciso insistir sobre la necesidad de que los países realicen los esfuerzos indispensables para vencer todas las dificultades administrativas y financieras que hayan podido demorar las actividades antivariólicas y para dar al programa de erradicación de la viruela la importancia y la prioridad que merece desde el punto de vista tanto de la salud nacional como de la internacional.

Anexo 4

DISCUSIONES TECNICAS SOBRE EL TEMA "LA PREVENCIÓN DE LOS ACCIDENTES DE LA INFANCIA"

A. Reglamento relativo a las Discusiones Técnicas durante las Reuniones de la Conferencia Sanitaria Panamericana y el Consejo Directivo¹

CAPÍTULO I

Objeto de las Discusiones Técnicas

Art. 1. La Conferencia Sanitaria Panamericana (llamada en adelante "la Conferencia") y el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana (llamado en adelante "el Consejo") se reunirán en sesión especial de Discusiones Técnicas para el estudio de asuntos de interés regional relacionados con las actividades propias de la Organización Sanitaria Panamericana y de las ad-

ministraciones nacionales de salud pública, y que puedan producir resultados inmediatos y prácticos.

CAPÍTULO II

Carácter de las Discusiones Técnicas y participación en ellas

Art. 2. Las Discusiones Técnicas formarán parte de las actividades de la Conferencia y del Consejo.

¹Documento CSP15/26, Rev. 1.

Art. 3. Podrán participar en las Discusiones Técnicas los delegados, suplentes o asesores, de las delegaciones acreditadas ante la Conferencia o el Consejo en que aquéllas se celebren.

Art. 4. Los representantes de organizaciones internacionales, intergubernamentales y no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la Organización Mundial de la Salud o con la Organización Sanitaria Panamericana podrán participar en las Discusiones Técnicas.

Art. 5. Las opiniones expuestas en las Discusiones Técnicas tienen carácter personal.

Art. 6. La documentación relativa a las Discusiones Técnicas se publicará por la Oficina Sanitaria Panamericana por separado de la documentación de la Conferencia o del Consejo.

CAPÍTULO III

Selección de temas de las Discusiones Técnicas

Art. 7. La selección del tema o temas de las Discusiones Técnicas se efectuará, cada año, en la correspondiente reunión de la Conferencia o del Consejo, para la próxima reunión de cualquiera de estos cuerpos directivos. Los Gobiernos Miembros y el Director de la Oficina podrán proponer temas antes de dichas reuniones o en el curso de las mismas. Tanto la Conferencia como el Consejo podrán delegar en el Comité Ejecutivo la selección de los temas.

Art. 8. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana comunicará en el plazo más breve posible a los Gobiernos Miembros, Territorios y Organizaciones con derecho a representación el tema o temas elegidos para las Discusiones Técnicas.

CAPÍTULO IV

Designación de expertos y deberes de los mismos

Art. 9. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana designará los expertos que sean necesarios para cada tema objeto de las Discusiones Técnicas y les encargará que preparen la correspondiente exposición preliminar.

Art. 10. La Oficina Sanitaria Panamericana pondrá a disposición de los expertos designados los antecedentes que considere útiles para la preparación de las exposiciones que respectivamente hayan de redactar.

Art. 11. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana transmitirá con la mayor antelación posible a los Gobiernos Miembros, Territo-

rios y Organizaciones con derecho a representación una copia de la exposición preliminar preparada por cada experto.

Art. 12. La Oficina Sanitaria Panamericana no será responsable de las opiniones y juicios que figuren en las exposiciones preliminares.

CAPÍTULO V

Constitución de las Discusiones Técnicas

Art. 13. La Conferencia o el Consejo decidirá, al examinar el programa de sesiones, la fecha en que han de tener lugar las Discusiones Técnicas. De preferencia, se elegirá un día que corresponda aproximadamente a la mitad de la reunión de la Conferencia o el Consejo.

Art. 14. Las Discusiones Técnicas se celebrarán en sesión especial y durante el tiempo en que se realicen no tendrá lugar ninguna otra actividad de la Conferencia o el Consejo.

Art. 15. Se elegirá un director de debates y un relator para cada tema. El director de debates ocupará la presidencia y organizará los trabajos de las Discusiones Técnicas en forma que facilite la discusión activa de los temas.

Art. 16. El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana designará un secretario técnico para que colabore con el relator y el director de debates de cada tema.

CAPÍTULO VI

De los debates e informes

Art. 17. Las Discusiones Técnicas se iniciarán mediante una declaración del experto o expertos en la que resumirán brevemente la exposición preliminar preparada para las mismas.

Art. 18. La Conferencia o el Consejo podrá establecer grupos de trabajo para el examen de los temas de las Discusiones Técnicas. En este caso, cada grupo de trabajo elegirá un director de debates y un relator, que serán asistidos en sus funciones por un secretario técnico designado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Art. 19. No se levantará acta de las sesiones. El relator preparará un informe en el que se resumirán las opiniones expuestas en el curso de las Discusiones Técnicas y se harán constar las conclusiones, si las hubiere.

Art. 20. El director de debates transmitirá a la Conferencia o al Consejo el informe de las Discusiones Técnicas, el cual será presentado en la correspondiente sesión plenaria.

Art. 21. La Conferencia o el Consejo podrá adoptar acuerdos sobre el tema tratado en las Discusiones Técnicas, siguiendo la misma tramitación que para los otros acuerdos de la reunión.

Art. 22. El Director de la Oficina dará la mayor difusión posible, por medio del Boletín y otras publicaciones especiales de la OSP, a los informes y otros documentos adicionales.

B. Exposición preliminar¹

Por James L. Goddard, M.D., M.P.H. Jefe, Programa de Prevención de Accidentes, Servicio de Salud Pública Secretaría de Sanidad, Educación y Bienestar de los Estados Unidos de América

I. INTRODUCCIÓN

La preocupación de las administraciones sanitarias nacionales de las Américas por el problema de los accidentes de la infancia refleja el alcance y variedad de las culturas del Hemisferio Occidental. La magnitud relativa y la naturaleza específica varían constantemente al atravesar los límites nacionales o regionales de esta parte del mundo. Aun dentro de las propias fronteras de las naciones, las dimensiones y características del problema presentan notables diversidades.

Junto con esta creciente preocupación por el problema creado por los accidentes, se observa una plena convicción de la necesidad de mantener un equilibrio adecuado entre la tarea de buscar soluciones a los problemas tradicionales—que siguen planteados en muchos países—de la salud del niño, tales como las enfermedades contagiosas, y el desarrollo de nuevos conocimientos y aptitudes que contribuyan a reducir las defunciones, las lesiones y la invalidez causadas por los accidentes de la infancia.

Apenas es necesario justificar la mayor atención que se presta a la prevención de accidentes, puesto que éstos constituyen ya la causa principal de defunción en el grupo de edad de 5-14 años en 13 países de este hemisferio, y de continuar la tendencia de los dos últimos decenios, los accidentes constituirán dentro de veinte años la causa principal de defunción para todos los grupos de edad de 1 a 15 años en muchas naciones de las Américas.

Los accidentes mortales en estos grupos de edad causan incalculables pérdidas de recursos humanos, y aun los accidentes no mortales originan pérdidas humanas mayores que las enfermedades contagiosas no mortales. Por lo general, el resta-

blecimiento es completo en este último caso (con notables excepciones, tales como la poliomielitis). La invalidez prolongada, y muchas veces permanente, que puede muy bien resultar de un accidente no mortal de la infancia (pérdida de algún miembro, de la vista, etc.) constituye un perjuicio económico duradero para el individuo, la familia, la colectividad y la nación. A esta importante consideración hay que añadir el factor económico que representa la hospitalización de las víctimas de accidentes, más prolongada y generalmente más costosa (por ser más especializada) que la que necesitan los pacientes de enfermedades contagiosas.

Admitida, pues, la urgente conveniencia (que en realidad constituye una necesidad de orden económico) de organizar un ataque en gran escala de los problemas de los accidentes de la infancia, se plantea la cuestión de cómo deba procederse.

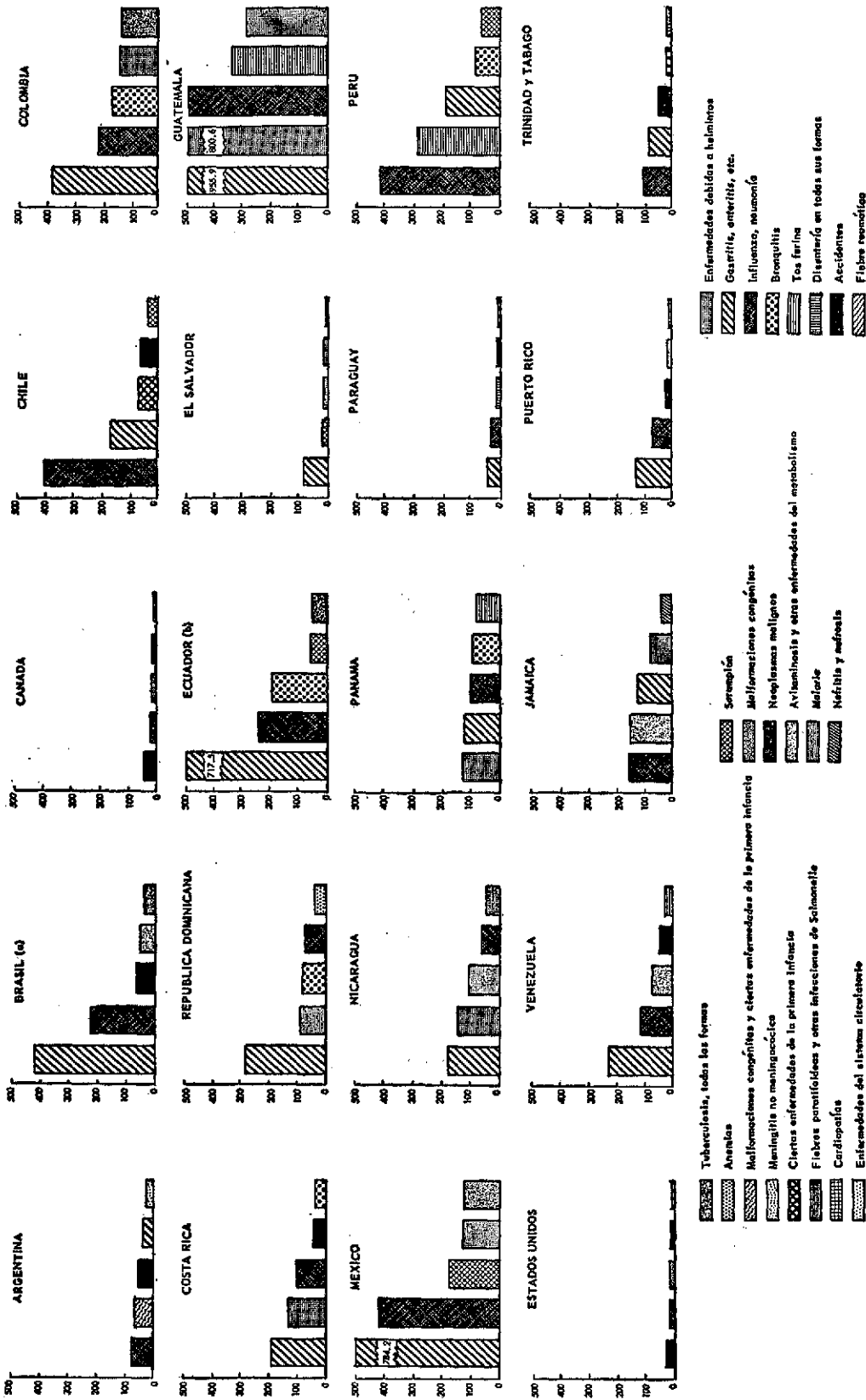
No se puede iniciar ninguna actividad sanitaria en gran escala sin contar con la recopilación eficaz de datos adecuados. Los planes concretos que a este respecto se elaboren, deberán basarse en los resultados de encuestas especiales, estudios, análisis y otros procedimientos afines.

Afortunadamente, los mismos métodos que en el pasado contribuyeron a la solución de problemas sanitarios, pueden adaptarse a estas nuevas actividades. El método epidemiológico es un instrumento de incalculable valor que ya está a nuestra disposición, y para que sirva nuestras necesidades basta simplemente con aplicarlo al problema de los accidentes.

Una vez que las técnicas establecidas de descubrimiento de hechos y de descubrimiento de casos hayan definido el problema de la prevención de

¹Documento CSP15/4.

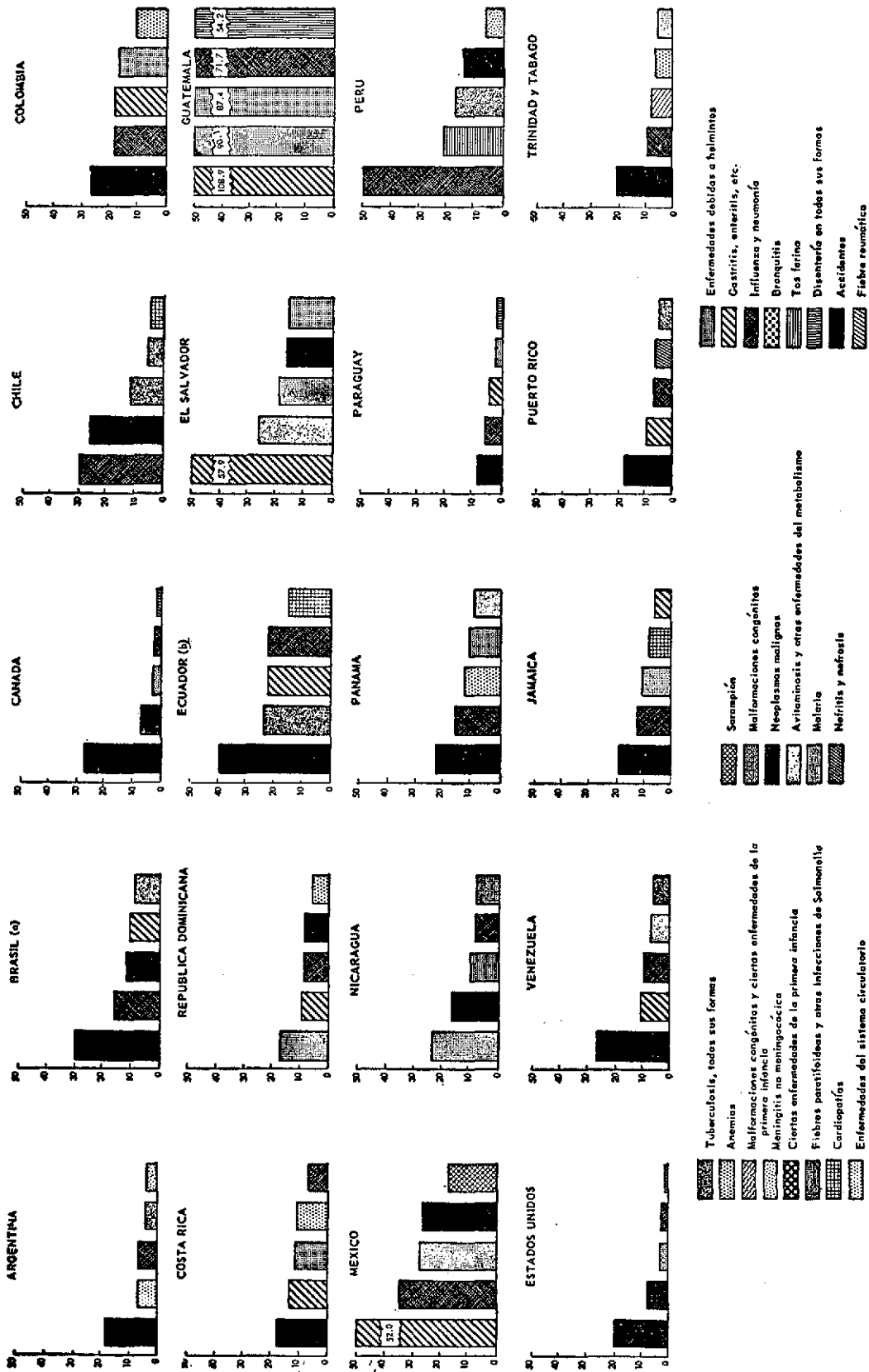
Gráfico 1. CAUSAS PRINCIPALES DE DEFUNCIÓN ENTRE LOS NIÑOS DEL GRUPO DE EDAD DE 1 A 4 AÑOS, EN LAS AMÉRICAS, 1956
(Tasa por 100,000 habitantes)



Nota: (a) Incluye sólo el Distrito Federal y 7 capitales de estado
(b) Incluye sólo las capitales de provincia

Fuente: Resumen de los informes estadísticos sobre las condiciones sanitarias en las Américas - 1956 - OMS

Gráfico 2. CAJAS PRINCIPALES DE DEFUNCION ENTRE LOS NIÑOS DEL GRUPO DE EDAD DE 5 a 14 AÑOS, EN LAS AMERICAS, 1958
(Tasas por 100,000 habitantes)



Nota: (a) Incluye sólo al Distrito Federal y 7 capitales de estado
(b) Incluye sólo las capitales de provincia

Fuente: Resumen de los informes condrulentes sobre las condiciones sanitarias en las Américas - 1958 - DSP

DHEW-PHS, Programa de Prevención de Accidentes
División de Servicios Especiales de Sanidad
Mayo, 1958

accidentes de la infancia en una determinada zona o colectividad y, por consiguiente, se hayan identificado los tipos y causas de accidentes objeto de nuestro estudio, el problema general se presenta inevitablemente en su verdadera realidad como combinación o coincidencia de problemas específicos.

Cada riesgo de accidente requiere métodos de prevención específicos. Los principios de seguridad deben adaptarse a cada riesgo; no se pueden inculcar de una manera universal.

La congestión del tránsito en las calles de Nueva York o de Río de Janeiro, los ranchos de Texas, las aldeas de las montañas peruanas—cada clase de medio, cada tipo de cultura—origina un grupo peculiar de riesgos de accidentes y requiere un programa también peculiar de prevención de accidentes.

II. ANÁLISIS COMPARADO DE LA MORTALIDAD Y DE LA MORBILIDAD EN LA INFANCIA

Como más claramente se pone de manifiesto que la variedad geográfica influye en la importancia de los distintos accidentes como problema de la higiene infantil, es procediendo a un análisis de las tablas de mortalidad. Los gráficos 1 y 2 presentan los datos de 1956 correspondientes a 17 países de las Américas y a Puerto Rico, Jamaica y Trinidad y relativos a las cinco causas principales de defunción (con las tasas por 100.000 habitantes) en niños comprendidos en dos grupos

de edad: de 1 a 4 años y de 5 a 14. Al examinar las tasas de mortalidad en estos dos grupos de edad, obsérvese que las tasas son mucho más bajas en el período de edad de 5 a 14 años que en el de 1 a 4 años; en este último, la mortalidad infantil sigue siendo excesiva en muchos países.

El contraste entre el sector septentrional y el meridional de este hemisferio salta en seguida a la vista teniendo en cuenta que sólo en los Estados Unidos y Canadá figuran los accidentes como causa principal de defunción en el grupo de edad de 1-4 años. Únicamente en ocho de los demás países, los accidentes constituyen una de las cinco causas principales de defunción.

En cambio, la gastritis, enteritis, etc., continúan siendo la causa principal de defunción en 12 países, además de figurar entre las cinco principales causas en todos los países, si bien en Canadá y Estados Unidos ocupan el quinto lugar.

Aun reconociendo la falta total de uniformidad en los sistemas de notificación, estos contrastes ponen de manifiesto las asombrosas variaciones que se observan en la respectiva situación de los accidentes como problema de higiene infantil en las Américas.

Sin embargo, el examen del grupo de edad de 5-14 años, revela que en él los accidentes son la causa principal de defunción en las dos terceras partes de los países informantes, y que sólo en Guatemala no figuran entre las cinco principales causas de defunción. La tasa más elevada (39,7) corresponde al Ecuador (capitales de provincia)

Cuadro 1—*Datos seleccionados sobre enfermedades diagnosticadas en menores de 15 años—Tasas por 1.000 habitantes por año*

Grupo diagnóstico	Incidencia de morbilidad	Días de incapacitación	Hospitalizaciones	Días de hospitalización
Total	5.243	17.340	40	231
Enfermedades infecciosas y parasitarias	260	2.680	2	29
Neoplasmas	10	120	1	4
Enfermedades cardiovasculares	20	380	—	—
Enfermedades del sistema respiratorio	2.520	8.810	16	36
Enfermedades del sistema digestivo	635	1.590	5	38
Accidentes	1.033	700	6	31
Todas las demás causas	765	3.060	10	93

Fuente: *Health in California*, California Health Survey, State of California, Department of Public Health, Septiembre, 1957.

con una cifra que representa casi el doble de la tasa de los Estados Unidos (20,0).

No se dispone de amplios datos sobre la morbilidad por accidentes de la infancia en las Américas, pero por diversas fuentes se tiene indicios de que la morbilidad por accidentes rivaliza con la de las enfermedades no mortales más comunes.

El cuadro que figura en la página anterior, tomado de la Encuesta Sanitaria de California de 1954-1955, ilustra este punto y revela que la incidencia de morbilidad por accidentes ocupa el segundo lugar después de las enfermedades del sistema respiratorio en las personas menores de 15 años.

Al determinar la magnitud de un problema sanitario de esta naturaleza, las conclusiones derivadas de los datos de morbilidad sirven de complemento a las pruebas aportadas por los datos de mortalidad para la obtención de un cuadro total de la importancia humana, social y económica del problema en cuestión. La cantidad de servicios profesionales y calificados que cada colectividad debe proporcionar para hacer frente a las consecuencias de los accidentes, es un factor esencial que debe ser estudiado, y los datos de morbilidad reflejan los gastos de esta índole que

deberán sufragar las colectividades.

Es sumamente significativo, por ejemplo, el hecho de que el 8 por ciento de todas las camas de hospital en los Estados Unidos estuviesen ocupadas por víctimas de accidentes en noviembre de 1956 según los datos obtenidos en A.M.A. Hospital Survey.

Igualmente significativo son los datos del registro del Hospital Infantil La Posta, de Valparaíso, Chile, que revelan que el 10 por ciento de las 31.510 visitas a esta institución se debieron a accidentes en 1957 (fracturas, picaduras, mordeduras, envenenamientos, quemaduras, heridas, etc.)

III. MORTALIDAD Y MORBILIDAD DE LOS ACCIDENTES DE LA INFANCIA

Los que sobreviven a las enfermedades comunes de la infancia y de la niñez, están expuestos constantemente a la amenaza de la muerte o de lesiones por causa de accidentes. Esta amenaza está muy extendida y, al mismo tiempo, es muy compleja. Las diferencias que existen según los países, así como según la edad, sexo, raza, agente causante, tipo de lesión, estación del año, día de la semana, hora del día, lugar de resi-

Cuadro 2—Defunciones debidas a accidentes de niños de 1-4 y de 5-14 años y tasas por 100,000 habitantes en las Américas, 1956

Area	1-4 Años		5-14 Años		Area	1-4 Años		5-14 Años	
	Número	Tasa	Número	Tasa		Número	Tasa	Número	Tasa
Argentina a, b) .	690	42,9	b) 670	18,6	México e)	2.056	56,5	2.091	26,7
Brasil c)	324	61,8	309	30,1	Nicaragua	40	25,6	59	16,8
Canadá d)	702	45,5	895	27,7	Panamá	30	26,5	52	23,1
Colombia	897	53,2	904	27,0	Paraguay	29	14,1	37	8,4
Costa Rica	47	37,2	47	18,1	Perú a)	289	30,3	310	14,6
Chile	423	61,9	416	26,2	Rep. Dominicana e) .	76	21,7	56	8,3
Ecuador e, f, g) .	56	49,7	89	39,7	Venezuela	329	43,2	369	25,6
El Salvador e) . .	61	23,5	93	16,6	Jamaica h)	46	29,9	67	18,4
Estados Unidos e) .	4.791	32,6	6.099	20,0	Puerto Rico e) . . .	61	20,2	102	16,9
Guatemala e) . . .	61	14,2	145	17,5	Trinidad y Tabago .	38	44,3	34	20,9

Fuente: Resumen de los Informes Cuadriennales sobre las condiciones sanitarias en las Américas, Oficina Sanitaria Panamericana, junio de 1958.

a) Año 1953.

b) Números E800-E999 de la Lista Detallada de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción, OMS.

c) Distrito Federal y siete capitales de estado.

d) Con exclusión de Yukon y Territorios del Noroeste.

e) Año 1955.

f) Capitales de provincia.

g) Tasas basadas en la población calculada por la Oficina Sanitaria Panamericana.

h) Año 1954.

dencia y otros muchos factores, revelan la complejidad del problema de los accidentes.

Las causas de defunción por accidente que se encuentran con frecuencia en todas las Américas, son los accidentes de vehículo de motor, ahogamientos, quemaduras, envenenamientos, caídas y picaduras o mordeduras de insectos y serpientes venenosas.

En el cuadro 2 se presentan las defunciones notificadas en las Américas por causa de accidentes, con las tasas por 100.000 habitantes, correspondientes a los grupos de edad de 1-4 años y de 5-14 años.

En los cuadros 3 y 4 figura la distribución, por edad y sexo, de las cinco principales causas de defunción por accidentes en los Estados Unidos y en Venezuela, correspondientes a estos grupos de edad.

Muchos autores han hecho observar que la población infantil masculina sufre mayor número de lesiones, mortales o no, que la femenina, como lo confirman los datos contenidos en los cuadros 3 y 4. En general, se supone que los varones despliegan más actividad y corren mayores riesgos que las niñas de su misma edad. El análisis de las causas específicas de mortalidad en los Esta-

dos Unidos y en Venezuela revela otras diferencias notables. Por ejemplo, en Venezuela, las quemaduras son la causa más frecuente de muerte accidental entre las niñas de 5 a 14 años. En cambio, para los niños de la misma edad, la causa más frecuente es el ahogamiento, ocupando las quemaduras el quinto lugar. Es evidente que estas diferencias guardan relación con los factores de exposición al riesgo. El riesgo de perecer ahogado es mayor entre los varones puesto que se exponen a este peligro en número mayor que las niñas. En cambio, las quemaduras son más frecuentes entre las niñas porque éstas permanecen más en casa, aprenden a cocinar y, sobre todo, porque visten prendas más expuestas a los peligros del fuego.

En Puerto Rico se observa una ligera diferencia respecto al grupo de edad de 1-4 años. La causa principal de muerte accidental son los envenenamientos, a los que les siguen las quemaduras, los

Cuadro 4—Clases principales de defunciones por accidentes en los grupos de edad de 1-4 años y 5-14 años en Venezuela, 1954

1-4 Años			
Hombres		Mujeres	
Clase de accidente	Defunciones	Clase de accidente	Defunciones
Ahogamientos	47	Ahogamientos	38
Vehículos de motor .	28	Quemaduras	27
Envenenamientos ...	28	Vehículos de motor .	22
Quemaduras	26	Envenenamientos ...	19
Picaduras o mordeduras de animales venenosos	6	Caídas	7
5-14 Años			
Hombres		Mujeres	
Clase de accidente	Defunciones	Clase de accidente	Defunciones
Ahogamientos	55	Quemaduras	31
Vehículos de motor .	44	Vehículos de motor .	28
Picaduras o mordeduras de animales venenosos	39	Ahogamientos	15
Caídas	19	Picaduras o mordeduras de animales venenosos	6
Quemaduras	15	Caídas	4

Cuadro 3.—Clases principales de defunciones por accidentes en los grupos de edad de 1-4 años y de 5-14 años en el territorio continental de los Estados Unidos, 1956

1-4 Años		
Clase de Accidente	Hombres	Mujeres
Vehículos de motor	800	638
Incendios y explosiones de material combustible	443	472
Ahogamientos	463	191
Envenenamiento con sustancias sólidas o líquidas	196	140
Caídas	155	99
5-14 Años		
Clase de Accidente	Hombres	Mujeres
Vehículos de motor	1.785	855
Ahogamientos	981	204
Incendios y explosiones de material combustible	263	404
Armas de fuego	357	72
Caídas	138	50

Fuente: Oficina Nacional de Estadísticas Vitales—Vital Statistics of the United States, 1956.

Fuente: Datos no publicados de la División de Epidemiología y Estadística Vital, Dirección de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, República de Venezuela.

accidentes de vehículos de motor, los ahogamientos y las caídas.

Un problema interesante es el que se viene presentando en México, donde en el grupo de edad de 5-14 años son frecuentes las defunciones causadas por el tétanos. En la mayoría de los casos, el tétanos es consecuencia de una lesión no atendida, generalmente una laceración o punción en el pie; por lo tanto, no es del todo impropio considerar estas defunciones como muertes causadas por accidentes.

En estos últimos años se ha concedido gran importancia a los envenenamientos accidentales como parte especial del problema de los accidentes. En la mayor parte de las Américas la inmensa mayoría de estos casos ocurren entre niños menores de dos años. Los agentes que comúnmente causan estos accidentes mortales en los Estados Unidos son los productos a base de petróleo, la aspirina y los salicilatos, los compuestos de arsénico y el plomo y sus compuestos (Cuadro 5).

Algunos países de América del Centro y del Sur notificaron que los productos derivados de petróleo, los insecticidas y pesticidas intervienen, con frecuencia, en envenenamientos mortales. Por ejemplo, en Venezuela, la pasta raticida causa muchas muertes.

El problema de los envenenamientos accidentales se puede determinar mejor cuando los hospitales y centros de urgencia llevan una relación sencilla pero exacta de los agentes que intervienen en estos accidentes. En el cuadro 6 se resume, por clases de sustancias, la experiencia obtenida en 23 centros de control de envenenamientos en los Estados Unidos.

En el 25 por ciento aproximadamente de estos casos provocados por medicamentos, el agente ingerido fue la aspirina y otros salicilatos. En cambio, en la América Latina, raras veces es la aspirina la causa del envenenamiento. En sólo dos casos de los 230 niños examinados en un año en un hospital de América del Sur, la causa fue la aspirina o los salicilatos. Las dos sustancias que

Cuadro 5—Número de defunciones debidas a envenenamientos accidentales por sustancias sólidas o líquidas, en niños menores de 15 años en el territorio continental de los Estados Unidos, 1952-1956 (excluidas las fuerzas armadas estacionadas fuera del país)

Clases de sustancias	1952	1953	1954	1955	1956
Morfina y otros derivados del opio	5	5	3	5	2
Acido barbitúrico y sus derivados	9	11	14	8	16
Aspirina y salicilatos	86	71	86	75	71
Bromuros	—	1	1	—	1
Otras drogas analgésicas y soporíferas	6	13	3	8	10
Sulfonamidas	1	—	—	—	—
Estricnina	14	15	9	9	4
Belladona, escopolamina y atropina	4	4	2	2	1
Otras sustancias y drogas no especificadas	47	44	49	36	34
Comestibles nocivos	1	1	3	2	—
Alcohol	6	10	6	4	4
Productos derivados del petróleo	111	102	83	71	88
Solventes industriales	10	11	9	11	8
Aromáticos corrosivos, ácidos y alcalies cáusticos	30	30	21	16	16
Mercurio y sus compuestos	4	—	1	—	1
Plomo y sus compuestos	45	52	34	49	34
Arsénico y antimonio y sus compuestos	23	27	22	24	40
Fluoruros	—	—	—	1	—
Otros productos y sustancias, sólidos o líquidos, no especificados	60	71	72	68	96
Total	462	468	418	389	426

Fuente: Datos no publicados de la Oficina Nacional de Estadísticas Vitales.

más comúnmente causaron estos envenenamientos notificados por dicha institución, fueron los productos derivados del petróleo y la lejía.

A base de los informes de los primeros seis meses de la Encuesta Nacional de Sanidad, en los Estados Unidos, se calcula que todos los años son víctimas de accidentes aproximadamente 16 millones de niños, siendo la tasa correspondiente a los varones dos veces mayor que la de las hembras. Todos los años, una tercera parte de la población femenina menor de 15 años sufre accidentes, en su mayoría en el hogar o inmediaciones. Aunque no se dispone de datos detallados sobre los sitios en que ocurren los accidentes de los niños, el análisis preliminar de los datos de la Encuesta Nacional de Sanidad, de los Estados Unidos, correspondientes a todas las edades, indica que el 45 por ciento de las lesiones accidentales ocurren en el hogar, el 10 por ciento en las carreteras, el 30 por ciento en lugares públicos y el 14 por ciento en el trabajo. Un estudio sobre los casos de accidentes tratados en la sala de urgencia del hospital municipal de San Juan, Puerto Rico, llegó a unos resultados bastante parecidos, a saber: el 56 por ciento de las lesiones fueron causadas por accidentes domésticos, el 34,5 por ciento ocurrieron en lugares públicos, el 6 por ciento fueron accidentes de vehículo de motor, y el 3,5 por ciento, accidentes de trabajo.

El empleo de una declaración uniforme de lesiones por accidente, tal como la que se inserta en la página 506, permite obtener numerosos datos en breve tiempo, especialmente si instituciones como hospitales y servicios de urgencia que atienden a gran número de víctimas de accidentes, se prestan a colaborar. Este sistema es fácil de aplicar y puede dar resultados rápidamente. A base de los datos así reunidos se pueden proyectar las medidas encaminadas a resolver los problemas específicos de las lesiones por accidente con que se enfrenta la colectividad.

IV. FACTORES CAUSANTES DE LOS ACCIDENTES DE LA INFANCIA

La ocurrencia de accidentes empieza a sugerir programas oficiales de investigación de carácter cada vez más detallado. Casi todas las ciencias físicas, naturales y sociales pueden contribuir de alguna manera a la comprensión de este problema.

En consecuencia, al llegar a este punto, existe el riesgo de que los investigadores se sientan abrumados por la complejidad de las necesidades de la investigación o confundidos ante las enormes posibilidades de investigación. Todos los aspectos del clásico trío epidemiológico—huésped, agente transmisor y medio—encierran indudablemente ciertos misterios que en definitiva fomenta-

Cuadro 6—Casos de envenenamiento accidental por clases de substancias ingeridas notificados por los centros de control de envenenamientos de 23 lugares* de los Estados Unidos

Clases de substancias	Casos tratados		Averiguaciones por teléfono	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Medicinas	3.354	52,3	449	28,2
de uso interno	(3.063)	(47,8)	(354)	(22,2)
de uso externo	(291)	(4,5)	(95)	(6,0)
Preparaciones domésticas	687	10,7	430	27,0
Destilados de petróleo	484	7,6	29	1,8
Cosméticos	69	1,1	163	10,2
Pesticidas	800	12,5	214	13,4
Gases y vapores	5	0,1	10	0,6
Plantas	59	0,9	61	3,8
Pinturas, solventes, etc.	159	2,5	83	5,2
Otras substancias	739	11,5	151	9,5
Sin especificar	51	0,8	4	0,3
Total	6.407	100,0	1.594	100,0

*Correspondientes a varios períodos desde julio de 1954 a noviembre de 1957.

Fuente: Informes tabulados presentados a la National Clearinghouse for Poison Control Centers por los centros locales de control de envenenamientos.

PHS-2916 4.58

(Véase al dorso las instrucciones y el espacio adicional para las explicaciones)

CASO NO.

DECLARACION DE LESIONES POR ACCIDENTES

PERSONA LESIONADA	1. APELLIDO Y NOMBRE		2. EDAD <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Años		3. DIRECCION (Calle, numero, ciudad, municipio, estado)		
	4. SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	5. COLOR <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otros	6. ESTADO Soltero Casado Viudo Separado Divorciado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				7. OCUPACION (v.g. maquinista, agricultor, vendedor)
8. HORA Y FECHA DEL ACCIDENTE			9. ACTIVIDAD (v.g. conduciendo un automóvil, al subir las escaleras, durante el sueño)				
DATOS DE LOS ACCIDENTES	10. LUGAR DEL ACCIDENTE <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Granja <input type="checkbox"/> Mina o cantera <input type="checkbox"/> Calle o carretera (inclusive las aceras) <input type="checkbox"/> Edificio público <input type="checkbox"/> Lugar o local industrial <input type="checkbox"/> Lugar de recreo o deportes <input type="checkbox"/> Institución de hospedaje <input type="checkbox"/> Otros lugares (especificquense) _____			11. SI OCURRIO EN EL HOGAR, ESPECIFIQUESE <input type="checkbox"/> Cocina <input type="checkbox"/> Dormitorio <input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Comedor <input type="checkbox"/> Cuarto de Baño <input type="checkbox"/> Sótano <input type="checkbox"/> Recibidor <input type="checkbox"/> Escaleras <input type="checkbox"/> Otros lugares en el interior de la casa (especificquense) _____ <input type="checkbox"/> Patio <input type="checkbox"/> Galería <input type="checkbox"/> Calzada para coches <input type="checkbox"/> Azotea <input type="checkbox"/> Garage <input type="checkbox"/> Escalones <input type="checkbox"/> Pavimento <input type="checkbox"/> Otros lugares en el exterior de la casa (especificquense) _____			
	12. CLASE DE ACCIDENTE <input type="checkbox"/> Ferrocarril <input type="checkbox"/> Vehículo de motor, tránsito <input type="checkbox"/> Vehículo de motor, fuera del tránsito <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Otros vehículos de carretera <input type="checkbox"/> Transporte acuático <input type="checkbox"/> Aeronave <input type="checkbox"/> Maquinaria <input type="checkbox"/> Corriente eléctrica <input type="checkbox"/> Arma de fuego <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Insecto <input type="checkbox"/> Asfixia mecánica <input type="checkbox"/> Ahogamiento o sumersión <input type="checkbox"/> Envenenamiento por sustancia sólida o líquida <input type="checkbox"/> Envenenamiento por gas o vapor <input type="checkbox"/> Caída de un nivel a otro <input type="checkbox"/> Caída al mismo nivel <input type="checkbox"/> Golpe por caída o por un objeto lanzado <input type="checkbox"/> Colisión con un objeto fijo <input type="checkbox"/> Lesión por otra persona <input type="checkbox"/> Explosión de una vasija a presión <input type="checkbox"/> Instrumento cortante o punzante <input type="checkbox"/> Cortadura por otro objeto <input type="checkbox"/> Incendio o explosión de material combustible <input type="checkbox"/> Sustancia ardiente, líquido corrosivo o vapor <input type="checkbox"/> Introducción de un cuerpo extraño en los ojos y anexos <input type="checkbox"/> Inhalación o ingestión de alimentos u objetos que producen obstrucción o asfixia <input type="checkbox"/> Introducción de un cuerpo extraño en otro orificio del organismo <input type="checkbox"/> Otros cuerpos extraños - astillas, etc. <input type="checkbox"/> Exceso de calor o insolación <input type="checkbox"/> Exceso de frío <input type="checkbox"/> Torcedura <input type="checkbox"/> Complicación resultante de intervención médica o quirúrgica <input type="checkbox"/> Otros accidentes (especificquense) _____						
DATOS DE LAS LESIONES	13. NATURALEZA DE LA LESION (para las lesiones múltiples, véanse las instrucciones al dorso) <input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/> Dislocación <input type="checkbox"/> Torcedura o distensión <input type="checkbox"/> Laceración o avulsión <input type="checkbox"/> Contusión o hematoma <input type="checkbox"/> Concusión <input type="checkbox"/> Amputación <input type="checkbox"/> Aplastamiento <input type="checkbox"/> Perforación o punzada <input type="checkbox"/> Rotura de uno o varios dientes <input type="checkbox"/> Quebradura o hernia <input type="checkbox"/> Quemadura o escaldadura <input type="checkbox"/> Efecto de un veneno <input type="checkbox"/> Ahogamiento o sumersión <input type="checkbox"/> Asfixia o estrangulación <input type="checkbox"/> Lesión externa <input type="checkbox"/> Lesión interna <input type="checkbox"/> Lesión en los nervios <input type="checkbox"/> Retención de un cuerpo extraño <input type="checkbox"/> Efecto de la electricidad <input type="checkbox"/> Conmoción <input type="checkbox"/> Quemaduras por el sol <input type="checkbox"/> Insolación <input type="checkbox"/> Postración por el calor <input type="checkbox"/> Congeladura <input type="checkbox"/> Reacción a intervención médica o quirúrgica <input type="checkbox"/> Lesión no aparente <input type="checkbox"/> Otras lesiones (especificquense) _____						
	14. PARTE LESIONADA DEL ORGANISMO (para lesiones múltiples véanse las instrucciones al dorso) <input type="checkbox"/> Generalizadas <input type="checkbox"/> Cráneo o cuero cabelludo <input type="checkbox"/> Ojos <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/> Boca <input type="checkbox"/> Maxilar <input type="checkbox"/> Otras partes de la cabeza <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Espina dorsal <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Pelvis <input type="checkbox"/> Otras partes del tronco <input type="checkbox"/> Otras partes (especificquense) _____ <input type="checkbox"/> Hombros <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Codo <input type="checkbox"/> Antebrazo <input type="checkbox"/> Muñeca <input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Dedos <input type="checkbox"/> Caderas <input type="checkbox"/> Muslos <input type="checkbox"/> Rodillas <input type="checkbox"/> Piernas <input type="checkbox"/> Tobillos <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/> Dedos				15. ESTADO DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> No grave <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Crítico <input type="checkbox"/> Mortal		
TRATAMIENTO	16. SITUACION EN EL HOSPITAL <input type="checkbox"/> Sólo en la sala de urgencia <input type="checkbox"/> Paciente externo <input type="checkbox"/> Paciente interno <input type="checkbox"/> No tratado en el hospital		17. NOMBRE Y DIRECCION DEL HOSPITAL				
	18. NOMBRE Y DIRECCION DEL MEDICO QUE ATENDIO AL PACIENTE						
19. DECLARACION PRESENTADA POR			20. TITULO DEL DECLARANTE,		21. FECHA EN QUE SE PREPARO LA DECLARACION		

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO PHS-2916 DECLARACION DE LESIONES POR ACCIDENTES

<p>CASO NO. Para uso estadístico solamente; déjese en blanco.</p> <p>Sección 2. EDAD. Indíquese el número de años cumplidos; si se trata de menores de un año, señálese la edad por meses.</p> <p>Sección 7. OCUPACION. Indíquese la ocupación principal de la persona lesionada; v. g. en el caso de un estudiante que trabaje a tiempo parcial, la ocupación será "estudiante"; la ocupación de un ama de casa que trabaje como taquimecanógrafa a tiempo completo será la de "taquimecanógrafa".</p> <p>Sección 9. ACTIVIDAD. Describese con suficiente detalles la actividad a que se dedicaba la persona lesionada en el momento de ocurrir el accidente. Evítese el empleo de palabras de sentido general como "trabajando", "jugando", etc.</p> <p>Sección 10. LUGAR DEL ACCIDENTE. Para la definición de cada categoría, utilícese la Clasificación Internacional de Enfermedades, Revisión de 1955, Vol. I, Organización Mundial de la Salud, pp. 284 - 287 (Código "E").</p> <p>Sección 12. CLASE DE ACCIDENTE. Para la definición de las distintas categorías cf. la Clasificación Internacional de Enfermedades, Revisión de 1955, volumen I, Organización Mundial de la Salud, pp. 261-316 (Código "E").</p>	<p>Sección 13. NATURALEZA DE LA LESION. En el caso de lesiones múltiples, indíquese cada una de ellas por su respectivo orden de gravedad, asignándole el número "1" a la más grave, el "2", a la que le siga en importancia y así sucesivamente.</p> <p>Sección 14. PARTE DEL CUERPO LESIONADA. En el caso de lesiones múltiples, utilícese la misma numeración que en la Sección 13 para relacionar la naturaleza de cada lesión con la parte del cuerpo lesionada.</p> <p>Sección 15. ESTADO DEL PACIENTE. Indíquese el estado de la persona lesionada al ser examinada por primera vez para tratamiento.</p> <p>Sección 17. NOMBRE Y DIRECCION DEL HOSPITAL. Este encasillado sólo se llenará si la persona lesionada recibió tratamiento en un hospital.</p> <p>Sección 18. NOMBRE Y DIRECCION DEL MEDICO QUE ATENDIO A LA PERSONA LESIONADA. Este encasillado sólo se llenará si la persona lesionada no recibió tratamiento en un hospital.</p>
<p>INFORMACION SUPLEMENTARIA (Utilícese este espacio para la información adicional, agregándole el número correspondiente a la sección a que se haga referencia).</p>	

rán su estudio y así llegaremos a tener un mejor conocimiento de los factores que causan los accidentes.

Considerando al niño como "huésped", es evidente que se requiere conocer lo más posible acerca de su crecimiento y desarrollo, de las relaciones entre su estado mental y físico y los accidentes y de la base y progreso de su educación. El conocimiento de estos factores contribuirá a la definición del niño como "huésped de accidentes".

En los accidentes de la infancia puede ser "agente" casi todo aquello con que el niño entra en contacto y, por consiguiente, este grupo de factores causantes se debe estudiar de manera sistemática y concreta para lograr aunque sólo sea un progreso limitado. Los vehículos de motor constituyen un importante ejemplo de agente de accidentes que se puede identificar y aislar fácilmente para su estudio.

Igualmente, las sustancias tóxicas causantes de envenenamientos accidentales ofrecen otro campo de estudio similarmente delimitado.

En general, se lograrán progresos persiguiendo con constancia los objetivos específicos del estudio.

El "medio" que rodea al niño—tercer elemento del trío epidemiológico—puede variar desde el reducido ambiente de la cuna al amplio ámbito de

toda la colectividad en que vive, según sea la edad del niño. La geografía, el clima, la economía, la sociología y aun la historia y la política desempeñan su papel en la formación del medio en que se desenvuelve el niño y en la creación de una relación causal entre ese medio y los accidentes.

La extensión del presente trabajo no permite hacer un análisis completo del gran número de factores causantes; nos contentaremos pues con llamar la atención sobre una sugestiva y reflexiva presentación del problema por medio de gráficos.

En la página 509 se inserta una "gráfica dinámica" tomada de *Uniform Definitions of Home accidents*¹ y preparada por un grupo de especialistas interesados en los factores causantes de los accidentes, reunido por el Servicio de Salud Pública, el Consejo Nacional de Seguridad y la Asociación Americana de Salud Pública.

Aunque esta gráfica se refiere a las circunstancias de los accidentes que ocurren en el hogar, los principios de la dinámica que intervienen son comunes a todos los accidentes. Además, basta un somero examen de la parte superior de la gráfica (la sección de "Personas") para ver inmediatamente que estos principios son aplicables a toda clase de accidentes de la infancia.

¹Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, E.U.A., Washington, D.C., 1958.

La "susceptibilidad a los accidentes" es evidentemente alta en la infancia porque, como indica la gráfica, este factor está condicionado por el adiestramiento, la experiencia y el juicio, aspectos en que el niño está menos preparado que el adulto.

En cuanto a los "factores intermedios" a que se refiere la gráfica, es de suponer que factores fisiológicos y mentales como enfermedades, trastornos emocionales, etc., afecten más intensamente a los niños que a los adultos.

Por último no hay ejemplo más claro de "acto peligroso o causa directa" que el hecho de que un niño provoque un incendio al jugar con fósforos o que ingiera veneno tratando de encontrar alguna golosina.

En resumen, esta presentación gráfica de la dinámica de los accidentes, que resume libros enteros sobre el estudio del problema, compensará perfectamente su detenido estudio por parte de todos los que profesional o personalmente se interesen por el mejoramiento de las técnicas de prevención de accidentes a base de una mejor comprensión de los factores causantes.

V. PREVENCIÓN

Para trazar un programa eficaz de prevención, control y reducción de los efectos de los accidentes en la infancia, es indispensable emplear un método científico; para esto, como en todos los problemas de salud pública, es preciso definir debidamente el problema, formular hipótesis concretas, someterlas a prueba para su corroboración y convertir en programas de actividades las conclusiones resultantes.

Siendo tantos los factores causantes que intervienen en los accidentes, no se puede esperar lógicamente una solución única. La diversidad entre los distintos tipos de culturas, las condiciones del medio y los factores huésped, exigen que se proceda a una selección minuciosa de las actividades de prevención para un área determinada.

En la sección "Principios de la prevención primaria" del presente informe, se mencionan algunos ejemplos de actividades de prevención satisfactorias.

Bajo el título general de "Principios de la prevención primaria" y "Prevención secundaria" se ofrecen las actividades recomendadas (como es natural, muchos principios se pueden aplicar indistintamente a ambos tipos de prevención).

A. Principios de la prevención primaria

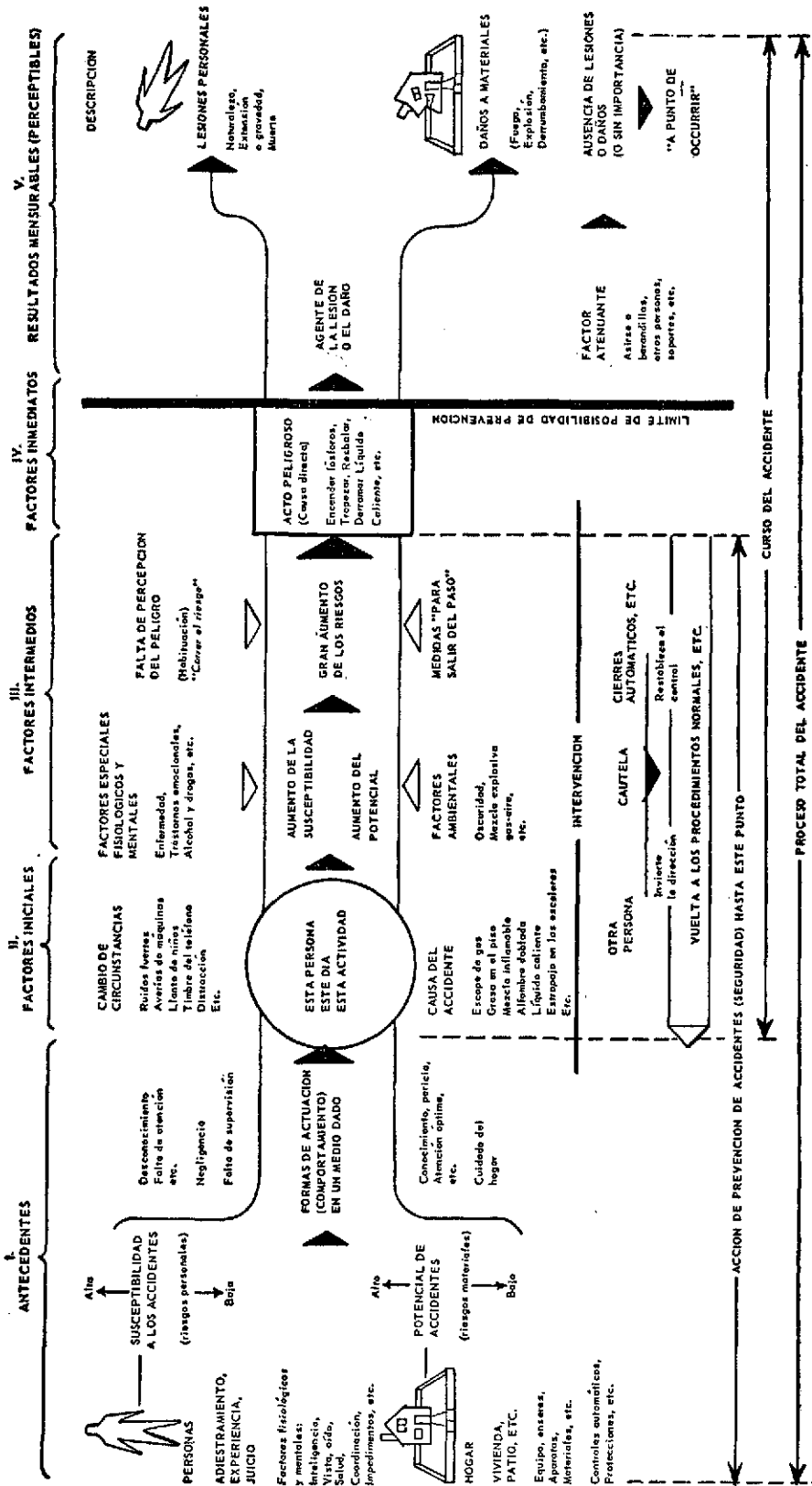
1. *Mejor determinación del problema*—Uno de los principales obstáculos que hay que vencer es el de la falta de datos suficientes relativos a los accidentes de la infancia; las fuentes convencionales de esta información se limitan a los datos de mortalidad y de morbilidad, completados por estudios epidemiológicos especiales. Los países latinoamericanos donde los servicios de hospital y de urgencia están a cargo del gobierno, ofrecen una oportunidad única para la obtención de datos sobre lesiones por accidente, en contraste con la situación que existe en Canadá y Estados Unidos. Este método ayuda a determinar los aspectos de un problema que requieren más investigación y permite singularizar los casos que han de ser incluidos en un estudio epidemiológico. Un sistema de notificación puede, asimismo, facilitar los datos necesarios para evaluar la eficacia de un programa de prevención mediante la comparación de la incidencia durante los períodos de notificación anterior y posterior al programa.

Entre los requisitos mínimos de tal sistema de declaración figuran los siguientes datos informativos sobre cada paciente de lesiones por accidente: edad, dirección, sexo, raza, estado civil, ocupación, hora y fecha del accidente, actividad de la persona lesionada en el momento de ocurrir el accidente, naturaleza de la lesión, parte del cuerpo lesionada, gravedad o estado del paciente, nombre y dirección del hospital o del médico que atendió al paciente e identificación del declarante.

Estos datos, completados con el análisis de los certificados de defunción (aunque la aportación de datos completos en las declaraciones de defunción varía considerablemente), proporcionan una excelente base para la selección de problemas de accidentes específicos para estudios epidemiológicos detallados y para la evaluación de las actividades preventivas. Por consiguiente, a medida que se vayan desarrollando los programas será necesario especificar sistemáticamente en el certificado de defunción la clase de accidente que causó la muerte.

El estudio de los accidentes por sus clases (vehículo de motor, caídas, ahogamientos, envenenamiento etc.) y por tipo de lesión (quemaduras, laceraciones etc.) contribuye a sugerir medidas para remediar este problema. Muchas veces, un estudio de esta naturaleza pone de manifiesto ciertos defectos en el diseño de enseres o ciertos

LA DINAMICA DE LOS ACCIDENTES EN EL HOGAR



peligros ambientales, que de esta manera pueden ser corregidos.

Los ejemplos que se mencionan a continuación sirven para ilustrar las medidas positivas que pueden obtenerse analizando debidamente las reseñas exactas y otros datos.

En los Estados Unidos, los fabricantes de refrigeradores diseñaron nuevos modelos teniendo en cuenta estudios que habían revelado el gran peligro de muerte por asfixia a que se exponían los niños que jugando se introducían en neveras abandonadas y cerraban las puertas.

El Proyecto de la Universidad de Cornell sobre lesiones causadas por accidentes automovilísticos, en unos pocos años ha influido considerablemente en el diseño de los coches de pasajeros de los Estados Unidos en el sentido de introducir nuevos e importantes medios de protección. El propio cinturón de seguridad—cuya importancia ha sido demostrada por los estudios de Cornell—ha modificado la opinión de los ingenieros especializados en seguridad de vehículos automotores.

En una zona rural del Estado de Georgia, ante la elevada incidencia de quemaduras registrada entre los niños de ese sector, se realizó un estudio epidemiológico que sirvió de base para un programa de salud pública encaminado a fomentar el empleo de pantallas guardafuegos delante de las chimeneas.

En la América Latina se puede encontrar una situación análoga: en Chile por ejemplo, los niños sufren con frecuencia quemaduras causadas por fogones, utensilio tradicional empleado para cocinar en los medios rurales y que se coloca en el suelo de la vivienda o cerca de ella en el exterior. Empleando algún objeto protector para reducir los peligros del fogón y llevando a cabo, además, adecuadas campañas de educación sanitaria del público, disminuiría considerablemente esta amenaza especial para la seguridad de la infancia.

Para que los padres y la escuela puedan realizar la misión educadora que les corresponde, es preciso que conozcan la relación que el crecimiento y desarrollo de los niños guardan con el tipo de accidentes propio de cada edad. Los estudios longitudinales de esta índole, aunque resulten costosos y exijan mucho tiempo, siempre serán necesarios.

La utilización con discernimiento de encuestas sobre secciones cruzadas de grupos de población es también muy valiosa para identificar problemas especiales.

En distintas partes de los Estados Unidos se han

venido llevando a cabo durante muchos años estudios retrospectivos de las defunciones por causa de accidentes empleándose al efecto modelos de certificados de defunción suplementarios. En todos los lugares en que se han efectuado estos estudios, los datos obtenidos han sido de utilidad para la educación del público y para llamar la atención de los trabajadores sanitarios sobre los riesgos que ellos pueden identificar en su labor corriente con las familias.

2. *Educación*—La educación es la clave de la prevención de accidentes. En la prevención de accidentes, como en todos los demás campos, la educación sólo será satisfactoria si procede desde un punto de vista general al específico, si con su ejemplo hace patente la diferencia que hay entre la enseñanza y la simple distribución de información.

Los organismos de salud pública que no estén preparados o no consideren que les corresponda aceptar la responsabilidad de la educación en este campo, no deberían tratar de organizar un programa de prevención de accidentes, ya que se trata de una gran responsabilidad.

En primer lugar, se debe preparar al personal del propio organismo tanto para su actuación directa como para ejercer funciones educativas. En segundo lugar, el personal se debe utilizar para educar a otros grupos de la colectividad y a los propios ciudadanos de la misma.

Los médicos constituyen uno de los sectores esenciales que deberían recibir una educación en materia de prevención de accidentes, puesto que llegan a ser excelentes maestros una vez que se han orientado en la labor de inculcar a sus pacientes los hechos fundamentales de la prevención de accidentes. Sobra decir que el médico tiene una oportunidad única para ofrecer este tipo de enseñanza, puesto que se le escucha atentamente cuando se trata de asuntos que afectan a la salud.

No hay médico que pueda hablar con más autoridad en este campo que el pediatra. La definición del Dr. Harry F. Dietrich de la función que desempeña el pediatra en la prevención de accidentes, es un excelente ejemplo de la oportunidad de enseñar que ofrece esta situación.

En las "Transactions" (octubre de 1950) del Congreso Nacional de Seguridad, Dietrich describe en líneas generales la función del pediatra en la forma siguiente:

(1) El pediatra debe hacerse una idea muy clara del problema.

(2) Debe tratar de inmunizar a sus pacientes contra los accidentes graves explicando a los padres la teoría de la prevención de accidentes y proporcionándoles suficiente consejo y estímulo para llevarla a la práctica.

(3) Debe llamar la atención de toda la profesión médica sobre la gravedad y necesidades del problema.

(4) Debe gestionar la ayuda de todas las organizaciones posibles en una constante campaña nacional y local para la prevención de accidentes.

A esto convendría, tal vez, añadir lo siguiente:

(5) Puede ponernos en guardia ante los nuevos riesgos que se presentan.

(6) Gracias a su conocimiento detallado de los tipos de crecimiento y desarrollo (físico y mental) puede aconsejar acerca de la conveniencia y aceptabilidad de las medidas preventivas.

El maestro de escuela es igualmente un personaje importante e influyente en materia de educación para la prevención de accidentes; el personal de los organismos sanitarios debe trabajar en estrecha colaboración con los educadores profesionales de la colectividad.

Todos los grupos locales interesados pueden desempeñar un papel en esta labor educativa. Incumbe al organismo de salud pública la misión de organizar, estimular, coordinar, inspirar, y a veces financiar este esfuerzo cooperativo.

3. *Coordinación de las actividades con otros organismos*—La prevención de los accidentes de la infancia es un problema que interesa a muchos organismos gubernamentales, y en los últimos veinte años se han venido desarrollando numerosas actividades de carácter preventivo. Hoy, los departamentos de tránsito, educación, sanidad, seguro social y trabajo están interesados en varios aspectos de este problema. Poco se lograría con tratar de analizar las ventajas o inconvenientes de la situación actual. Por el contrario, nuestra misión en el campo de la salud consiste en cerciorarse de que nuestros esfuerzos no constituyen una duplicación de la labor de los demás. Por consiguiente, se requiere evidentemente una coordinación más estricta entre los organismos interesados en este esfuerzo común. En ciertos casos, la función del organismo sanitario puede limitarse realmente a la coordinación, mientras que en otras circunstancias cabe que el departamento de sanidad desempeñe un papel directo, al mismo tiempo que procede a la coordinación necesaria.

Sumamente importante es la coordinación de las actividades del organismo de sanidad con las de los departamentos de educación. La enseñanza

de los principios de protección de la vida como parte del programa docente, figura desde hace mucho tiempo entre las funciones de las escuelas de las Américas. Es indispensable que esta enseñanza continúe; a medida que se vayan desarrollando nuevos principios, este conducto eficaz de comunicación permitirá el ajuste requerido por la revisión de los principios y métodos. En este caso, los organismos de sanidad deben estar dispuestos a asumir un papel secundario, que inicialmente puede limitarse a facilitar material apropiado y moderno. Más adelante, puede haber la posibilidad de que formule propuestas para llevar a cabo actividades preventivas y de que colabore en su ejecución. Un ejemplo de estas actividades sería el fomento de clases de natación para niños de edad preescolar y para los escolares.

La frecuencia de los accidentes de tránsito que sufren los niños, tanto en calidad de peatones como de pasajeros, pone de manifiesto la importancia de establecer una coordinación entre varios organismos. En países como Estados Unidos, Canadá y México, en que se han iniciado las actividades de la policía escolar de tránsito, existe ya un enlace entre el departamento de educación y el de tránsito. La ampliación y mejoramiento de los programas existentes de este tipo, constituye un valioso objetivo de los organismos de sanidad.

Otra de las actividades que merece consideración es la instalación de lugares adecuados de recreo infantil. En efecto, un programa bien planeado de actividades recreativas para la colectividad, tiene posibilidades enormes de reducir los accidentes de tránsito de los peatones infantiles. El desarrollo de un programa de esta naturaleza tampoco es de incumbencia directa del organismo de sanidad; pero la misión de demostrar su necesidad, así como la formulación de recomendaciones al respecto, no cae fuera de su esfera de competencia.

4. *Legislación*—En varios casos se ha logrado eliminar o controlar ciertos riesgos especiales para los niños a base de promulgar y hacer cumplir determinadas leyes.

Por ejemplo, en los Estados Unidos, las prendas de vestir de los niños confeccionadas con telas inflamables constituyeron un constante peligro hasta que el Congreso aprobó una ley al respecto. Igualmente, el Congreso de los Estados Unidos se ha ocupado de proteger la población aprobando la adecuada legislación sobre la manufactura y

venta de insecticidas. En ambos casos, las leyes se han cumplido y, como consecuencia, los riesgos para los niños han disminuido considerablemente.

En todas las Américas existen problemas análogos, y a medida que se vaya perfeccionando el sistema de notificación de lesiones por accidente se pondrán de manifiesto nuevos riesgos que en algunos casos se controlarán por medio de medidas legislativas.

5. *Investigaciones*—Es evidentemente necesario desarrollar y continuar las investigaciones sobre las actividades de este campo, como por ejemplo mediante encuestas, análisis de los datos de hospitales, análisis de los certificados de defunción etc. Además, es indispensable iniciar y ampliar investigaciones más fundamentales relacionadas con los factores humanos de los accidentes.

Como ya se mencionó anteriormente, la técnica epidemiológica se presta fácilmente a estudios en materia de accidentes. McFarland, Gordon y otros autores han señalado el valor de aplicar los principios de la epidemiología al estudio de los accidentes. En ciertas clases de lesiones y defunciones, el empleo de esta técnica ha logrado ya reducciones en escala limitada. Hasta el presente, estas lesiones y defunciones se relacionaban en general con los factores ambientales o con los factores agentes inmediatamente asociados a los accidentes. Será conveniente hacer más investigaciones siguiendo la misma orientación, pues a medida que cambia la tecnología se introducen inevitablemente en el medio nuevos factores.

Una de las ventajas del método epidemiológico, que con frecuencia se pasa por alto, es que facilita la evaluación de todo el proceso de la recopilación de datos. Los estudios epidemiológicos sirven de base para determinar el valor de los datos que se reúnen en la actualidad y asimismo para señalar la necesidad de reunir otros datos que se añadan a los corrientes.

Otra clase de investigación que se considera de principal importancia, es la relativa al mejoramiento de las técnicas de propaganda y de educación. Si bien se acepta casi unánimemente la idea de que la educación es el elemento más importante para la prevención de accidentes, no se ha hecho prácticamente nada para conocer mejor las razones de que la población acepte o rechace la propaganda relativa a la seguridad, ni tampoco para saber cuál sería la forma de inducir al público a adoptar principios de protección de la vida. Es

indiscutible que las investigaciones de esta índole resultan caras y requieren mucho tiempo, pero a la larga el esfuerzo y gasto que representan quedarán más que justificados. Un ejemplo de la clase de investigaciones que podrían resultar provechosas, sería el estudio de los factores que influyen en los grupos de población de distintos niveles de desarrollo cultural en lo que se refiere a su aceptación o rechazo de determinadas prácticas.

La tercera clase de investigaciones esenciales en este campo son las relativas al mejoramiento del tratamiento de las lesiones. Poco hay que añadir acerca de este campo de actividades, con el que el clínico está muy familiarizado; sin embargo debemos insistir una vez más en que a menudo es conveniente planear un estudio cooperativo en el que participen varios hospitales o centros de tratamiento. Un ejemplo a este respecto es el estudio que sobre los envenenamientos causados por querosene realizan actualmente en los Estados Unidos la Academia Americana de Pediatría, la Asociación Americana de Salud Pública y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. Se espera que, gracias a la reunión de datos procedentes de numerosos hospitales, se podrá determinar con suficiente fundamento el valor de los lavados en estos casos. Asimismo, se podría llevar a cabo otro estudio de esta naturaleza para comparar los resultados de los distintos tratamientos de las quemaduras graves.

El método de estudio clínico o estudio de casos sería también valioso para la prevención de los accidentes de la infancia. Individualmente, el clínico y en particular el pediatra pueden aportar una importante contribución mediante la minuciosa observación y análisis de los casos que examinan día tras otro.

B. *Prevención secundaria*

Los accidentes de la infancia son al parecer inevitables y por consiguiente debemos encaminar nuestros esfuerzos no sólo a la reducción de los accidentes mortales sino también a la disminución de los efectos de los accidentes. En consecuencia, la prevención de defunciones debidas a causas secundarias y la prevención o modificación de las incapacidades son aspectos del problema que no pueden descartarse.

1. *Mejoramiento de los servicios de urgencia*—En la segunda guerra mundial se demostró termi-

nantemente que las tasas de supervivencia, la duración de la hospitalización e incluso el grado de incapacidad podían estar relacionados con la calidad y distribución de los cuidados de urgencia.

La profesión quirúrgica reconoce la importancia de que la víctima reciba cuidadosa atención desde el momento en que sufre la lesión hasta que empieza el tratamiento definitivo. Por desgracia, esta preocupación no siempre es compartida por las personas encargadas de los servicios de urgencia.

En la atención y transporte de las personas lesionadas intervienen tres importantes factores, a saber: el adiestramiento del personal, la calidad y cantidad del equipo y la distribución de los servicios en relación con la población y con las instalaciones y servicios utilizados por la misma.

La falta de adiestramiento de los encargados de las ambulancias, el equipo inadecuado, la conducción de ambulancias a excesiva velocidad, la falta de servicios en los medios rurales (así como en algunas zonas urbanas), son problemas comunes a todas las Américas. Curry y Lyttle en su excelente descripción¹ de cómo se logró vencer todas estas dificultades en una colectividad, proporcionan un modelo que puede ser adaptado a otros casos.

Para la prevención secundaria es esencial que haya servicios suficientes de salas de urgencia. En este caso, los factores decisivos son asimismo el adiestramiento del personal, la existencia de equipo suficiente, y que haya servicios disponibles. Los problemas especiales planteados por los envenenamientos accidentales, demuestran la importancia de que estos factores sean reconocidos. El médico debe estar en condiciones no sólo de dirigir o proporcionar el tratamiento general del niño, sino que, ante los numerosos agentes tóxicos posibles, debe saber identificar el ingrediente especial que ha causado el accidente, y esto no puede confiarse al azar. Por ejemplo, este problema afecta tanto al médico de Buenos Aires que se encuentra ante un niño que ha ingerido una cantidad desconocida de desodorante, como al médico de Montreal que atiende a un lactante que ha ingerido una cantidad también desconocida de un detergente líquido.

La prevención de complicaciones secundarias no se limita al adecuado tratamiento de los envenenamientos. La falta de tratamiento o el tratamiento

inadecuado pueden introducir igualmente nuevos elementos. En México, como ya se indicó, ocurren todos los años un importante número de defunciones causadas por el tétanos en el grupo de edad de 5-14 años. Puesto que la herida por punzada o laceración es el probable precursor, sus repercusiones en las actividades preventivas secundarias son evidentes.

2. *Servicios de rehabilitación*—Los servicios de rehabilitación, aplicados pronto, contribuyen a reducir el grado de incapacidad producida por una lesión grave. Los casos atendidos en centros de rehabilitación de las Américas están constituidos en gran parte por víctimas de accidentes. Es de esperar que se experimente un notable mejoramiento a medida que se desarrollen estos servicios y se reduzca el tiempo comprendido entre el momento de sufrir la lesión y la aplicación de los servicios de rehabilitación. De todas maneras, si consideramos los gastos que representa la rehabilitación, no cabe duda que la prevención de graves accidentes en la infancia adquiere todavía mayor importancia.

VI. RESUMEN

La extensión de las tendencias actuales hace suponer que, dentro de los próximos veinte años, los accidentes constituirán en muchas naciones de las Américas la causa principal de defunción en los niños de 1 a 15 años. La gran diversidad que presenta el problema de la prevención de accidentes proviene de la diversidad de culturas existentes en el Hemisferio Occidental. Es necesario identificar y prevenir cada uno de los riesgos específicos sobre una base individual; pero los principios tradicionales de salud pública, por ejemplo la epidemiología, proporcionan métodos de procedimiento comprobados. Si bien las gastritis, enteritis etc. constituyen la causa principal de defunción entre los niños del grupo de edad de 1 a 4 años en la mitad de los países de las Américas, los accidentes son la causa principal en dos terceras partes de estos países por lo que respecta al grupo de edad de 5-14 años. Asimismo, los accidentes no mortales ocasionan grandes pérdidas económicas por las incapacitaciones que producen, la prolongada y costosa hospitalización, etc. Los accidentes de vehículos de motor, los ahogamientos, las quemaduras, las caídas, las picaduras de insectos y mordeduras de serpientes figuran entre las

¹Am. Jour. of Surgery, 95:507, abril, 1958.

causas principales de defunción por accidentes. Los niños sufren más accidentes que las niñas, aunque hay importantes excepciones. Más de la mitad de los envenenamientos accidentales ocurren entre niños menores de dos años; las sustancias que intervienen en estos accidentes varían de un país a otro. Los datos de mortalidad y morbilidad obtenidos de las encuestas, constituyen una base esencial para la iniciación de las actividades de prevención de accidentes por parte de los servicios de sanidad. Los datos procedentes de la encuesta sanitaria nacional de los Estados Unidos indican que el 45 por ciento de las lesiones por accidente ocurren en el hogar. Los datos de las encuestas sobre accidentes contribuyen a la determinación de los campos de estudio epidemiológico y a la evaluación de los programas. La causalidad de accidentes, objeto de creciente atención, es extremadamente complicada y para acometer su estudio se requiere el concurso de muchas disciplinas. También hay que tener muy en cuenta la tríada huésped-agente-medio del método epidemiológico. Para el estudio de los accidentes es indispensable tener sistemas de reseña exactos. El análisis de reseñas exactas ha permitido llevar

a cabo con todo éxito en los Estados Unidos determinadas actividades preventivas que pueden ser igualmente útiles en otras naciones de las Américas. La prevención puede facilitarse también mediante estudios longitudinales y retrospectivos de las muertes y lesiones por accidente en la infancia. Por otro lado, las actividades educativas favorecen igualmente a la prevención primaria y secundaria. La educación es la clave de la prevención de accidentes y la misión primordial de los organismos de salud pública. También los médicos pueden desempeñar una labor educativa muy útil en este campo. Los departamentos de salud pública deben encargarse de dirigir la prevención de accidentes y pueden coordinar la labor de otros grupos de la colectividad. Es necesario hacer investigaciones en materia de (1) epidemiología, (2) técnicas de educación y (3) tratamiento de urgencia y primeros auxilios. Los servicios de tratamiento de urgencia deben fortalecerse considerablemente como técnica de prevención secundaria. Según informan los centros de rehabilitación de las Américas, gran número de los casos atendidos en esas instituciones son víctimas de accidentes.

C. Declaración del Ponente, James L. Goddard, M.D., M.P.H.

En la primavera pasada, a solicitud de la Oficina Sanitaria Panamericana, tuve ocasión de dirigir una encuesta sobre la situación en que se encuentra en las Américas el problema de los accidentes de la infancia y sobre los progresos que se desarrollan en el Hemisferio para combatir este problema.

En el curso de esta encuesta tuve la suerte de visitar muchos países de la América Latina, donde observé personalmente el excelente trabajo de prevención que se lleva a cabo en esta materia. Anteriormente, había estudiado las actividades similares en los Estados Unidos y Canadá.

Los resultados de esta encuesta han sido presentados en el Documento CSP15/4,¹ y fueron sometidos a ustedes para estudio. La mayor parte del material que figura en dicho documento fue facilitado por los distintos países en informes directos o como parte de los datos incluidos en su

informe cuatrienal. Se esperaba que el examen de estos datos facilitaría la discusión de hoy sobre los problemas comunes y permitiría sugerir planes para la aplicación satisfactoria de programas preventivos de los accidentes de la infancia en todas las naciones de las Américas.

En el citado documento se encontrará una cantidad considerable de datos estadísticos; esta información constituye, desde luego, un requisito previo para el tipo de encuesta que tuve que realizar, es decir, una encuesta de "reconocimiento". Con el fin de evitar duplicaciones y de eludir una presentación demasiado compleja del tema, procuraré, en mis observaciones de hoy, insistir en las ideas generales y la filosofía del problema más bien que en los "hechos y cifras", que pueden examinarse con calma en el referido informe.

Estoy seguro de que todos se mostrarán de acuerdo en que deben considerarse más como aparentes que como reales las grandes variaciones

¹Véanse págs. 498-514.

que se observan entre las naciones de las Américas, en las estadísticas comparadas de los accidentes de la infancia como causa de defunción. Aunque el tipo de accidente que es causa de mortalidad puede variar con las distintas culturas de los diferentes países, la gravedad del problema es universal.

Puedo mencionar aquí dos razones sobresalientes de esta diferencia aparente de la mortalidad por accidentes de la infancia en las distintas partes del Hemisferio. En primer lugar, cuando se estudian las "principales causas de defunción", se examinan valores relativos. En los Estados Unidos, el progreso registrado durante las recientes décadas en la reducción de los riesgos de las enfermedades de la infancia, de naturaleza transmisible, que antes eran fatales, ha tenido por resultado elevar a un lugar sobresaliente los accidentes como una de las principales causas de defunción el campo de la prevención de aquéllos. Para muchas naciones de las Américas, la victoria definitiva sobre las enfermedades transmisibles que amenazan a la infancia, todavía está en el futuro; en estos países, los accidentes aparecen como relativamente menos importantes en cuanto causa de defunción, aunque en términos absolutos el número de víctimas de accidentes sigue siendo impresionante.

En segundo lugar, lo inapropiado de los registros impide a menudo obtener a base de ellos una visión clara y acertada del problema de los accidentes de la infancia. Este factor no carece de relación con el primero, pues en todo trabajo de salud pública es normal encontrar que los mayores esfuerzos se aplican al perfeccionamiento de los sistemas de registro y notificación que se refieren de modo inmediato a los problemas sanitarios que parecen los más importantes.

A pesar de estas reservas, quiero llamar su atención sobre la figura 2^a del informe, que indica que los accidentes han alcanzado ya el grado de una de las principales causas de defunción, para el grupo de edad de 5 a 14 años, en unos trece países de este Hemisferio.

Para muchas naciones de este Continente, pues, los accidentes de la infancia se han convertido ya en uno de los problemas de salud pública más importantes, incluso tomados relativamente; en otros países, los accidentes justificarán cada vez más en

el futuro la preocupación por ellos de los servicios de salud pública.

Por lo tanto, espero que sea posible lograr cierta homogeneidad en nuestra discusión de hoy, partiendo de la suposición general de que las actividades de prevención de accidentes de la infancia constituyen una preocupación adecuada de todos los servicios de salud pública de las Américas, aunque la amplitud y la urgencia de esta preocupación esté determinada por las condiciones locales de higiene infantil y por los recursos de que se disponga.

No precisa reafirmar aquí las razones clásicas en virtud de las cuales la prevención de accidentes en general ha surgido en años recientes como una función primordial de la salud pública. Ni necesitamos repetir la explicación de por qué las técnicas epidemiológicas son aplicables a la labor de prevención de accidentes, explicación que ha aparecido muy a menudo en la literatura de estos últimos años sobre el tema.

Nos encontramos, más bien, ante la tarea de definir con mayor precisión los problemas que salen al paso del personal de salud pública al hacer éste frente a las consecuencias especiales de los accidentes de la infancia. Al llevar a cabo esta tarea iremos estudiando la adaptación de las técnicas epidemiológicas estándares a estos problemas específicos.

Para entrar ya en los aspectos concretos, quisiera referirme a ciertos datos nuevos sobre morbilidad que no figuran en el Documento CSP15/4.

El Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos ha efectuado una encuesta sobre la morbilidad por accidentes de la infancia en diversas ciudades de los Estados Unidos, en colaboración con los departamentos locales de salud pública, con el fin de conocer mejor todos los aspectos de las heridas por accidentes en la infancia. En colectividades de volumen suficiente para proporcionar datos referentes a muchos millares de heridas sufridas por niños, se examinaron los registros de admisión de éstos en hospitales, en un período de un año.

De la gran diversidad de factores que han de ser objeto del análisis epidemiológico quiero mencionar sólo uno—el factor edad—que se ha identificado ya como un factor significativo de control, al evaluarse los requisitos del trabajo preventivo en el campo de los accidentes de la infancia.

¹Véase pág. 500.

Para decirlo con brevedad, es evidente que no existe el accidente típico de la infancia. Todo depende de la edad del niño. En todas las edades, de uno a nueve años por ejemplo, predominan las caídas como causa de heridas en la infancia (el tipo de caída, a su vez, depende de la edad exacta del niño). Sin embargo, al estudiar el grupo de edad de 15 a 19 años encontramos que el vehículo de motor se ha convertido en la causa principal de heridas por accidente.

El número de heridas causadas por otros riesgos de accidentes comunes en la infancia,—quemaduras, cortes, envenenamiento, mordidas de animales, ahogamiento—, también varía ampliamente de un grupo de edad a otro.

Todos ustedes están familiarizados con el fenómeno de que la mayor parte de los envenenamientos en la infancia ocurren en el grupo de edad de 1 a 4 años. En otras palabras, el niño que está en dicha edad corre los riesgos mayores por esta causa.

Casi podría decirse que los cuatro o cinco grupos de edad básicos de la infancia tienen cada uno un "riesgo profesional" característico, un problema de accidentes peculiar, relacionado con la fase de crecimiento del niño y relativamente independiente de las influencias sociológicas y ambientales. Es cierto que el medio sigue teniendo importancia primordial y que no se pueden pasar por alto los aspectos sociológicos de la causalidad de los accidentes, pero del amplio número de casos que hemos estudiado se desprende que el nivel de edad puro y simple constituye un determinante básico del tipo de accidente que representa el mayor riesgo para cualquier niño dado.

Como he señalado en mi informe, gracias a las estimaciones basadas en la Encuesta Nacional de Sanidad, de los Estados Unidos, sabemos que los muchachos sufren el doble de heridas por accidentes que las muchachas.

Así, pues, tenemos dos factores que se han de tomar en cuenta en los programas actuales y futuros de prevención de accidentes de la infancia en cualquier nación de las Américas: la influencia de la edad y del sexo en el problema.

Son, pues, dos elementos de uniformidad en una situación que en la superficie aparece como heterogénea en nuestro Hemisferio.

La mención de nuestros recientes estudios sobre morbilidad en determinadas ciudades de los Estados Unidos nos conduce a examinar el problema de los registros, que ha de resolverse antes

de que podamos esperar ningún avance en gran escala en la prevención de las heridas y defunciones por accidentes de la infancia.

El hallazgo de datos-hechos constituye el corazón de la epidemiología. Ningún programa de salud pública puede ser mejor que el sistema de notificación en el cual se basa. En los Estados Unidos empezamos a enfrentarnos con el problema de llenar los amplios vacíos en el sistema de notificación de accidentes, vacíos que han de llenarse para que los departamentos de salud pública locales y de los Estados puedan cumplir plenamente su función en el campo de la prevención de accidentes.

Es muy posible que muchos países latinoamericanos se encuentren en condiciones de realizar progresos más rápidos que sus vecinos del Norte, en este tipo de actividad, porque allí donde los servicios hospitalarios y de urgencia están a cargo del Gobierno existe la posibilidad de mejorar la notificación de accidentes mediante la acción oficial directa.

En los Estados Unidos y Canadá se puede lograr bastante en esta materia con la colaboración oficial y de las instituciones privadas, el fomento de los sistemas uniformes de registro y las actividades educativas en todos los niveles gubernamentales. En la América Latina, sin embargo, debería ser posible a menudo la obtención de datos apropiados sobre los accidentes de la infancia con el simple mejoramiento de los procedimientos que se utilizan en los organismos oficiales de salud pública.

Cuando un organismo nacional de salud pública empieza a adquirir este conocimiento más amplio de su propio problema de accidentes de la infancia, mediante el simple mejoramiento de la notificación, más completa y detallada, de los casos de accidente por parte de sus hospitales y clínicas, descubrirá inevitablemente que este conjunto de conocimientos puede ser útil para muchos fines.

En primer lugar, el análisis de estos datos conduce a la identificación de los aspectos del problema. Se observará que determinado tipo de accidente es más frecuente entre niños de cierto grupo de edad. Entonces, se puede hacer de ese aspecto del problema el núcleo de un estudio epidemiológico intensivo, sobre cuya base podrá desarrollarse un programa eficaz de prevención. Los mismos datos que dieron las pistas para la identificación del problema en cuestión pueden

usarse de nuevo para evaluar el éxito del programa preventivo resultante. Sin una línea de base trazada utilizando datos adecuadamente notificados no es posible ninguna evaluación correcta.

En mi informe he esbozado brevemente las condiciones mínimas de un sistema satisfactorio de notificación, es decir, las cosas que el epidemiólogo necesita saber antes de comenzar a analizar el problema. En general, estos requisitos se pueden resumir en la necesidad de reunir todos los datos pertinentes de que se disponga, relativos a cómo ocurrió el accidente y a cuál fue la naturaleza exacta de la herida. Cada país (en la práctica, incluso cada región de cada país) adaptará estas sugerencias generales a las circunstancias y a la cultura locales; pero la necesidad general de reunir sobre cada accidente tantos datos como sea posible, es una necesidad universal.

El análisis de los certificados de defunción constituye una técnica complementaria esencial, que los funcionarios de salud pública han de utilizar en la busca de datos sobre accidentes. Aun sabiendo que los certificados de defunción están a menudo muy lejos de ser documentos perfectos para este propósito, la busca tenaz de información en este aspecto con frecuencia puede proporcionar resultados, a pesar de las variaciones de la notificación en los certificados de defunción.

En determinadas partes de los Estados Unidos, ha venido llevándose a cabo desde hace años, el estudio retrospectivo de las defunciones por accidente, mediante el empleo de formularios complementarios de los certificados de defunción. Los conocimientos que se han adquirido de este modo han contribuido significativamente a la educación profesional de los trabajadores de salud pública y a la educación del público en general, en el campo de los riesgos de accidente.

Si queremos triunfar en nuestro empeño no podremos limitarnos a una mera recopilación de datos del tipo indicado. Con frecuencia, y aunque se recopilen y analicen con cuidado, esos datos no nos proporcionan conocimientos suficientes para formular programas preventivos. Si queremos progresar en nuestra comprensión de la causalidad de los accidentes, tendremos que ir más allá de una preocupación continua por los acontecimientos inmediatos y los factores ambientales que rodean el accidente. El gráfico "La dinámica de los accidentes en el hogar", que figura en el

Documento CSP15/4,¹ sugiere algunos de los aspectos que será preciso considerar con mayor intensidad. Aunque este gráfico se preparó concretamente para los accidentes en el hogar, los principios en que se inspira son comunes a todos los accidentes.

La parte superior del gráfico, y en particular la parte comprendida bajo el epígrafe "Antecedentes", indica el aspecto en que debemos concentrar nuestra atención. A medida que comencemos a comprender por qué se acepta o se rechaza la propaganda relativa a la seguridad, la influencia que los factores fisiológicos y mentales ejercen en la causalidad de los accidentes, la clase de adiestramiento más eficaz, las razones que impulsan a ciertas personas a adoptar principios para vivir con mayor seguridad, estaremos en condiciones de facilitar una dirección mejor a nuestros programas y actividades educativos.

El hecho de que me preocupe la actual falta de conocimiento, no debe interpretarse en el sentido de que nada debe hacerse por ahora. Tenemos ante nosotros la tarea inmediata de aplicar lo poco que sabemos con las escasas técnicas actualmente disponibles.

Esto nos lleva a un aspecto esencial del trabajo de prevención de accidentes, o sea, a la necesidad de la educación. No se trata sólo de un problema sobresaliente, sino también de un aspecto en el cual los trabajadores de salud pública están preparados para hacer aportaciones útiles.

En las últimas décadas, el personal de los servicios de salud pública se ha acostumbrado a orientarse hacia los nuevos problemas sanitarios, como consecuencia natural del histórico período de transición por el cual ha pasado todo el mundo médico. La tarea de educarse a sí mismos en relación con los accidentes de la infancia no es, por lo tanto, una tarea que haya de crear dificultades entre el personal de los servicios de salud pública, y un personal bien orientado se encuentra en buena posición para emprender la educación de aquellos grupos especiales de la comunidad que puedan enseñar al público en general lo relativo a la prevención de accidentes.

En el campo de los accidentes de la infancia, los pediatras constituyen evidentemente el más valioso interesado de estos grupos. Cooperar con la profesión médica, proporcionando información sobre accidentes y material educativo al pediatra,

¹Véase pág. 509.

es una tarea esencial de todo servicio de salud pública.

La cooperación es casi la palabra "clave", tanto en la prevención de accidentes de la infancia como en la educación. El servicio sanitario que inicie un programa en este campo, encontrará que muchos otros organismos oficiales actúan desde hace muchos años, ocupándose activamente de aspectos específicos del problema. Departamentos de educación, trabajo, bienestar social y tránsito—para mencionar solamente algunos de los organismos interesados—han encontrado la forma de cooperar eficazmente en la prevención de accidentes, y muchas de estas actividades han producido notables resultados.

La misión del servicio de salud pública consiste en aportar una colaboración apropiada, aunque al mismo tiempo debe evitar todo riesgo de duplicar la actuación con otros programas de la colectividad o de dar la impresión de hacerles competencia.

Dada la reconocida importancia de los accidentes como problema de salud pública, se considerará con beneplácito por todos los interesados que un organismo de salud pública se encargue de dirigir estas actividades, pero debe ser una dirección llena de tacto, basada en la coordinación.

De hecho, la coordinación entre los distintos programas de una colectividad es a menudo la aportación más importante que un servicio oficial de salud pública puede hacer en la actualidad, sujeta a la obtención de más personal y recursos y al desarrollo de más conocimientos de investigación.

La investigación en la prevención de accidentes debe fomentarse tan activamente como en cualesquiera otros sectores importantes de las actividades de la salud pública moderna, tales como las enfermedades crónicas. Aunque no podemos per-

manecer cruzados de brazos esperando que la investigación nos proporcione la respuesta a la prevención de los accidentes de la infancia, debemos reconocer que sólo programas apropiados y en gran escala pueden facilitarnos en definitiva los instrumentos necesarios para una actuación preventiva capaz de lograr pleno éxito.

Por último, un programa de prevención de accidentes de la infancia que no esté bien elaborado, corre el peligro de hacer caso omiso del importante factor de la prevención secundaria, que consiste en reducir al mínimo las incapacidades causadas por lesiones producidas por accidentes. Más que nada, pueden servir en este sentido el establecimiento o el fomento de servicios de urgencia adecuados.

Las salas de urgencia de los hospitales requieren particular atención, pues son los verdaderos escenarios de la prevención secundaria. En hospitales administrados por el Gobierno puede actuarse directamente mediante el adiestramiento de personal y proporcionando equipo adecuado, con el fin de garantizar el más alto nivel de servicio.

Los servicios de ambulancias y de primeros auxilios son aspectos afines de importancia para la prevención secundaria.

Cuando hayan fallado todas las demás medidas, la rehabilitación puede producir beneficios esenciales aliviando el grado de incapacidad resultante de una lesión por accidente. Se ha informado que la mayor parte de los casos tratados en centros de rehabilitación en las Américas son de víctimas de accidentes.

He preparado este breve resumen sobre la prevención de los accidentes de la infancia con el deseo de recapitular los rasgos más destacados de mi informe y de proporcionar sugerencias para su posible discusión en esta reunión.

D. Observaciones de la Oficina Internacional del Trabajo

La cuestión de los accidentes de la infancia tiene ciertas repercusiones sociales que son objeto de preocupación por parte de la OIT.

Hay, por ejemplo, el problema *del niño que se queda solo mientras la madre trabaja* y el de la necesidad de aplicar *medidas de readaptación*

para los niños lisiados. En el Informe del Grupo Consultivo sobre Prevención de los Accidentes de la Infancia, reunido en Ginebra, en 1956,¹ por la Oficina Regional de la OMS para Europa, se hace referencia a estos dos problemas.

¹Org. mund. Salud: Ser. Inf. técn. 1957, 118.

Otro de los aspectos sociales de especial importancia para la Región de las Américas lo constituyen, por ejemplo, los problemas de los numerosos *niños delicados a ventas callejeras* (por su cuenta o por un salario) de periódicos, fósforos, etc., en las grandes ciudades, en las que están particularmente expuestos a los accidentes de tránsito.

La OIT ha establecido normas mínimas y principios que contribuyen a la prevención de accidentes que ocurren por las causas antes mencionadas o que remedian sus consecuencias (por ejemplo, el fomento del establecimiento de servicios de cuidado del niño para las madres que trabajan, la recomendación de medidas para la readaptación de los niños lisiados, la fijación de una edad mínima para la admisión en ocupaciones ambulantes, la prohibición del empleo durante la noche de trabajadores ambulantes menores, la prescripción de un examen médico para ellos, etc.)

Parece conveniente que, al examinar los problemas de la prevención de los accidentes de la infancia, se dedique atención a las repercusiones sociales antes mencionadas y a las normas mínimas y principios establecidos por la OIT a este respecto.

A continuación figuran más detalles sobre las normas mínimas de la OIT relativas a estos distintos problemas.

Instalaciones de asistencia infantil para las madres que trabajan

La Recomendación sobre la protección de la maternidad, 1952, (No. 95) estipula que deberían establecerse instalaciones para la lactancia de los hijos y para la asistencia que deba prestárseles durante la jornada, de preferencia fuera de las empresas donde estén trabajando las mujeres. Asimismo se recomienda que esas instalaciones y esa asistencia sean financiadas, o al menos subvencionadas, con cargo a la colectividad o en virtud de un sistema de seguro social obligatorio. Igualmente se deberían determinar unas normas y establecer una forma de control ejercido por las autoridades públicas con respecto al equipo y a las condiciones higiénicas de estas instalaciones y al número y calificaciones de su personal.

Medidas para la readaptación de los menores inválidos

La Recomendación sobre la adaptación y la readaptación profesionales de los inválidos, 1955,

contiene las siguientes disposiciones especiales relativas a los niños y menores inválidos:

36. Los servicios de adaptación y readaptación profesionales para los menores inválidos en edad escolar deberían ser organizados y desarrollados en estrecha colaboración entre las autoridades encargadas de la enseñanza y la autoridad o las autoridades responsables de la adaptación y la readaptación profesionales.

37. Los programas de enseñanza deberían tener en cuenta los problemas especiales de los menores inválidos y la necesidad de brindarles las mismas oportunidades que a los menores no inválidos de recibir la formación general y profesional más adecuada a su edad, capacidad, aptitudes y preferencias.

38. El objetivo fundamental de los servicios de adaptación y readaptación profesionales para menores inválidos debería consistir en reducir al mínimo las dificultades profesionales y psicológicas impuestas por su incapacidad y en ofrecerles todas las posibilidades de prepararse para su empleo en las ocupaciones más apropiadas. La utilización de estos medios debería entrañar la cooperación, por una parte, de los servicios médicos, sociales y pedagógicos y, por otra, de los padres o personas que ejercen la tutela familiar de los menores inválidos.

39. 1) La instrucción, la orientación profesional, la formación profesional y la colocación de los menores inválidos deberían incluirse en la organización general de los servicios destinados a los menores no inválidos y, siempre que fuere posible, efectuarse en las mismas condiciones que se apliquen a éstos y en su compañía.

2) Deberían adoptarse medidas especiales para los menores inválidos cuya incapacidad le impida beneficiarse, en las mismas condiciones que los menores no inválidos y en su compañía, de las facilidades previstas para estos últimos.

3) Entre estas medidas debería figurar, en particular, la información pedagógica especializada de los instructores.

40. Deberían adoptarse medidas para asegurarse de que los menores cuyo examen médico haya revelado anomalías o deficiencias o cualquier ineptitud para el trabajo:

a) reciban cuanto antes el tratamiento médico necesario para eliminar o atenuar sus anomalías o deficiencias;

b) sean estimulados a asistir a la escuela y se los oriente hacia empleos que puedan corresponder a sus aspiraciones y aptitudes, y se les proporcionen las oportunidades de obtener formación profesional para dichos empleos;

c) obtengan una ayuda económica, si fuere posible, durante el período de tratamiento médico, de instrucción y de formación profesional.

Empleo de niños y menores en ocupaciones ambulantes

Las condiciones de trabajo de los menores en

ocupaciones ambulantes están reguladas por varios convenios y recomendaciones relativos a los menores dedicados a ocupaciones no industriales.

Edad mínima—Los Convenios sobre la edad de admisión de los niños a trabajos no industriales, No. 33, 1932, y No. 60, 1937, que fijan en 14 y 15 años respectivamente, la edad mínima para la admisión en trabajos no industriales, se aplican también a los menores que trabajan en ocupaciones ambulantes. Asimismo, se estipula la fijación de una edad superior de admisión en trabajos cuyas condiciones así lo requieran.

Los niños comprendidos en la edad de 12 a 14 años, o, de conformidad con el Convenio revisado, entre los 13 y los 15, podrán ser empleados, fuera de las horas fijadas para su asistencia a la escuela, en trabajos ligeros (tales como los de recaderos, repartidores de periódicos, venta de flores o frutos) que no sean nocivos para su salud o su desarrollo normal y que no sean de naturaleza tal que puedan perjudicar su asistencia a la escuela o el aprovechamiento de la instrucción que en ella se ofrece, siempre que se observen las disposiciones específicas en relación al número de horas de trabajo, y la prohibición de trabajar los domingos y días de fiesta oficial y durante la noche (Convenios Nos. 33 y 60, y Recomendación No. 41).

Se recomienda, además, que para la admisión de los niños a los trabajos ligeros, las autoridades competentes exijan el consentimiento de los padres o tutores, un certificado médico de aptitud física para el trabajo de que se trate y, si fuere necesario, un informe previo de las autoridades escolares (Recomendación No. 41).

Trabajo nocturno—El Convenio No. 79, 1946, relativo al trabajo nocturno de los menores (en trabajos no industriales) estipula que los niños menores de 14 años que sean admitidos en el empleo a jornada completa o a jornada parcial, y los niños mayores de 14 años que estén todavía sujetos a la obligación escolar de horario completo, no podrán ser empleados ni podrán traba-

jar de noche, durante un período de catorce horas consecutivas, como mínimo, que deberá comprender el intervalo entre las 8 de la noche y las 8 de la mañana (cuando las condiciones locales lo exijan, se podrá substituir este intervalo por otro de doce horas, que no podrá empezar después de las 8.30 de la noche ni terminar antes de las 6 de la mañana). Los niños mayores de 14 años que no estén sujetos a la obligación escolar a horario completo, y los menores de 18 años, no podrán ser empleados ni podrán trabajar de noche, durante un período de doce horas consecutivas, como mínimo, que deberá comprender el intervalo entre las 10 de la noche y las 6 de la mañana (el Convenio estipula la posibilidad de substituir este intervalo por otro comprendido entre las 11 de la noche y las 7 de la mañana, en circunstancias excepcionales y bajo condiciones específicas).

Examen médico—El Convenio No. 78, 1946, sobre el examen médico de aptitud de los menores (para su empleo en trabajo no industriales), estipula especialmente que las personas menores de 18 años deberán someterse a un examen médico antes de ser admitidas al trabajo o al empleo en ocupaciones no industriales, examen que se repetirá todos los años después de ser admitidas al trabajo.

Métodos para el cumplimiento de las disposiciones—Los tres Convenios (Nos. 60, 78 y 79) estipulan la provisión de medidas adecuadas para facilitar la identificación y supervisión de las personas menores de determinada edad, dedicadas a ocupaciones ambulantes. De conformidad con las Recomendaciones Nos. 41, 79 y 80, que complementan dichos convenios, estas medidas deberían comprender la obligación, por parte de los interesados, de llevar una insignia especial y de poseer un permiso individual. Los Convenios Nos. 78 y 79 y las Recomendaciones Nos. 79 y 80 estipulan que estos métodos de supervisión deben aplicarse a todos los menores que ejercen ocupaciones ambulantes ya sea a sueldo, ya por cuenta de sus padres o por su propia cuenta.

E. Informe del Relator, Dr. Héctor Abad Gómez¹

Las Discusiones Técnicas sobre el tema "La prevención de los accidentes de la infancia", tuvieron lugar el día 30 de septiembre de 1958, bajo la presidencia del Dr. Félix Hurtado (Cuba), Director de debates, asistido del Relator, Dr. Héctor Abad Gómez (Colombia), y del Secretario Técnico, Dr. Gustavo Molina (Jefe de la División de Salud Pública, Oficina Sanitaria Panamericana).

El tema se discutió en dos sesiones con la asistencia de prácticamente todos los delegados, asesores y observadores a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, habiéndose contado también con la presencia de personal del Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y estudiantes de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico.

Introducción

El Dr. J. L. Goddard, Consultor designado por la Oficina Sanitaria Panamericana, presentó un resumen del tema, destacando siete puntos principales:

1. La aparición de los accidentes de la infancia como un problema sanitario de capital importancia para las Américas se debe, en gran parte, a las enfermedades transmisibles.

2. El carácter diverso de los accidentes de la infancia se comprenderá mejor si se relacionan tales accidentes con el estado de crecimiento y desarrollo del niño.

3. Para una planificación de programas es esencial la existencia de un satisfactorio sistema de registros que facilite la información suficiente de los accidentes, sean éstos fatales o no.

4. La forma básica de abordar el problema es mediante la educación. Esta educación debe ser selectiva y dirigida fundamentalmente a despertar el interés de los médicos, en especial de los pediatras, a fin de que éstos puedan facilitar a los padres y a los niños una orientación adecuada.

5. Para evitar toda innecesaria duplicación de esfuerzos será esencial que los numerosos organismos interesados realicen un trabajo coordinado.

6. Es esencial la investigación encaminada a aumentar nuestra comprensión de los factores

causativos y utilizar los conocimientos que hoy poseemos, valiéndonos de las técnicas disponibles.

7. La "prevención secundaria" constituye un campo de legítimo interés, dado que el desarrollo de servicios de urgencia y el hecho de disponer de un tratamiento apropiado que abarque incluso la rehabilitación, disminuirán considerablemente el grado de incapacidad por lesiones sufridas en accidentes.

El Dr. Güell, de México, se refirió a la creación en su país de una sección de prevención de accidentes no profesionales, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Se distribuyó entre todos los presentes una detallada descripción del programa proyectado. El Dr. Güell describió los datos más importantes de su excelente publicación. Se refirió a que los accidentes ocupan el sexto lugar entre las causas de muerte en su país. Aludió a la importancia de que todos los médicos anotaran en los certificados de defunción, no sólo la lesión que causó la muerte, sino también la causa externa y las circunstancias en que el accidente se produjo. Hizo algunas observaciones referentes a la importancia de la educación en la prevención de los accidentes, sobre todo por parte de las enfermeras domiciliarias de salud pública.

El Dr. Méndez Castellano, de Venezuela, presentó dos excelentes trabajos sobre accidentes, que fueron igualmente distribuidos entre los presentes en la reunión. El primero era sobre "Mortalidad debida a accidentes, suicidios y homicidios ocurridos en Venezuela en niños menores de quince años, entre los años de 1950-1956". Señaló que en Venezuela aumentó la tasa de defunciones durante ese período y que los accidentes son la primera causa de muerte en los niños de 5 a 14 años.

En el segundo trabajo, titulado "Estudio de la morbilidad por accidentes en niños menores de quince años en el Distrito Federal" se facilitan informes obtenidos de un estudio de 247.588 fichas hospitalarias y visitas a enfermos no hospitalizados, correspondientes al primer semestre de 1958. Del total de los casos registrados, 19.336 correspondían a accidentes, con una mayor tasa para los hombres (13.508 varones y 6.428 mujeres). Los tipos más frecuentes de lesiones fueron laceraciones (9.517), contusiones (6.748), mordeduras (1.659), y quemaduras (697).

¹Secretario de Salud Pública del Departamento de Antioquia (Colombia) y Asesor de la Delegación de su país a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Dr. Méndez Castellano se refirió a la importancia de hacer investigaciones en distintos grupos socioeconómicos, afirmando que los accidentes están en relación con las costumbres, la manera de ser de la gente en un determinado lugar, su ambiente, sus aptitudes y su ocupación. En su estudio de casi un cuarto de millón de fichas hospitalarias analizó la incidencia de accidentes por sexo, grupos etarios, clases de accidentes y horas de mayor frecuencia. Propuso que para que se pudiera efectuar un estudio a fondo de ese tema en todos los países del Continente, se legislara, como lo está haciendo ahora su país, haciendo de declaración obligatoria todos los casos de accidentes.

Importancia relativa de los accidentes como problema sanitario

El grupo estuvo de acuerdo en que cada país debería analizar este problema para determinar el lugar que ocupa en relación con otros problemas sanitarios, y para así poder definir exactamente cuál es su jerarquía dentro de los demás problemas de salud pública. Para ello se recomendó que se tomara en cuenta el orden de prioridades aprobado en las Discusiones Técnicas de la IX Reunión del Consejo Directivo.¹ Se deben tomar en consideración, además de este factor, los recursos disponibles, las técnicas adecuadas y probadas de prevención, y el interés de la comunidad en resolver el problema.

Se puso de relieve que no se debería olvidar que el grupo de edad que se ha presentado como el de mayor incidencia en accidentes, el de 5 a 14 años, es apenas el grupo sobreviviente de los muchos niños que ya murieron antes por enfermedades infecciosas y otras en la primera infancia. Se señaló, sin embargo, que de cualquier manera, de acuerdo con la presentación del Dr. Goddard,² este era un problema que ya empezaba a tener cierta categoría en todos los países latinoamericanos.

En algunos países, la tasa de defunción motivada por los accidentes ha disminuido; en otros permanece estacionaria. La tasa de defunción debida a ciertos tipos de accidentes ha aumentado, demostrando así que los programas deben orientarse en un sentido determinado para lograr los resultados apetecidos. Se convino en que todos

los programas deben tomar en cuenta la posibilidad de obtener resultados inmediatos, el importante papel que desempeña la opinión pública y el hecho de que, al decrecer el número de otras enfermedades, aumenta la relativa importancia de los accidentes.

Medición del problema

La medición del problema de los accidentes de la infancia puede obtenerse por diversos medios: estadísticas de mortalidad y de morbilidad, registros de hospitales y policía y otras investigaciones especiales.

En la medición del problema de las muertes por accidentes, el paso inicial será el análisis de la mortalidad, cuyos datos pueden obtenerse de los certificados de defunción. Los informes respecto a los accidentes fatales son útiles para definir el problema. En los casos de muertes por lesiones sufridas, es necesario conocer las circunstancias en que se produjo la lesión (tal como ocurre en el caso de accidentes automovilísticos) y los lugares en que ocurrió el accidente: hogar, sitio público, carretera, etc. En los formularios internacionales de certificados de defunción deben figurar casillas para toda información complementaria respecto a las causas externas de muerte. Si no figura la causa de la lesión, será necesario obtener información adicional de la persona que firma el certificado de defunción. Aunque se reconoce la importancia del registro de defunciones, una clasificación adecuada presenta, sin embargo, serias dificultades.

La importancia de este problema no se debe medir solamente por el número de muertes que causa, sino por las cicatrices físicas o emocionales que deja, tanto en los que son víctimas directas de ellos como en sus padres, familiares y relaciones. Se habló del factor psicológico del sufrimiento mayor por parte de los padres cuando pierden niños en trágicas circunstancias y de una edad mayor.

Los datos sobre mortalidad se consideraron esenciales para la medición del problema de los accidentes, puesto que las lesiones no fatales son a menudo de una naturaleza distinta de las que producen la muerte.

Se estuvo de acuerdo en que el método más conveniente para determinar la magnitud y naturaleza del problema era el registro de los accidentes y su adecuada descripción, para lo cual se recomendaron las normas contenidas en el infor-

¹Publicado en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. XLII, año 36, No. 1 (enero de 1957).

²Véanse págs. 498-514.

me del Grupo Consultivo sobre Prevención de los Accidentes de la Infancia,¹ reunido por la Organización Mundial de la Salud en 1956. En cambio, no hubo unanimidad para recomendar la obligatoriedad de la notificación, por parte de los médicos, de todos los accidentes, en forma similar a como se hace en el caso de las enfermedades transmisibles, en vista de que este método no ha sido igualmente eficaz en todos los países, pero se convino en que, en la mayoría de los casos, era recomendable.

Bases para un programa de acción

El Dr. Allaria, de la Argentina, sometió a la consideración general de los demás participantes en la discusión un cambio del planteamiento del problema, que no debería ser en relación con la prevención de accidentes de la infancia, sino que debería ser estudiado más bien en relación con los niños en sí mismos, es decir, estudiando el problema de los niños que se accidentan. "Lo que se debe considerar no es tanto cuántos niños se accidentan, sino porqué se accidentan estos niños", dijo el Dr. Allaria. Se alegó que no todos los niños se accidentan en igualdad de circunstancias, y que el mismo hecho de accidentarse podría revelar una conducta insegura, probablemente transmitida a los niños por padres a su vez inseguros emocionalmente. Los traumatismos físicos podrían ser, en último término, consecuencia de los traumatismos emocionales que el niño ha recibido en su primera infancia de la microsociedad que es su familia. De ahí se desprende la enorme importancia, en este problema, de la actitud de los padres en relación con la formación y educación de los hijos, puesto que aquéllos no hacen sino proyectar sus propias inquietudes en niños que no tienen la suficiente maduración neuromotriz para soportar el impacto de las exageradas demandas de sus padres. Si hubiera padres más seguros emocionalmente, se accidentarían menos niños, y es la conducta insegura de aquéllos lo que crea la inseguridad en éstos. En resumen, se afirmó que es probablemente más importante considerar la persona que se accidenta, que las circunstancias de otra índole que rodean al accidentado.

Debería informarse a los padres sobre los métodos de prevención, sin crear en ellos una indebida ansiedad, para que puedan educar a sus hijos sin necesidad de que esto interfiera con su

vida normal, en la cual ciertamente hay riesgos que toda persona debe correr. El niño debe aprender que no puede permanecer toda su vida protegido continuamente por sus padres, y debe aceptar la responsabilidad que tiene por sí mismo. Esto no quiere decir que no deban evitársele todos los riesgos mayores e innecesarios que sea posible evitarle, pero hay que enseñar al niño a vivir en su ambiente natural. Teniendo en cuenta que en muchos de los accidentados se repite un mismo tipo de accidente, se hizo la recomendación práctica de que en todas las fichas de estudios estadísticos de los accidentes se agregara una casilla que indicara si antes se han sufrido y cuántas veces.

En relación con los organismos que deben encargarse de la campaña de prevención de los accidentes, se estuvo de acuerdo en que deberían ser todos los de carácter público o privado que pudieran tener alguna influencia o participación en la solución del problema. Son importantes en este sentido, en primer lugar, el Ministerio o Servicio Nacional de Salud, y los Departamentos de Educación, de Tránsito, la Cruz Roja, las asociaciones médicas (especialmente la de Pediatría), los seguros sociales, y las asociaciones de padres y maestros. Se estuvo de acuerdo en que la dirección debería ser asumida por el Servicio Nacional de Salud Pública, y se sugirió la posibilidad de establecer comités conjuntos de coordinación. En este sentido, se expresó la opinión de que quizás tales cuerpos no deberían ser los encargados de dirigir el programa, sino que más bien debería haber un grupo de personas, o un departamento a un alto nivel, que estuviera dedicado a impulsar las actividades de prevención de accidentes a través de todos los niveles o servicios de salud pública y otras actividades. Se llamó la atención sobre el hecho de que, a veces, algunos comités no hacen sino poner a trabajar a servicios ya establecidos, interfiriendo con su trabajo normal. Lo que se requiere es establecer bien claramente los deberes y responsabilidades de todos los grupos para poder saber exactamente qué es lo que va a hacer cada cual.

Cuando se habló de la importancia de la educación de los niños por parte de los padres, se señaló que a veces, y en algunas circunstancias y países, los maestros, con su especial adiestramiento, pueden ser más influyentes en el cambio de hábito de aquéllos que sus mismos padres. Por esto se puso de relieve el importantísimo papel

¹Org. mund. Salud: Ser. Inf. técn. 1957, 118.

que los profesionales de la enseñanza tienen en este y otros problemas de salud pública.

Mediante la presentación de ejemplos de actividades que han tenido éxito en la prevención de los accidentes, se demostró la conveniencia de utilizar técnicas que han resultado valiosas. Varios de esos ejemplos destacaron la importancia de introducir cambios en el medio, siempre que ello sea posible, pues tales cambios redundan a menudo en una inmediata reducción en el número de accidentes. Un ejemplo que se citó fue el de poner vallas a lo largo de los canales para el riego en las zonas rurales lo cual ha disminuido automáticamente el número de niños ahogados en dichas regiones. Esto indica con toda claridad el valor de concentrar los esfuerzos en tipos específicos de accidentes, los que sean más frecuentes y, al mismo tiempo, de más fácil prevención.

Por fin, se recomendó que se felicitara a la Oficina Sanitaria Panamericana por la acertada elección del Consultor para estas Discusiones Técnicas, y felicitar también personalmente al Dr. Goddard por el excelente informe presentado y por la manera como abordó la discusión de este tema.

Se sugirió también solicitar de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana que considerara una recomendación a los Gobiernos en el sentido de sugerir la notificación obligatoria de los accidentes bajo ciertas circunstancias, como un primer paso hacia el estudio completo y detallado del problema.

Por último, el señor Presidente se congratuló de la manera en que se habían adelantado estas discusiones y felicitó a cada uno de los participantes en ellas por su importantísima colaboración.

Anexo 5

REGISTRO DE MEDICAMENTOS Y PROBLEMAS AFINES¹

(Tema propuesto por el Gobierno de Venezuela)

A. Antecedentes

El Gobierno de Venezuela, en comunicación del 27 de junio de 1958, solicitó que se incluyera en el programa de la Conferencia un tema sobre "Registro de medicamentos y problemas afines". Recordando que el Consejo Directivo, en su X Reunión,² adoptó la Resolución XXV aprobando el proyecto del Director para el desarrollo gradual de una acción internacional sobre los alimentos y drogas, comenzando con una cuidadosa determinación de la naturaleza y extensión de los problemas correspondientes, la citada comunicación indica que "el Gobierno Venezolano ha demostrado siempre el más profundo interés en el establecimiento de cualquier sistema internacional destinado a la ayuda mutua de los países americanos en los numerosos y complejos problemas que presenta el registro de productos farmacéuticos y alimenticios; y considera que el proyecto presentado por el Director de la Oficina

Sanitaria Panamericana a la X Reunión del Consejo Directivo, comprende un plan de acción que, de llevarse a cabo en la forma propuesta, redundará seguramente en positivos beneficios para las distintas administraciones nacionales de salud pública en este importante aspecto".

El Director, siguiendo la práctica establecida en estos casos, solicitó del Gobierno de Venezuela que preparara un documento exponiendo sus puntos de vista, con el objeto de facilitar los debates de la Conferencia y al propio tiempo definir el alcance de la resolución que desee proponer.

B. Documento presentado por el Gobierno de Venezuela

1. El diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las enfermedades no pueden realizarse sin el concurso de los medios diagnósticos, preventivos y terapéuticos que las ciencias médicas y farmacéuticas han desarrollado a esos fines y que son universalmente aceptados. Ya se trate del médico en ejercicio privado o, con mayor razón, de las administraciones

¹Documento CSP15/20.

²Documento Oficial de la OSPA 22, 28.

nacionales de salud pública, la condición anterior es igualmente cierta e invariable.

2. La eficacia de las indicaciones terapéuticas del médico, y por ende, el éxito de los programas de asistencia médica, y de salud pública, pueden verse seriamente comprometidos si los recursos diagnósticos, preventivos y curativos que han de usarse no responden estrictamente a las necesidades de cada caso. La existencia de productos farmacéuticos seguros, eficaces e inocuos es, pues, requisito indispensable para alcanzar la plenitud de la acción médica frente al síntoma o la enfermedad.

3. La responsabilidad del diagnóstico y la indicación terapéutica corresponde al médico; pero la preparación del producto indicado de modo de asegurar su eficacia, es responsabilidad del farmacéutico. En el ejercicio privado de la medicina, estas dos responsabilidades funcionan separadamente; pero cuando los Gobiernos ofrecen al individuo servicios médicos y farmacéuticos, como es el caso en casi todos los programas nacionales de asistencia médica, no existe sino una sola responsabilidad, y ella recae sobre cada Gobierno.

4. La industria farmacéutica se ha desarrollado vertiginosamente en las últimas décadas. Los laboratorios productores se multiplican y nuevos preparados farmacéuticos aparecen por millares cada año. El comercio internacional ha crecido paralelamente en alto grado, y de este modo ha surgido la tendencia a conceder mayor importancia a los intereses económicos y comerciales que a la elevada finalidad que la preparación de medios terapéuticos debe llenar ante la colectividad.

5. La importancia de una acción fiscalizadora del Estado sobre los productos farmacéuticos, se deja ver en el hecho histórico de que muchos Gobiernos, antes de organizar servicios nacionales de asistencia médica y salud pública, habían ya dictado leyes sobre control de medicamentos. Con el advenimiento de la medicina pública, esta responsabilidad del Estado pasó a ser aun más perentoria e importante, ya que el servicio médico que presta el Estado lleva consigo, inseparablemente, el servicio farmacéutico.

6. La situación de los distintos Gobiernos de América frente a esta responsabilidad es muy variable. Es posible que en todos ellos exista el mismo cuadro de muchos establecimientos de producción y numerosos patentados farmacéuticos solicitando la aprobación oficial; y es más posible aún que algunos de esos Gobiernos no posean los medios necesarios para poder cumplir debidamente esa delicada responsabilidad. Los resultados son obvios: productos nacionales insuficientemente controlados, que buscan, por razón de la libertad de comercio, mercados exteriores productivos, y la presencia abrumadora de decenas de millares de preparados farmacéuticos, cuyo gran número dificulta el buen uso de las drogas básicas por la profesión médica y obliga a los interesados a hipertrofiar los sistemas de propaganda y colocación comercial, muchas veces con menoscabo de los principios de ética y seriedad científica que van implícitos en esta importante actividad.

7. Por estas razones, es aconsejable establecer un sistema de cooperación internacional que ayude a los Gobiernos a resolver sus problemas en el campo del control y registro de los medicamentos. No es el objetivo de este sistema el establecimiento de un régimen internacional que obligue a los países y ponga así trabas al comercio liberal y al desarrollo de su industria farmacéutica. Un sistema de esa naturaleza sólo existe hoy para los estupefactivos, por el grave riesgo que significan su producción, comercio y uso indiscriminados. El sistema inicial deseable para América debe ofrecer:

a) información sobre las normas legales y prácticas rutinarias de los distintos países vinculadas al control de los medicamentos;

b) publicaciones regulares sobre los más importantes progresos en terapéutica y farmacología y sobre problemas relacionados con la materia;

c) reuniones regionales o continentales para la discusión de estos problemas y formulación de recomendaciones adecuadas;

d) servicios de personal técnico e intercambio de información científica y patrones nacionales para ayudar a los distintos organismos encargados del control;

e) evacuación de consultas técnicas formuladas por los países; y

f) evacuación de consultas sobre estudios y análisis efectuados en otros países sobre productos en tramitación de registro; e intercambio de información sobre productos ya aprobados.

8. La Oficina Sanitaria Panamericana podría llenar estas funciones desde una Sección de Drogas establecida en su División de Salud Pública.

Al enviar el documento anterior, el Gobierno de Venezuela, en su comunicación del 26 de agosto de 1958, señala que en él "resume los puntos de vista del Gobierno Venezolano en lo que respecta al problema de registro de medicamentos" y agrega que el propósito del Gobierno al solicitar la discusión de este tema en la Conferencia "no es otro que el de aprovechar esta máxima reunión de la Organización para mantener vigente la preocupación de los Gobiernos Americanos sobre esta importante materia, así como el de estimular el establecimiento del plan inicial aprobado por el Consejo".

C. Información suplementaria

Como se recordará, la 28a Reunión del Comité Ejecutivo consideró este tema a propuesta del señor Representante de Cuba, en la que se hacía eco de una moción sobre esta materia aprobada por la IV Asamblea General de la Confederación Médica Panamericana. Dicha reunión del Comité Ejecutivo, en su Resolución XIV,¹ encomendó al

¹Documento Oficial de la OSPA 18, 140.

Director que consultara a la Unión Panamericana, a la Organización Mundial de la Salud y, si fuere conveniente, a la Unión Internacional para la Protección de la Propiedad Industrial, a los efectos de determinar el procedimiento más adecuado para obtener uniformidad en la legislación de los Estados Americanos que exigen el registro de medicamentos. En la 31a Reunión del Comité Ejecutivo, el Director presentó un informe referente a este tema, cuyo anexo contenía un plan provisional para el desarrollo y mejoramiento de los servicios nacionales de alimentos y drogas en las Américas, que fue aprobado por el Comité. El Consejo Directivo, en su X Reunión, estudió y aprobó a su vez (Resolución XXV) el plan citado.¹

En noviembre de 1957 el Director asistió al IV Congreso Panamericano de Farmacia y Bioquímica, reunido en Washington, D.C. Tanto en el discurso que pronunció en la Sesión Inaugural como en su intervención en el simposio de la Sección de Legislación y Deontología Farmacéutica del Congreso citado, el Director sintetizó así los puntos fundamentales que rigen el criterio de la OSP en los problemas referentes a medicamentos y drogas:

1. Es preciso encontrar medios para garantizar que todos los agentes farmacéuticos sean inocuos, puros, posean una actividad uniforme, y se encuentren fácilmente a la disposición de todos los países.

¹Documento Oficial de la OSPA 22, 28, 142-147, 217-218 y 290-292.

2. Cada país es y debe ser responsable de la inocuidad, pureza y actividad de todos los productos farmacéuticos distribuidos dentro de sus límites territoriales.

3. Un Gobierno no puede desempeñar eficazmente esta función si no dispone de información completa y exacta sobre cada uno de los productos comerciales.

4. Muchos países encuentran que no es factible, por motivos financieros y de otra índole, establecer sus propios servicios para obtener la información técnica necesaria.

5. Es preciso hallar la manera de facilitar a los Gobiernos la información técnica que necesitan para atender debidamente a sus funciones en este campo.

El Secretario General del IV Congreso Panamericano de Farmacia y Bioquímica, transmitió oficialmente al Director de la Oficina, en carta de 11 de diciembre de 1957,² la resolución adoptada por dicho Congreso sobre el tema de que se trata.

El Director de la Oficina estima que la política señalada por los cuerpos directivos de la Organización en relación a esta materia es la más conveniente en el momento actual. Para darle cumplimiento ha incluido en el proyecto de programa y presupuesto para 1959 y en el anteproyecto para 1960, previsiones presupuestarias destinadas a llevar a cabo el estudio de la naturaleza y extensión de los problemas relativos a los alimentos y drogas en las Américas, así como para el entrenamiento de personal nacional.

²Véase Apéndice 1.

Apéndice 1

COMUNICACION DEL SECRETARIO GENERAL DEL CUARTO CONGRESO PANAMERICANO DE FARMACIA Y BIOQUIMICA

(Washington, D. C., 3-9 noviembre 1957)

11 de diciembre de 1957

Dr. Fred L. Soper
Director, Oficina Sanitaria Panamericana
1501 New Hampshire Avenue, N.W.
Washington 6, D. C.

Estimado Dr. Soper:

En cumplimiento de mis funciones como Secretario General del IV Congreso Panamericano de Farmacia y Bioquímica y de acuerdo con el mandato de los Jefes de las Delegaciones asistentes al Congreso,

debo poner en su conocimiento que el IV Congreso Panamericano de Farmacia y Bioquímica resolvió:

Declarar que el Acuerdo adoptado por la Asamblea General de la Confederación Médica Panamericana que se celebró en Bogotá, Colombia, en 1955, "es perjudicial a las obligaciones profesionales y responsabilidades de los farmacéuticos y de la industria farmacéutica en relación con la salud pública de los pueblos de los Estados Americanos. Además, este Acuerdo es incompatible con las economías nacionales de los países interesados."

Solicitar que el Secretario General del Congreso comunique la anterior declaración a la Confederación Médica Panamericana, a la Organización Sanitaria Panamericana (Agencia Especializada de la Organización de los Estados Americanos), y a los Departamentos de Salud Pública de los Estados Americanos para su consideración y efecto.

Además, debo informarle que el IV Congreso Panamericano de Farmacia y Bioquímica declaró:

Que los establecimientos denominados farmacias, propiedad de profesionales, deberían limitar sus actividades a la medicina en general y a aquellas relacionadas con la salud.

Le saluda atentamente,

(firmado)

George B. Griffenhagen
Secretario General

Anexo 6

PROPAGANDA DE PRODUCTOS MEDICINALES¹

(Documento presentado por la Delegación de Panamá)

Ha sido preocupación constante de los Gobiernos que el público adquiriera productos medicinales de la mejor calidad, al precio más bajo. Con tal fin, han adoptado diversas medidas, entre las que figuran el análisis de los productos farmacéuticos para garantizar su pureza y la exactitud de sus fórmulas cualitativas y cuantitativas y el registro de los productos antes de permitir su libre venta, así como la de regular el precio que el consumidor deba pagar por ellos.

Todas estas medidas han sido efectivas, pero queda un aspecto de este problema al que no se ha atribuido la importancia que merece, si en realidad se desea proteger al público en forma completa, a saber: el control de la propaganda que se realiza sobre los productos medicinales.

Tal propaganda puede clasificarse en dos grupos definidos: la que se efectúa para promover o estimular las prescripciones facultativas y la encaminada a lograr su difusión entre el público.

La primera se lleva a cabo únicamente ante médicos, odontólogos y veterinarios idóneos para el ejercicio de tales profesiones. En general, esta propaganda cumple con los principios de ética y no ofrece peligro para la colectividad.

La segunda, y a ésta es a la que aquí se hace referencia, se presenta directamente al público a través de la radio, de los periódicos, de folletos, de revistas, de la televisión y del cinematógrafo. Esta propaganda, dirigida esencialmente a aumentar el volumen de venta de un producto determinado, se hace en la mayoría de las veces a base

de frases engañosas y de contenido inexacto. Ejemplo de esto son los siguientes términos que se usan con mucha frecuencia: "seguro", "mágico", "el mejor", "el más activo", "insuperable", "insustituible", "maravilloso", "milagroso", "fantástico", y los que aluden a fórmulas secretas o a descubrimientos médicos, químicos o farmacéuticos, así como también los que ofrecen, garantizan o aseguran la cura de tal o cual dolencia o enfermedad, aun usando testimonio de particulares, certificaciones de médicos, dentistas, farmacéuticos, veterinarios, enfermeras y parteras. Esta clase de propaganda popular no solamente ofrece información falsa al público, sino que le incita a la automedicación, con todas sus terribles consecuencias. Sucede, por ejemplo, que por seguir las recomendaciones que a diario ve o escucha, una persona puede administrarse, con el fin de combatir determinado dolor o malestar que le aqueje, uno de estos productos que le parezca bueno, enmascarando así el cuadro clínico y demorando su visita al médico, con el resultado de que cuando acude ante el facultativo suele ser demasiado tarde para que pueda curarse o siquiera mejorarse.

Se presenta el problema ante esta Conferencia porque interesa a los Países Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana resolverlo satisfactoriamente y, para lograrlo, se requiere la cooperación de todos.

Las medidas que el Gobierno de un país establezca para controlar la propaganda de productos medicinales en sus propios órganos de publicidad resultan inoperantes, porque merced a las rápidas

¹Documento CSP15/35.

vías de comunicación y a la amplia difusión de noticias, se venden dentro de los respectivos territorios conocidos periódicos, revistas, y folletos de otros países y se escuchan las transmisiones radiofónicas de emisoras potentes del extranjero y pronto sucederá lo mismo con los programas de televisión.

Por otra parte, muchos de los textos de propaganda que llegan a un país son preparados por grandes agencias de publicidad con sede en el extranjero. Modificar el contenido de esos textos en el país en que se van a utilizar, resulta enojoso, largo y costoso, especialmente cuando muchas veces se reciben grabados o clisés para los periódicos y discos preparados para las emisoras de radio.

No hay duda de que las actividades comerciales necesitan que se haga propaganda de cuantos productos se ofrecen al público consumidor, pero la Delegación de Panamá, considera que ello debe realizarse bajo estricto control cuando se trate de productos medicinales. La propaganda de estos

productos para su prescripción facultativa, debe hacerse únicamente a médicos, odontólogos, y veterinarios. La propaganda de tipo popular debe realizarse eliminando toda frase falsa o cualquier presentación que tienda a engañar al público. Por ello, es natural que las autoridades de salud pública de cada país controlen y aprueben previamente la propaganda que se haga de productos medicinales dentro de su territorio. Esto, además, tendría la ventaja de que serviría para obligar a las grandes agencias de publicidad, que preparan textos de propaganda para distintos lugares del mundo, a hacerlo en forma tal que puedan ser aceptados en su totalidad, o con muy pocas modificaciones, por las autoridades de los países en que van a ser utilizados.

Por las razones expuestas, la Delegación de Panamá sugiere que la XV Conferencia Sanitaria Panamericana estudie el problema y, si lo considera conveniente, encargue al Director que lo incluya en el programa de temas de la próxima reunión del Consejo Directivo.

Anexo 7

ESTUDIO DEL PROBLEMA DE LA DIABETES EN AMERICA¹

(Documento presentado por la Delegación del Uruguay)

La diabetes es una de las enfermedades crónicas que más se han difundido en el siglo actual.

Las causas que han influido principalmente en este fenómeno son: 1) el aumento de la longevidad; 2) el descubrimiento de la insulina; 3) el mejoramiento de las condiciones socio-económicas y alimentarias y del nivel de vida de las poblaciones, y 4) el desarrollo de la medicina preventiva y de la educación sanitaria.

El promedio de longevidad actual sobrepasa ampliamente la época de vida en que la diabetes es más común, que corresponde al quinto y sexto decenios.

Las conquistas en el tratamiento de la diabetes han aumentado notablemente la expectativa de vida de los diabéticos.

La diabetes es más frecuente en los países de mejor situación económica y de mayor abundan-

cia de alimentos. Es más común en las grandes ciudades que en las pequeñas o en los medios rurales.

Dos factores inciden fundamentalmente en su producción: la herencia y la obesidad.

El carácter recesivo de su transmisión explica que haya un gran número de personas capaces de transmitir la diabetes sin ser diabéticas.

Esos portadores diabéticos, al casarse entre sí, constituyen la causa más importante de la incidencia progresiva de la diabetes. No conocemos aún la verdadera incidencia y los datos correspondientes a la mortalidad son muy inferiores a la realidad, porque en el sistema actual de clasificación de las defunciones, la diabetes no figura en general como causa determinante de muerte, sino como causa contribuyente o accesoria.

Las cifras de mortalidad diabética por 100.000 habitantes en algunos países de América, son para 1954:

¹Documento CSP15/33.

Estados Unidos	15,6
Uruguay	12,9
Canadá	10,6
Argentina	7,5
Chile	6,4
Brasil	5,6
México	4,5
Costa Rica	4,7
Colombia	3,3

Se admite que en los Estados Unidos la morbilidad diabética alcance al 2% de la población mayor de 20 años.

En el Uruguay, la mayor proporción corresponde a Montevideo (1.000.000 de habitantes), que posiblemente tenga la misma proporción que los Estados Unidos.

En el resto del país, con dos millones de habitantes, la incidencia oscila posiblemente entre 0,5 y 1%.

Los sondeos realizados en diversos países han demostrado que el número de diabéticos desconocidos iguala al de los casos conocidos.

Esto señala la necesidad de realizar en forma sistemática el descubrimiento de casos de diabetes en las colectividades.

Reconocida precozmente y tratada en forma adecuada, la diabetes puede ser detenida en su evolución, salvándose así muchas vidas productivas, y se puede obtener en muchos casos la regresión de la enfermedad.

El examen sistemático y periódico de la orina debe ser aconsejado a todos los adultos, y espe-

cialmente a los obesos y a los que tienen antecedentes familiares de diabetes.

Es necesario difundir en el público, por medio de pasquines o carteles, los síntomas de la diabetes.

Esta obra ha sido realizada en el Uruguay por la Asociación de Diabéticos, con excelentes resultados.

Actualmente se está efectuando el examen de orina, junto con el examen radiológico de toda la población, por los dispensarios móviles de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa, habiéndose descubierto numerosos casos ignorados de diabetes.

La Federación Internacional de la Diabetes, que acaba de celebrar el 3er Congreso sobre la Diabetes, en la ciudad de Dusseldorf (Alemania), ha solicitado el apoyo de la Organización Mundial de la Salud en la lucha médico-social contra esa enfermedad.

Es necesario que los Gobiernos participen por intermedio de sus organismos sanitarios, en la lucha, y apoyen la obra de las Asociaciones de Diabéticos con recursos económicos y por medio de sus Departamentos de Educación Sanitaria.

El descubrimiento de casos de diabetes debe formar parte de los planes de medicina preventiva, siendo la diabetes la enfermedad que con menos recursos puede ser investigada en las colectividades.

Los reactivos sobre papel, por la simplicidad de su manejo y su baratura, se prestan admirablemente para facilitar el diagnóstico.

Anexo 8

CONGRESOS INTERAMERICANOS DE HIGIENE¹

(Documento presentado por la Delegación de Cuba)²

La X Reunión del Consejo Directivo, en su Resolución XVIII,³ declaró la conveniencia de

que se organicen, con carácter periódico, Congresos Interamericanos de Higiene, y recomendó a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana que establezca la forma y periodicidad con que hayan de reunirse dichos Congresos.

La Delegación de Cuba, reconociendo la importancia de esa resolución, a la cual presta todo su apoyo, somete a la consideración del pleno de

¹Documento CSP15/52.

²En relación con este tema, el Director de la Oficina presentó a la Conferencia el Documento CSP15/5, dando cuenta de los antecedentes y de la resolución adoptada a este respecto por la X Reunión del Consejo Directivo.

³Documento Oficial de la OSPA 22, 25.

la Conferencia que se considere la utilidad de reiterar, en una resolución apropiada, la conveniencia e importancia de los Congresos Interamericanos de Higiene y, al mismo tiempo, se declare que dichos Congresos constituirán el más amplio foro científico y proporcionarán la base para múltiples aplicaciones en el campo de la administración sanitaria en general.

Estos Congresos serán oficialmente auspiciados por la Organización Sanitaria Panamericana, la cual se encargará de su organización ateniéndose a las siguientes reglas generales:

1. El Congreso Interamericano de Higiene se considerará como una unidad científica, de carácter eminentemente académico, y se estimará como primera reunión el Congreso celebrado en La Habana en 1952.

2. Estos Congresos deberán tener carácter pe-

riódico y se celebrarán cada dos años, coincidiendo con la reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana y, por consiguiente, se reunirán en la misma ciudad en que se celebre el Consejo.

3. El trabajo de los Congresos se organizará en mesas redondas, para discutir con amplitud los temas que oportunamente hubiere acordado el Comité Ejecutivo de la Organización y siempre a base de ponencias encargadas con anterioridad a experto o expertos de reconocida competencia.

4. Estos Congresos celebrarán también reuniones plenarias siguiendo las líneas que estableciere el Comité Ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana.

5. Finalmente el Congreso Interamericano de Higiene tendrá una duración máxima de tres días de trabajo.

Anexo 9

PROGRAMA DE BECAS¹

En cumplimiento de la Resolución XV sobre este tema, adoptada por el Consejo Directivo en su X Reunión,² el Director tiene el honor de presentar a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, para su consideración, el siguiente

INFORME

El estudio del programa de becas que se ha realizado de conformidad con la citada resolución, abarca todas sus fases, aun a riesgo de repetir algunas materias que ya han sido analizadas en informes anteriores presentados a los cuerpos directivos a partir de 1953.

Conjuntamente con la descripción de las diferentes fases, se examinan los problemas que se presentan, sus consecuencias y las posibles soluciones.

Se han estudiado los siguientes aspectos del programa: a) finalidades; b) prioridades; c) compromisos inherentes a la adjudicación de becas; d) selección de becarios; e) duración de las

becas y facilidades previstas; f) tramitación de las solicitudes de beca; g) programación; h) notificación de la otorgación de la beca y arreglos de viaje; i) orientación y guía durante los estudios; j) contacto con el becario al término de los estudios; k) amplitud y financiamiento del programa; l) coordinación con otras organizaciones; m) evaluación, y n) consideraciones generales.

I. Finalidades del programa

La evolución constante de las ciencias médicas y el progreso alcanzado en la prevención de las enfermedades han originado en todos los países una escasez de trabajadores de salud pública, tales como médicos, ingenieros sanitarios, enfermeras y personal auxiliar. El problema de adiestrar a dichos trabajadores varía de un país a otro, según su desarrollo y los medios y servicios educativos de que disponen. Aun cuando todos los países están expandiendo los medios nacionales de educación básica profesional, todavía deben recurrir a la cooperación internacional para facilitar la ampliación de los estudios y especialización del personal sanitario. Numerosas organizaciones—privadas, gubernamentales e inter-

¹Documento CSP15/22.

²Documento Oficial de la OSPA 22, 23.

gubernamentales—mantienen, desde hace años, programas de becas con el objeto de ofrecer oportunidades y facilidades para realizar en el extranjero el estudio y adiestramiento en las materias de salubridad, medicina y ciencias afines que no es posible llevar a cabo en el país de origen. En este esfuerzo, la Organización ha participado en forma sistemática.

Para dar cumplimiento a estos objetivos, el programa de becas de la Organización facilita el adiestramiento del personal proveyendo los medios para: a) la asistencia a cursos académicos que permitan obtener un certificado, título o diploma de ampliación de estudios; b) la asistencia a cursos y actividades similares de enseñanza en grupos, limitados a un fin específico; y c) la observación de prácticas y técnicas por medio de visitas a centros de enseñanza y servicios.

Asimismo, se organizan con frecuencia seminarios, que duran una o dos semanas, y tienen por objeto estimular el estudio o el desarrollo de algún proyecto técnico específico. En los seminarios no existe la relación "profesor-alumno", pues sólo se invita, de acuerdo con los Gobiernos, a profesionales altamente calificados. A los que concurren a un seminario se les llama "participantes" en lugar de "becarios".

II. Prioridades

Las prioridades del programa de becas se adaptan a las necesidades de los países y a la evolución que experimentan permanentemente los problemas de salud pública. Actualmente, los campos de estudio en los cuales se otorgan becas se clasifican así:

- Administración de salud pública
- Saneamiento
- Enfermería
- Higiene materno-infantil
- Otros servicios de salubridad, que comprenden: higiene mental, educación sanitaria, higiene del trabajo, nutrición, estadísticas sanitarias, higiene dental, rehabilitación y control de productos farmacéuticos
- Servicios de enfermedades transmisibles
- Ciencias y educación médicas

Como ejemplo de la evolución constante de los problemas de salud pública se puede citar que últimamente se ha otorgado un número bastante apreciable de becas para realizar estudios sobre la resistencia a los insecticidas y sobre los aspectos generales de la radiaciones ionizantes.

Como consecuencia de una planificación sistemática de los programas a largo plazo, auspiciados por los respectivos países y la Organización, se procura que las becas formen parte integrante de un programa nacional en ejecución o a punto de iniciarse. Se ha estimado conveniente conceder de preferencia becas que estimulen el desarrollo de programas que los países llevan a cabo con la cooperación de la Organización, así como también las actividades que fomentan el desarrollo de medios y servicios para la enseñanza del personal profesional y auxiliar.

De acuerdo con estas consideraciones, en la actualidad se aplican las siguientes prioridades:

Personal que trabaja o trabajará en proyectos que los Gobiernos llevan a cabo con la cooperación de la Organización.

Profesores de las escuelas de salud pública y profesores que tienen a su cargo la enseñanza de la medicina preventiva y de otras materias de salud pública en las escuelas de medicina, odontología, enfermería, veterinaria e ingeniería.

Decanos de las facultades de medicina y directores de las escuelas de medicina, para estudiar la organización básica de los programas de educación médica.

Personal de los servicios de salubridad (médicos, dentistas, ingenieros sanitarios, enfermeras, veterinarios, educadores sanitarios, estadísticos, nutriólogos, laboratoristas, etc.) y administradores de hospitales que pertenecen a servicios gubernamentales.

Profesores de ciencias básicas en escuelas de medicina.

Profesores de medicina clínica, cuando es necesario subsanar una deficiencia importante en el programa educacional.

III. Compromisos inherentes a la adjudicación de becas

La solicitud y la adjudicación de una beca crean responsabilidades y compromisos específicos para el Gobierno respectivo, para el candidato y para la Organización, en virtud de los cuales:

1. En la solicitud de beca, el Gobierno garantiza que "los estudios a seguir con la beca solicitada son necesarios para reforzar los servicios nacionales de sanidad del país" y que, "en el caso de concederse la beca, la colaboración del candidato será plenamente utilizada en la especialidad

para la cual le haya sido concedida la beca". Asimismo, el Gobierno asegura que "la ausencia del candidato, durante sus estudios en el extranjero, no le causará perjuicio alguno, desde el punto de vista de su situación, derechos de antigüedad, sueldo, pensión y otros derechos análogos", y que "a la expiración de la beca, se prevé dar al becario" un empleo.

2. El candidato se compromete al regresar a su país, al final de la beca, "a continuar o entrar al servicio de la administración sanitaria del país o de una institución técnica aprobada por ella, por lo menos durante los tres años siguientes a haber terminado los estudios como becario" y "a cumplir el reglamento que figura en forma resumida en el folleto de información" que se le entrega al adjudicarle la beca.

3. La Organización establece los planes apropiados para los estudios en el extranjero, hace los preparativos necesarios en cuanto a los países y lugares de estudio y proporciona la ayuda financiera necesaria para la realización de los estudios.

IV. Selección de becarios

La selección de becarios idóneos constituye, sin duda alguna, el acto de mayor importancia y constante preocupación de todo el trámite de la adjudicación de becas. Toda la atención que se pone y los esfuerzos que se efectúan a ese respecto son siempre de gran utilidad, puesto que el éxito del programa de becas depende esencialmente de la forma en que se haga dicha selección.

La selección de postulantes calificados repercute a la larga sobre la eficiencia del programa para el cual está destinada la beca, e implica la utilización más provechosa de tiempo y de dinero para el Gobierno, el becario y la Organización. Un becario no calificado perjudica en forma manifiesta las buenas relaciones que deben existir entre la Organización que otorga la beca y la institución que recibe al becario.

Al efectuar la selección de los postulantes a becas, es necesario considerar numerosos factores de diversa índole. Por una parte, son muy importantes las calificaciones técnicas y personales del candidato, y por la otra, se debe tomar en cuenta el número de buenos candidatos y sus posibilidades de hacer carrera en los servicios de salud pública, así como también la relación que tiene el campo de estudio con las prioridades establecidas por los países.

Los factores determinantes en toda selección son: la educación básica, el aprovechamiento de los estudios anteriores, la experiencia en la materia a estudiar (dos años por lo menos), las posibilidades existentes en el país del candidato para el estudio de tal materia, las funciones que se desempeñan antes y las que se desempeñarán al término de la beca, así como también los beneficios que aportarán los estudios al país del candidato. Al mismo tiempo que se determina la capacidad técnica del postulante y los antecedentes educacionales, es imprescindible tener en cuenta la edad (no superior a 55 años si la edad de retiro es de 60 años), el estado de salud, la madurez y estabilidad emocional, la personalidad, la vocación para el trabajo previsto y, en especial, el conocimiento adecuado del idioma en que se han de realizar los estudios.

Además de los factores enumerados, el postulante que desea efectuar estudios en el extranjero debe tener la capacidad y adaptabilidad necesarias para sacar conclusiones más bien elásticas que rígidas de sus estudios y observaciones. Esto es, debe ser capaz de percibir la manera como un programa o experiencia se puede aplicar en su país de origen, de acuerdo con las condiciones locales, y no pretender duplicar o copiar exactamente lo que ha visto en el extranjero. Debe, asimismo, tener condiciones para participar en todas las actividades que se le asignen en el país de estudio, ya sean en relación con su beca o de carácter social, sin quejarse continuamente de las dificultades debidas a las condiciones diferentes de vida, alimentación o cultura.

Las solicitudes de beca se tramitan sólo a petición expresa de los Gobiernos Miembros, por intermedio de las administraciones nacionales de salud pública. Algunos países han establecido, dentro de su estructura gubernamental, un Comité de Selección de Becarios, compuesto de representantes de los servicios de salubridad y de las instituciones de enseñanza, y en el cual participan, en calidad de asesores, funcionarios de la Oficina.

De lo expuesto se desprende que la selección de postulantes para becas no es del todo fácil. Se ha logrado mejorarla en forma progresiva y así lo confirman las autoridades de las escuelas de salubridad y otros establecimientos educacionales al expresar, la mayoría de ellas, que en general los becarios llenan los requisitos necesarios para los estudios respectivos.

Los principales problemas que influyen en este asunto son:

1. *Conocimiento insuficiente del idioma de estudio*—Es evidente que una materia no puede estudiarse satisfactoriamente si no se domina el idioma en que se da el curso. Hasta ahora se ha seguido la norma de que todo candidato a una beca para realizar estudios en el extranjero, tiene que demostrar, antes de salir de su país, que entiende el idioma del país donde ha de estudiar y puede hablarlo y escribirlo. Se ha sostenido que este requisito es demasiado severo y que, a causa de él, se niegan becas a muchas personas capaces que, si tuvieran la oportunidad de pasar cierto tiempo en el país de estudio con solamente un conocimiento rudimentario de la lengua de ese país, una vez que estuvieran en él podrían aprenderla mucho más rápida y eficazmente que si lo estudiaran en su propio país. Desde luego, eso requeriría mayores gastos para el período de aprendizaje del idioma, a la vez que reduciría proporcionalmente el tiempo que se dedicaría al estudio profesional. Por esta razón, aunque se reconoce que, aplicando este criterio, a veces puede negarse a personas calificadas la posibilidad de estudiar en el extranjero, se ha mantenido la norma de exigir la prueba de dominio del idioma antes de salir del país.

Es sumamente difícil apreciar esta capacidad en el país de un candidato. De hecho, desde el punto de vista de los estudios académicos, no es realmente necesario someter a prueba a las personas cuya lengua materna es el español y desean ir a estudiar a un país donde se hable portugués, o viceversa. En algunos casos es necesario probar que dominan el español personas de habla inglesa o francesa; pero el problema más importante es el de evaluar los conocimientos de inglés cuando se trata de personas de habla española, portuguesa o francesa, que van a estudiar a un país de habla inglesa. Después de una serie de ensayos hechos con varios métodos, la Oficina ha decidido utilizar los servicios de un instituto de enseñanza de idiomas de los Estados Unidos, que tiene un servicio especial con corresponsales en casi todos los países del mundo, a fin de que someta a pruebas uniformes a los candidatos. Las pruebas son orales y escritas para los postulantes que quieren seguir estudios académicos, y solamente orales para los que sólo desean subsidios de viaje. En la práctica, este método ha demostra-

do ser muy acertado y casi han desaparecido las dificultades con que antes se había tropezado. No obstante, la mayoría de las universidades siguen insistiendo, y con buenas razones, en que los becarios lleguen a la escuela con tiempo para orientarse y seguir un curso de repaso del idioma en el lugar en que tendrán que estudiar.

2. *Edad del becario*—Aparte de la limitación general por motivos de edad, impuesta por el Reglamento de becas, se plantea un problema especial con respecto a los estudios académicos. La relación entre la edad y la aptitud para seguir un plan completo de estudios es muy variable. Hay personas que a los 35 años de edad ya han pasado el período en que pueden aprender con facilidad. Hay otras que a los 55 años todavía son capaces de adaptarse a la vida estudiantil y a la necesidad de aprender cosas y conceptos nuevos. No cabe duda de que estos últimos constituyen la minoría. Este problema tiene gran importancia en relación con los estudios académicos. Por esta razón, las escuelas, en general, han limitado la edad de los postulantes. Hay escuelas de salubridad que no aceptan estudiantes mayores de 40 años de edad y la mayoría de ellas rechazan candidatos de más de 45 años.

Es necesario, por supuesto, estudiar cada caso por separado, de acuerdo con los antecedentes acumulados. En los últimos años, la Organización ha concedido sólo tres becas para realizar estudios académicos de salud pública a postulantes mayores de 50 años, de los cuales uno falló completamente, abandonando la escuela y su beca después de seis semanas; otro completó el curso con grandes dificultades y trastornos físicos y emocionales, y solamente el tercero terminó el curso con éxito.

3. *Examen médico*—En la solicitud de beca se especifica que el informe médico se debe llenar "después de un examen médico minucioso, acompañado de análisis de laboratorio y de un examen radiológico de los pulmones". Se ha procurado facilitar el cumplimiento de este requisito indispensable y permitir al médico establecer, en forma precisa y clara, el resultado de un examen. Sin embargo, a pesar del cuidado con que se procede, de vez en cuando se han podido comprobar casos de becarios que llegaron al lugar de estudio en condiciones de salud incompatibles con el programa que debían desarrollar. El caso más importante es el de los becarios obligados a re-

gresar a su país a causa de alguna lesión cardiovascular u otra lesión crónica. Incluso ha habido el caso de una becaria que llegó en estado avanzado de embarazo.

4. *Orientación inadecuada y falta de comprensión de los objetivos de los estudios*—Por diversas circunstancias, puede ocurrir que algunos becarios no reciban informaciones adecuadas y completas sobre el carácter de los estudios que van a seguir, o bien que no tengan la oportunidad de entrevistarse con algún consultor para recibir una orientación previa. Otros, que reciben la información y orientación adecuadas, aceptan la beca sin tratar de comprender completamente el carácter de los estudios que deberán seguir, especialmente cuando éstos tienen alguna similitud con la especialidad clínica que practican en el ejercicio de la profesión.

Ambos casos tienen por resultado que, al llegar al lugar de estudio, los becarios se manifiestan sorprendidos del programa que deben seguir y quieren a toda costa cambiarlo, para seguir estudios que estén más en concordancia con sus intereses privados. Así, por ejemplo, se trata de aprovechar para estudios de pediatría clínica una beca concedida para estudiar higiene materno-infantil.

Estas situaciones se van eliminando poco a poco, gracias a una mejor selección y a la insistencia en entrevistar a los postulantes, a fin de explicar en detalle el carácter de los cursos que deberán seguir.

V. *Duración de las becas y facilidades previstas*

Las becas se conceden normalmente por períodos de dos meses a un año. Sin embargo, en casos justificados, estos períodos se pueden aumentar o disminuir para ajustarlos a las necesidades específicas de adiestramiento de cada postulante.

Estos límites se basan en la consideración, por una parte, de que es muy difícil obtener un beneficio apreciable en un período inferior a dos meses, a menos que se trate de un profesional altamente calificado y de alguna especialidad seleccionada, y, por otra parte, de que un año es, por lo general, suficiente para adquirir la preparación básica que se requiere para una especialización. Un ejemplo de esto es el curso para obtener el grado de "Master" en Salud Pública, que sólo cubre un año, incluyendo los programas de campo. Además, extender las becas por más de un año implicaría la consiguiente disminución del número de becas que se podrían otorgar.

Las becas tienen por objeto cubrir sólo aquellos gastos que tienen relación directa con los estudios, tales como: a) los gastos del transporte internacional y de los viajes dentro del país de estudio; b) los derechos de matrícula de los cursos comprendidos en el programa de estudio; c) una asignación para libros, que varía según la naturaleza de los estudios; y d) un estipendio mensual que se paga en la moneda corriente del país de estudio y cuyo monto varía de un país a otro.

Los estipendios son de dos clases: a) el de "viaje", que se paga a los becarios que permanecen en un lugar 30 días o menos; y b) el de "residencia", que se paga a aquellos que permanecen por más de 30 días en un solo lugar.

El estipendio de "viaje" es mayor que el de "residencia". Es obvio que el becario que se debe trasladar de un punto a otro tiene mayores gastos, por no disponer de tiempo suficiente para buscar un alojamiento adecuado y económico. Por las mismas razones, el primer estipendio que se paga a todo becario corresponde al tipo de "viaje", puesto que tiene en un comienzo mayores gastos, mientras se acomoda en el lugar de residencia.

El monto de los estipendios se establece de acuerdo con el costo de vida en cada país de estudio, según antecedentes reunidos en forma periódica. En general, se utiliza la información de una sección especial de las Naciones Unidas encargada de establecer una "escala común de estipendios", aprobada por todos los organismos especializados de las Naciones Unidas que otorgan becas, con el fin de evitar diferencias irritantes entre becarios que estudian en un mismo lugar y las mismas disciplinas. La Oficina tiene también consultas periódicas con otros organismos, tales como la ICA y la Fundación Rockefeller, sobre la cuestión de los estipendios, para mantener en lo posible un criterio uniforme.

Todos los organismos internacionales tienen, más o menos, el mismo sistema para cubrir los gastos de una beca. Sin embargo, hay uno o dos que conceden, además, una asignación especial para becarios casados. La OSP y todos los organismos especializados de las Naciones Unidas han considerado que estos gastos constituyen una responsabilidad que deben asumir el becario y su Gobierno. Tal como se ha expresado en anteriores informes, "el estipendio no tiene carácter de sueldo, ni de honorarios; es una asignación por gastos de alojamiento, manutención y concomi-

tantes . . . que se paga al becario mientras esté oficialmente destinado a realizar estudios en el extranjero. El estipendio *no tiene la finalidad de cubrir los gastos ordinarios del hogar del becario*, ni en lo que a éste respecta, ni en cuanto se refiere a su familia y, por lo tanto, *no se debe considerar como un substitutivo de cualquier sueldo . . . que el becario perciba en su propio país*". Los Gobiernos, al solicitar la beca, certifican que "la ausencia del candidato, durante sus estudios en el extranjero, no le causará perjuicio alguno, desde el punto de vista de su situación, derechos de antigüedad, sueldo, pensión y otros derechos análogos".

Es por estas consideraciones por lo que, al decidir el monto de los estipendios, se toman en cuenta el costo de vida en los países de estudio y la necesidad de proporcionar al becario los medios adecuados para que pueda vivir con comodidad y obtener las máximas ventajas de sus estudios.

En términos generales, se prevé que un 40% del estipendio cubra los gastos del alojamiento, otro 40% el costo de la alimentación y el 20% restante los gastos incidentales. Los estudios realizados a este respecto permiten afirmar que en general los becarios, en los diversos niveles profesionales, no tienen mayores dificultades de carácter económico y pueden mantener a sus familias en forma adecuada cuando cuentan, además del estipendio, con el sueldo que debe pagarles su Gobierno.

A pesar del compromiso contraído al solicitar una beca, y de varias resoluciones aprobadas en relación con este asunto por el Consejo Directivo (entre otras, la Resolución XIX adoptada en su IX Reunión¹), algunos Gobiernos suspenden el pago del sueldo respectivo, o sólo dan una "ayuda de beca" que representa una pequeña proporción del sueldo. Sin duda alguna, esta situación perjudica en forma manifiesta el desarrollo eficiente del programa de becas. Muchos postulantes rehusan, a última hora, aceptar una beca cuando todas las gestiones están completas; o bien cuando la aceptan sin percibir su sueldo de funcionario, ocurren siempre desagradables situaciones de orden familiar y económico, que afectan en forma desfavorable los resultados de los estudios. En varias oportunidades, a causa de ello, algunos becarios se han negado a cumplir el programa de

prácticas al término de los estudios académicos, y han regresado a sus países sin completar el plan establecido para la beca.

La asignación para libros ha sido también objeto de estudio y encuestas entre profesores y becarios. Después de haberse dado mayor flexibilidad a las normas seguidas en esta materia y de haberse aumentado el máximo fijado para la asignación, parece que ésta cubre la necesidad de proporcionar los libros básicos e indispensables para los estudios correspondientes.

VI. *Tramitación de las solicitudes de beca*

Elegido el postulante a una beca, llena el formulario de solicitud y lo somete junto con la documentación necesaria para comprobar su competencia profesional y la calidad y cantidad de los estudios ya realizados. Esta documentación consiste usualmente en copias fotostáticas del diploma profesional y, en el caso de los que siguen estudios académicos, en copias de las calificaciones obtenidas durante los estudios anteriores.

En algunas ocasiones se han recibido quejas sobre la dificultad de reunir la documentación que debe acompañar la solicitud de beca y se ha dado a entender que se trata de una medida rutinaria y burocrática. No debe olvidarse, empero, que los establecimientos de enseñanza y algunos países requieren tal documentación para verificar si el postulante reúne las condiciones que se han establecido para el ingreso a dichos establecimientos u otros centros de adiestramiento.

Las autoridades sanitarias envían las solicitudes de beca, una vez completas y con la documentación requerida, a la Oficina de Zona respectiva, la cual busca la oportunidad de entrevistar al postulante y examinar sus antecedentes educacionales y su experiencia. Si la Oficina de Zona considera que la solicitud cumple con los requisitos estipulados para el programa al cual se deberán cargar los fondos de la beca, y con las prioridades establecidas, la transmite a su vez a la sede, haciendo las recomendaciones pertinentes.

La sede toma la decisión a la luz de los antecedentes acumulados, las recomendaciones hechas por la Oficina de Zona y la situación presupuestaria; tiene además a su cargo la programación y demás gestiones implicadas en la adjudicación de una beca.

Cuando se trata de becas para estudios acadé-

¹Documento Oficial de la OSPA 18, 17.

micos, las gestiones se hacen directamente ante los centros universitarios (escuelas de salud pública, de enfermeras, etc.). Para becas de viaje se realizan gestiones ante las administraciones nacionales de salubridad, por intermedio de las Oficinas de Zona, cuando comprenden visitas a servicios gubernamentales u otras instituciones especializadas.

La recepción atrasada de las solicitudes tiene bastante influencia sobre el buen funcionamiento del programa de becas. Es evidente que las gestiones antes citadas requieren cierto tiempo. Además, los organismos e instituciones a los cuales se pide que reciban estudiantes, necesitan algún tiempo más para estudiar las solicitudes y tomar sus decisiones. Las solicitudes presentadas a última hora obligan a tomar decisiones precipitadas, que a veces no se meditan todo lo necesario, y a menudo crean dificultades y malentendidos para los becarios y las instituciones que han de recibirlos. Esas demoras ocasionan un aplazamiento del adiestramiento, que hubiera podido evitarse.

Para obviar este inconveniente, la mayoría de las escuelas han fijado un límite de tiempo para la recepción de solicitudes, que en algunos casos es de hasta cinco meses antes de la fecha propuesta para el comienzo. La Organización ha cumplido gustosamente con este requisito porque ha contribuido a una mejor planificación. Naturalmente, siempre habrá situaciones de emergencia, pero pueden reducirse a un mínimo.

VII. Programación

Igual en importancia a la selección de los candidatos es la elección del lugar de estudio. No cabe duda alguna de que la activa cooperación y buena voluntad de las administraciones sanitarias nacionales y de las instituciones de enseñanza universitaria para recibir y aceptar a los becarios de la OSP/OMS, han facilitado en forma evidente el desarrollo del programa de becas. Es preciso que el lugar de estudio elegido disponga de medios y servicios, materiales y profesores de una categoría que esté a la altura del gran esfuerzo que representan los estudios internacionales. Tanto en las gestiones con las instituciones académicas como con los organismos que presten servicios, es preciso tener en cuenta las especiales necesidades de los estudiantes de otros países. En este aspecto, se espera con interés el informe de la última reunión del Comité de Expertos de la OMS en

Formación Profesional, que trató de los problemas de los estudiantes extranjeros.

Para llevar a cabo con la máxima eficacia su tarea de programación, la Organización tiene en cuenta:

1. Las sugerencias del Gobierno respectivo y las funciones que desempeñará el becario al regresar a su país de origen.
2. Las sugerencias del mismo becario y su adiestramiento anterior y experiencia, y el idioma en que puede estudiar.
3. Las recomendaciones que hace la Oficina de Zona respectiva.
4. Los informes y experiencia que posee la Oficina sobre las posibilidades de estudio y las vacantes existentes en las instituciones docentes.
5. La conveniencia de que el becario estudie en países de condiciones sanitarias y socioeconómicas similares a las de su propio país, si existen en ellos medios adecuados de adiestramiento.
6. La posibilidad de incluir en el programa, cuando así pueda organizarse, dos o tres meses de visitas de campo, después del curso académico anual.
7. La necesidad de evitar un número excesivo de visitas. Es evidente que es mucho más provechoso para el becario permanecer largos períodos en pocas instituciones que breves períodos en muchas. Asimismo, es necesario evitar que las visitas coincidan con el período de vacaciones del lugar de estudios y que se hagan largos viajes para estadías breves.

Las sugerencias que hacen los Gobiernos y los postulantes en relación con esta materia son muy útiles y válidas, pero a menudo se basan en informaciones que no están completamente al día. Con frecuencia sugieren uno o dos establecimientos que se han dado a conocer en el curso de los años por su prestigio y la cantidad de becarios que han completado sus estudios en ellos. Sin embargo, por falta de conocimientos al respecto, no se mencionan las nuevas instituciones que se han desarrollado en los últimos años y que muchas veces no sólo ofrecen facilidades especiales en algunos campos de estudio importantes, sino también nuevas ideas y métodos para la enseñanza.

La Oficina cuenta con la información al día sobre la disponibilidad y calidad de los diversos centros de adiestramiento y siempre procura programar al becario en aquel centro o institución que mejor se adapte a las necesidades de éste, de

acuerdo con su experiencia y adiestramiento anterior.

Otro aspecto de la programación, como se ha mencionado antes, es la necesidad de buscar para el becario un medio ambiente distinto del que está habituado, para que reciba el estímulo de los nuevos conceptos y planes que se desarrollan en él, pero que al mismo tiempo tenga condiciones de vida y problemas sanitarios similares a los del país del becario. Así se facilita su adaptación en el país de estudio, como también su regreso al país de origen y la interpretación de los nuevos conocimientos adquiridos durante los estudios. Las Escuelas de Salud Pública de Santiago de Chile, São Paulo (Brasil), México y Puerto Rico satisfacen admirablemente estos requisitos, como los satisfacen los medios que ofrecen los servicios nacionales de sanidad de esos otros países para los programas de campo y visitas de observación. Se procura, por lo tanto, enviar a los Estados Unidos de América y Canadá sólo a aquellos becarios que ya cuentan con la experiencia necesaria para observar allí lo útil y adecuado para ellos y para sus países, o bien a aquellos que están interesados en adquirir conocimientos cuya enseñanza no está todavía desarrollada en los países latinoamericanos. La Oficina ha estimulado y ayudado en diversas formas (intercambio de profesores, envío de profesores visitantes, suministro de equipo, etc.) el desarrollo de medios y servicios de estudio y adiestramiento en los países latinoamericanos.

Otro método utilizado para mejorar la enseñanza de los becarios, que ha dado resultados muy beneficiosos, es la concesión de becas a profesores de las distintas escuelas de salud pública del Continente para que visiten los países de donde proceden los becarios, conozcan sus problemas y puedan adaptar los programas de enseñanza a las necesidades de dichos alumnos. Todas las escuelas han participado en este programa, y los beneficios de cada beca se han hecho extensivos al claustro respectivo mediante informes y reuniones del personal docente. Así se ha obtenido también una notable mejoría de las relaciones personales entre profesores y alumnos, gracias a una mejor comprensión de las condiciones y problemas que afectan a los becarios.

La elección del proyectado lugar de estudio por la Organización es sólo la primera mitad del problema, puesto que la institución o servicio de

que se trate ha de estar de acuerdo en aceptar al becario.

La decisión de qué estudiantes se admitirán en las escuelas de salud pública, corresponde, por supuesto, a la respectiva escuela, si bien algunos decanos son de la opinión de que tienen el deber moral de admitir a todo estudiante que haya pasado por la rigurosa selección de un organismo internacional como la OSP/OMS.

Las escuelas de salud pública, así como los otros establecimientos de enseñanza que se utilizan, reciben por lo general un número de solicitudes de admisión muy superior al de vacantes disponibles, por lo cual han establecido comités especiales de admisión que estudian las solicitudes y escogen a aquellos candidatos que tienen las mejores calificaciones. De vez en cuando es necesario solicitar la admisión a varias escuelas antes de conseguir una que tenga vacantes disponibles, lo cual es otro motivo para insistir en que las solicitudes de beca se envíen con la documentación requerida completa y con la debida anticipación. Otra causa es la reducción del número de vacantes disponibles en las escuelas de salud pública norteamericanas para los estudiantes de otros países, debido a la reciente ampliación del programa nacional de becas. Este programa ha atraído a muchos candidatos, y las escuelas se han visto obligadas a mostrarse más severas respecto a los requisitos de admisión.

La programación durante los meses de verano en los países de estudio da también lugar a dificultades. Por lo general, los establecimientos de enseñanza están cerrados en dichos períodos y el personal de los centros y servicios sanitarios disminuye, debido a las vacaciones, y sólo se encuentra en funciones el mínimo suficiente para los asuntos corrientes, siendo muy difícil, por no decir imposible, que reciban a becarios visitantes. Muchos países han hecho saber que no pueden recibir visitantes durante los meses de verano, o bien que los recibirán en número muy limitado en los casos imprescindibles.

VIII. *Notificación de la otorgación de la beca y arreglos de viaje*

La beca se adjudica una vez cumplidos los trámites pertinentes y confirmado el programa de estudios. Es evidente que antes de notificar al becario que tiene la beca, es preciso estar seguro de que será admitido en el centro donde debe estudiar. Por intermedio de la Oficina de Zona

respectiva se comunica la otorgación de la beca y se envía una carta de instrucciones, juntamente con el Certificado de Beca, al Gobierno respectivo y al interesado. La carta de instrucciones contiene la información necesaria para indicar al becario dónde y a quién se debe presentar a su llegada, las condiciones económicas de la beca y quién le pagará los estipendios, así como también el programa de estudios y el itinerario que debe seguir.

Junto con la carta de instrucciones se incluye un folleto informativo sobre el programa de becas, el cual contiene las disposiciones que afectan a los becarios y les da a conocer, por medio de un sistema de preguntas, el número de los párrafos que se refieren especialmente a los asuntos de mayor interés para ellos, tales como el monto de los estipendios, arreglos de viaje, cuáles son los gastos que asume la Organización y cuáles son los que van a cargo de ellos, etc.

Desgraciadamente, durante las entrevistas que se celebran con los becarios en el curso de sus estudios, se ha podido comprobar en forma fehaciente que sólo una proporción muy pequeña lee con cuidado y retiene la información contenida en dicho folleto. Esto ocurre por igual con el becario profesional y con el no profesional. Mucha de la correspondencia que mantienen los becarios con la Oficina podría disminuir sensiblemente si todos leyeran con detenimiento ese folleto.

Además se instruye al becario para que obtenga y lleve consigo la información pertinente sobre los problemas de salud pública de su país, a fin de que esté en condiciones de darla a conocer a sus profesores y compañeros en el curso de sus estudios.

Al mismo tiempo que se envía la carta de instrucciones, se toman las medidas pertinentes para proporcionar al becario el transporte necesario y pagarle el primer estipendio. Dado que el itinerario de viaje se determina de acuerdo con el programa de estudios, cualquier cambio o detención en ruta corre por cuenta del becario.

Los becarios han de gestionar la obtención de sus pasaportes y visados respectivos, pero la Oficina les presta ayuda cuando es necesario. Así, por ejemplo, a los efectos de facilitar la obtención de visados para algunos países que tienen requisitos especiales para ello, se envía al becario un documento especial que atestigua que el titular va a estudiar bajo los auspicios de la Organización.

La obtención de visados ha constituido un problema especial cuando el país de estudio no mantenía relaciones diplomáticas con el país del becario. Por lo general, se ha podido subsanar este inconveniente haciendo que el becario se detuviera en tránsito en un tercer país, donde los servicios consulares, previamente advertidos, han dado todo género de facilidades para obtener los visados. En el pasado se planteó otro problema en los Estados Unidos, país que recibe a tantos estudiantes, debido a una ley que exigía que una organización gubernamental o privada norteamericana asumiera la responsabilidad del futuro becario. La ley no había previsto las organizaciones internacionales y cada caso tenía que ser resuelto buscando un patrocinador en los Estados Unidos; esto no era difícil para los becarios que iban a instituciones, pero presentaba muchos problemas para los que recibían subsidios de viaje. En 1957 se dictaron nuevas disposiciones que ahora permiten que la Organización pueda patrocinar a sus becarios.

IX. Orientación y guía durante los estudios

Tanto si un becario ha de cursar estudios académicos como si ha de visitar instituciones, es muy conveniente que tenga una idea clara acerca de lo que ha de abarcar su experiencia y que se familiarice con los diversos detalles de las relaciones durante el período de la beca.

Es comprensible que los becarios tengan con frecuencia problemas, no sólo técnicos o administrativos, sino también de adaptación, al llegar a un país extranjero cuya cultura y condiciones de vida son a veces muy diferentes de las de su propio país.

Para los becarios que reciben subsidios de viaje, las necesidades de orientación varían según sea la complejidad de la materia y el número de visitas proyectadas. Siempre que es posible, se prevé que hagan una visita a la Oficina de Washington o a una Oficina de Zona, al iniciar su viaje de estudios.

La orientación de los becarios que han de seguir estudios académicos suele tener dos partes: una visita a la sede de la Organización o a la Oficina de Zona, antes de dirigirse a las instituciones docentes, y un período de extensión variable en la escuela. Durante la primera parte, se examina el programa, se explican las disposiciones de carácter educativo y administrativo adoptadas y se hacen los ajustes necesarios.

Una de las principales finalidades del segundo período es lograr que los estudiantes dispongan de más tiempo para acostumbrar su oído al idioma que tendrán que emplear. En algunas escuelas se proporciona instrucción específica a este objeto. Aun en el caso de que el idioma no constituya un problema, es necesario disponer de tiempo para informarse acerca de la escuela, los profesores, la vida universitaria, la ciudad, los medios de transporte y otras cuestiones análogas de carácter general. Una universidad insiste en que el curso de orientación dure seis semanas para los estudiantes cuya lengua materna no sea la de la escuela. Otras prevén cursos de una a cuatro semanas de duración. La experiencia ha demostrado que es esencial obtener la orientación debida; pero es preciso efectuar nuevos estudios sobre la extensión y contenido de ese curso.

Durante el año escolar, la mayoría de las escuelas asignan un miembro del profesorado a cada estudiante, en calidad de asesor. Pudiendo contar con el interés del asesor, los estudiantes sacan gran provecho de este consejero siempre disponible. No obstante, el asesor, aunque conoce los problemas relativos a la escuela, no puede estar familiarizado con los relativos a la situación que el becario encuentra en su país.

La intervención del personal de la Oficina facilita en forma evidente la solución de estos problemas, y a tal fin, cuando los becarios académicos están instalados en los lugares de estudio, miembros de dicho personal los visitan en dos oportunidades por lo menos. La primera visita se hace más o menos en la mitad del primer trimestre, y la segunda, en la mitad del último trimestre, antes del término de los estudios. Durante la primera visita se celebra una entrevista detenida y cuidadosa con cada uno de los becarios por separado, para averiguar cómo se han adaptado, en qué condiciones viven, qué problemas tienen, cómo estudian y cuál ha sido el resultado de las primeras pruebas y exámenes. Estas entrevistas se complementan con otras que se celebran con los profesores asignados a cada becario en calidad de asesores. Con los profesores se discute la reacción y conducta del becario durante las clases, y la necesidad, si existe, de hacer reajustes o modificaciones al programa de estudios. En algunos casos, cuando existen problemas, es necesario celebrar varias entrevistas tanto con el becario como con el profesor, hasta que se encuentra la solución adecuada. Además, se pro-

cura también asistir a las clases y a los trabajos de grupos para poder comprender mejor la situación y la participación de los becarios en el desarrollo de los estudios.

La segunda visita tiene por objeto, por lo general, además de estudiar la situación general del becario, examinar las actividades de campo que complementan los estudios académicos. La experiencia obtenida en relación con estas visitas ha demostrado que es necesario dedicar por lo menos dos horas a cada becario.

Por otra parte, los becarios solicitan por correspondencia, en cualquier momento, asesoramiento y orientación para resolver cualquier problema que les pueda afectar. La correspondencia es por demás nutrida.

Asimismo, se mantiene contacto con los becarios por medio de los informes que deben presentar al final de cada trimestre. En estos informes describen las actividades desarrolladas durante el trimestre, y enumeran los profesores que han tenido y las instituciones visitadas. Resumen también las observaciones e impresiones recogidas en el curso de los estudios.

Esta orientación se facilita enormemente gracias a las excelentes y estrechas relaciones que se mantienen con el personal docente de los establecimientos de enseñanza y con el personal de los servicios de salubridad, que prestan inapreciable cooperación y colaboración al desarrollo del programa de becas. Contribuye a ello también la cooperación que se presta a los establecimientos docentes por medio de conferencias a los estudiantes y profesorado sobre las actividades y programas que desarrollan la OSP/OMS, y las informaciones que se facilitan a las escuelas sobre los países de origen de los estudiantes.

Durante el período escolar 1957-58, se visitaron en los Estados Unidos y Canadá 23 establecimientos docentes y se efectuaron dos entrevistas a cada uno de los 111 becarios que cursaban estudios en ellos. El total de entrevistas fue en realidad mayor, pues en cumplimiento de un acuerdo de colaboración establecido, se celebraron frecuentes entrevistas, durante estas visitas, con personas que estudian en esas instituciones en calidad de becarios de la Administración de Cooperación Internacional de los Estados Unidos. El personal del Servicio de Becas visitó también las escuelas de salud pública latinoamericanas y celebró entrevistas con 102 becarios. Si bien estas visitas se hacen una sola vez al año,

dada la distancia y el costo del viaje, dichas escuelas son visitadas también regularmente por el personal de la Oficina de Zona respectiva, con lo cual se mantiene en forma continua el contacto con los becarios.

X. Contacto con el becario al término de los estudios

Con el fin de facilitar la evolución de los beneficios del programa de becas, se trata de mantener contactos periódicos con los ex becarios durante un período de dos años, a partir del término de la beca.

El informe final que deben presentar los becarios al terminar los estudios, consta por lo general de tres partes. En la primera deben resumir los estudios realizados; en la segunda, analizar los conocimientos adquiridos, particularmente con referencia a la futura labor que desarrollarán; y en la tercera, comentar la beca misma, especialmente acerca de las dificultades que se presentaron y cómo se resolvieron.

Posteriormente, los ex becarios deben presentar dos informes complementarios sobre las oportunidades que han tenido de aplicar los conocimientos y el adiestramiento adquiridos gracias a las becas. El primero de estos informes deben presentarlo a los seis meses, y el segundo, a los dos años del regreso al país de origen. El segundo informe se complementa con uno de la administración nacional de sanidad del país de origen sobre la utilización de los servicios de los ex becarios y las actividades desarrolladas en relación con las becas.

Estos informes facilitan datos de gran utilidad para evaluar el programa de becas y también para evitar la repetición de errores cometidos en la programación de algunas becas. Las becas que se conceden a los profesores de las escuelas de salud pública para que visiten los países de ori-

gen de los alumnos y renueven relaciones con los ex becarios, constituyen otra manera de mantener este contacto y verificar cómo se utiliza el adiestramiento adquirido por medio de las becas.

XI. Amplitud y financiamiento del programa

A medida que fueron aumentando los fondos de que disponía la Organización para las actividades de campo, el número de becas ascendió constantemente. Para tener una idea general de este aumento, basta comparar la cifra de 812 becarios y participantes del cuatrienio anterior, 1950-53, con el total de 1.663 en los cuatro años de 1954-57.

En los tres primeros años del último cuatrienio, el número de becas permaneció más o menos estable, sin grandes variaciones; en cambio, en 1957 aumentó en forma considerable.

El aumento de un 57% que se observó en 1957 se debió en gran parte a las actividades de adiestramiento y preparación del personal de los programas de erradicación de la malaria; más o menos la tercera parte del aumento correspondió a becas relacionadas con los otros programas. Asimismo ha ido aumentando de año en año el número de becarios de otras regiones que vienen a estudiar a las Américas.

Todos los países del Continente han participado en el desarrollo del programa de becas. El cuadro 2 muestra la distribución de las 1.236 becas, por país de origen y clase de estudios, durante el cuatrienio 1954-57. Fundamentalmente, las diferencias en el grado de participación de los distintos países están en relación con el número de solicitudes recibidas que, hasta cierto punto, reflejan el número de proyectos de colaboración entre los países y la Organización.

El número de becas para estudios académicos (527) bastante superior al de becas para viaje (336), refleja la demanda de cursos académicos

Cuadro 1—Número de becas de la OSP/OMS durante 1954-57

Años	Número de becas adjudicadas	Participantes en seminarios	Becarios de otras regiones que estudiaron en las Américas
1954	282	37	69
1955	246	144	93
1956	276	154	114
1957	432	92	120
Totales	1.236	427	396

como medio de obtener una fundación sólida para la especialización.

Simultáneamente al aumento del número de becas se han utilizado, en grado mucho mayor, las instituciones y servicios de los países de la Región para el adiestramiento de los becarios. La experiencia obtenida en la administración del programa de becas permite apreciar que es pre-

ferible aprovechar los recursos locales ya existentes, en lugar de establecer centros o instituciones internacionales especiales. El cuadro 3 muestra que todos los países han contribuido ofreciendo lugares de estudio. Como es natural, los países que cuentan con instituciones académicas que admiten a estudiantes extranjeros (en particular las escuelas de salud pública de Brasil,

Cuadro 2—Becas concedidas y participantes en seminarios en las Américas, por clase de estudio y país de origen, 1954-1957

País	B E C A S					Participantes en seminarios	Total de becarios y participantes
	Cursos organizados por la OSP/OMS o con su participación		Otros cursos	Otros casos	Total becas		
	Cursos especiales breves	En Instituciones académicas					
Argentina	8	19	30	9	66	26	92
Bolivia	6	4	14	4	28	14	42
Brasil	38	4	8	13	63	64	127
Canadá	1	0	2	3	6	1	7
Colombia	6	7	18	10	41	34	75
Costa Rica	26	6	8	7	47	13	60
Cuba	8	3	4	3	18	14	32
Chile	8	0	11	33	52	32	84
Ecuador	8	5	10	4	27	19	46
El Salvador	16	9	9	6	40	11	51
Estados Unidos	8	0	0	25	33	7	40
Guatemala	22	14	18	26	80	12	92
Haití	22	1	20	13	56	9	65
Honduras	24	3	6	9	42	10	52
México	34	8	32	48	122	42	164
Nicaragua	18	5	15	9	47	6	53
Panamá	22	9	22	5	58	13	71
Paraguay	15	19	34	18	86	12	98
Perú	21	16	34	11	82	24	106
República Dominicana ..	14	10	14	8	46	11	57
Uruguay	8	15	22	7	52	9	61
Venezuela	3	6	8	16	33	23	56
Departamentos de Francia en las Américas	3	0	0	4	7	2	9
Surinam y Antillas Neerlandesas	1	0	0	4	5	2	7
Áreas británicas	33	0	25	41	99	17	116
Totales	373	163	364	336	1.236	427	1.663

Chile, Estados Unidos y México y el Instituto de Malariología de Venezuela), acusan cifras excepcionalmente elevadas. Al mismo tiempo, además de esos países, también otros han prestado una contribución muy importante al ofrecer sus servicios médicos y de salud pública para su observación o actuando de países huéspedes para cursos breves organizados.

Las estrechas relaciones que existen entre los diversos campos de estudio dificultan en forma manifiesta la clasificación de los becarios según

las materias que han estudiado. Sin embargo, es preciso fijar normas arbitrarias, y la OMS se ha atenido desde hace varios años al principio de clasificar a los estudiantes por la materia de su principal interés. Por ejemplo, un número crecido de becarios que siguen el curso de salud pública, se interesan muy especialmente por las enfermedades transmisibles. De acuerdo con las reglas que se usan para esta clasificación, esos becarios caen bajo el rubro "Enfermedades transmisibles". Sin embargo, el adiestramiento que

Cuadro 3—Becas concedidas en las Américas por país o región de estudio, 1954-1957

País o región de estudio	1954	1955	1956	1957	Total
Argentina	5	—	1	5	11
Bolivia	2	—	2	—	4
Brasil	59	31	42	57	189
Canadá	6	6	6	15	33
Colombia	6	5	9	8	28
Costa Rica	7	6	16	6	35
Cuba	20	—	1	1	22
Chile	60	38	65	70	233
Ecuador	13	8	3	6	30
El Salvador	8	17	18	31	74
Estados Unidos	68	88	69	70	295
Guatemala	21	23	12	36	92
Haití	4	3	—	—	7
Honduras	—	—	1	1	2
México	31	14	50	109	204
Nicaragua	1	—	1	—	2
Panamá	4	11	21	7	43
Paraguay	2	3	3	—	8
Perú	5	10	10	37	62
República Dominicana	2	1	—	—	3
Uruguay	4	1	—	1	6
Venezuela	9	37	22	61	129
Departamentos de Francia en las Américas	1	1	2	1	5
Surinam y Antillas Neerlandesas	—	—	2	1	3
Áreas británicas	13	12	4	8	37
Región de Asia Sudoriental	—	—	1	—	1
Región de Europa	6	6	6	12	30
Región del Mediterráneo Oriental	—	2	—	1	3
Región del Pacífico Occidental	—	—	1	2	3
Totales*	357	323	368	546	1.594

*Algunos becarios visitaron más de un país o región, y por ello, los totales no coinciden con los del cuadro 1.

adquieren es de carácter mucho más amplio y los prepara para trabajar en salud pública general. Lo mismo ocurre con otros rubros, tales como "Higiene maternoinfantil" y "Enfermería". De aquí que al analizar el cuadro 4 sea necesario tener presente dichas situaciones.

El análisis del cuadro 4 permite apreciar que, como cabía prever, el rubro mayor es el de "Enfermedades transmisibles", que aumentó notablemente en 1957 debido a los programas de erradicación de malaria. Los estudios de "Enfermería", estadísticas sanitarias (comprendidos en el rubro "Otros servicios de sanidad") y "Saneamiento" ocupan también un lugar prominente en la clasificación, así como los de "Administración de salud pública".

Los fondos para sufragar el programa de becas proceden de todas las fuentes de que dispone la Organización, como puede verse en los siguientes totales para los últimos cuatro años:

OSPA—Presupuesto ordinario	\$ 323.284
OSPA—Otros Fondos, con inclusión de los fondos de la OEA para el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa y, en 1957, el Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria	117.897
OMS—Presupuesto ordinario	778.942
OMS—Asistencia Técnica	1.003.831
Total	\$2.223.954

Es de esperar que la OMS/Asistencia Técnica facilite la mayor proporción, puesto que las becas, lo mismo como parte de proyectos que como proyectos separados, pueden incluirse fácilmente en este programa. Además, la mayoría de los proyectos de la Categoría II son de becas, y se utilizan como substitutivos cuando se producen economías en los proyectos de la Categoría I a causa de demoras en su ejecución. A veces, estos

Cuadro 4—Becas concedidas en las Américas, por país de origen y materia estudiada, 1954-1957

País	Administración de salud pública	Saneamiento	Enfermería de salud pública	Higiene maternoinfantil	Otros servicios de sanidad	Enfermedades transmisibles	Ciencias y educación médicas	Medicina clínica	Total
Argentina	20	8	4	1	14	16	2	1	66
Bolivia	1	2	11	—	4	10	—	—	28
Brasil	2	2	4	1	5	46	2	1	63
Canadá	2	—	—	—	—	2	2	—	6
Colombia	12	5	3	—	3	18	—	—	41
Costa Rica	1	10	12	—	10	14	—	—	47
Cuba	—	5	—	—	4	9	—	—	18
Chile	5	1	8	5	6	12	10	5	52
Ecuador	5	2	2	2	7	8	—	1	27
El Salvador	2	10	7	—	6	15	—	—	40
Estados Unidos	1	1	—	—	1	9	20	1	33
Guatemala	3	18	19	2	8	30	—	—	80
Haití	8	4	10	1	1	30	2	—	56
Honduras	5	14	7	—	1	15	—	—	42
México	6	21	17	5	17	51	4	1	122
Nicaragua	5	11	11	—	7	13	—	—	47
Panamá	5	17	8	1	8	18	1	—	58
Paraguay	17	10	8	4	11	34	1	1	86
Perú	15	8	13	1	9	35	—	1	82
República Dominicana	4	15	4	—	5	18	—	—	46
Uruguay	8	10	14	2	5	12	—	1	52
Venezuela	4	6	2	—	4	17	—	—	33
Departamentos de Francia en las Américas	—	—	2	1	—	4	—	—	7
Surinam y Antillas Neerlandesas	—	—	—	—	1	4	—	—	5
Áreas británicas	12	2	11	1	15	54	3	1	99
Totales	143	182	177	27	152	494	47	14	1.236

fondos sólo quedan disponibles a fines de año y únicamente se han podido utilizar gracias a que se tenía a mano un número suficiente de solicitudes buenas que permitían hacer rápidamente las adjudicaciones.

Otra conclusión de gran importancia que debe sacarse de estas cifras, es la necesidad de tener una sola serie de normas y procedimientos, cualquiera que sea la procedencia de los fondos.

XII. *Coordinación con otras organizaciones*

Aparte de muchas otras consideraciones, los aportes de fondos que se mencionan constituyen un factor determinante, casi imperativo, para mantener una coordinación completa con los procedimientos y disposiciones que rigen la concesión de becas en la OMS y que también son válidos para las becas que se financian con fondos del programa de Asistencia Técnica.

A los efectos de mantener esta coordinación entre las Naciones Unidas y todos los organismos especializados que otorgan becas, funciona desde hace varios años un Grupo Técnico de Trabajo sobre Becas, que se reúne periódicamente para estudiar y recomendar las soluciones a los problemas comunes que se presentan en relación con esta materia. Así se ha logrado mantener una estrecha colaboración entre todos los organismos interesados y se han perfeccionado de año en año, en forma progresiva, las normas y procedimientos para la adjudicación de becas. Se han eliminado numerosas deficiencias que dificultaban seriamente el desarrollo del programa, como era el caso cuando cada organismo se regía por sus propias disposiciones.

Las medidas adoptadas por este Grupo Técnico de Trabajo, así como sus acuerdos, sufren evidentemente algunas demoras en su aplicación, dado que cada organización tiene sus propios procedimientos administrativos. Sin embargo, ello no ha dificultado mayormente la vigencia de sugerencias hechas por la Oficina, tales como el mejoramiento de algunos estipendios.

Se ha establecido un mecanismo para un rápido intercambio de información sobre variaciones en el costo de la vida para los becarios, con el fin de que todos los organismos implanten al mismo tiempo los cambios que se consideren necesarios en los estipendios. De esta suerte, en las Américas, por ejemplo, se han hecho importantes aumentos en los estipendios establecidos para Brasil, Chile y Estados Unidos. De modo análogo,

se ha llegado a un acuerdo para modificar otros aspectos de la reglamentación, tales como la definición de situación de viaje y el pago de un estipendio más elevado durante el primer mes de una beca para cursar estudios académicos.

Como solicitó el Consejo Directivo en el tercer párrafo de la Resolución XV, adoptada en su X Reunión, se estudió con la Sede de la OMS y el Grupo Técnico de Trabajo sobre Becas la propuesta de establecer varias categorías de becas de acuerdo con la posición profesional y experiencia del becario. La reacción general fue totalmente contraria al sistema de puntuación propuesto, que se consideró demasiado complicado y que podía dar lugar a muchos malentendidos y dificultades.

También se ha progresado en otro aspecto del problema de la coordinación. En las Américas hay otras varias organizaciones que conceden becas para fines similares a los de la OSP/OMS. Las más destacadas son la Fundación Rockefeller y la Fundación Kellogg, particularmente en el campo de la enseñanza médica, y la Administración de Cooperación Internacional de los Estados Unidos, con su amplio programa de trabajo en todos los aspectos de los servicios de salud pública. Como esas organizaciones tienen financiaciones básicas diferentes y funcionan también con métodos diferentes, no es muy fácil lograr la uniformidad en los procedimientos sobre becas. No obstante, el mecanismo del Centro de Información de Educación Médica, establecido en 1952, ha servido de método para el intercambio de información en muchos problemas relativos a becas. Por ejemplo, la distribución de una lista conjunta de becas adjudicadas ha contribuido a evitar la duplicación.

XIII. *Evaluación*

El desarrollo del programa de becas requiere esfuerzos bastante considerables de parte de los países que deben elegir y proponer a los postulantes, de los países e instituciones que ofrecen sus medios y servicios para el adiestramiento y preparación de los becarios y de las organizaciones que otorgan becas. El costo de dicho programa, por otra parte, absorbe una proporción importante del presupuesto de la Organización. Existe, por tanto, sumo interés en conocer cuáles son los resultados que se obtienen.

Se ha señalado en repetidas ocasiones el valor indudable de la colaboración internacional en la

preparación y adiestramiento de ciertas personas que posteriormente utilizarán los conocimientos adquiridos para contribuir al mejoramiento de la salud en su país. La Fundación Rockefeller, que tiene gran experiencia en la materia, después de analizar su programa de becas durante un período de 33 años (1917-1950), manifestó que "mirando retrospectivamente pocas actividades de la Fundación parecen tener un valor más duradero y general".

Se ha procurado en varias oportunidades señalar con alguna precisión el valor y la utilidad de las becas, pero siempre se ha tropezado con grandes dificultades. No cabe duda de que la selección del becario y la calidad de los estudios que realiza tienen gran repercusión sobre el éxito o el fracaso del programa de becas. Sin embargo, el uso ulterior que el becario hace de los conocimientos adquiridos constituye tal vez el aspecto fundamental de la evaluación.

La contribución que hace el becario a su regreso, para ampliar servicios existentes, introducir técnicas y métodos nuevos, establecer nuevos tipos de servicios o mejorar las facilidades de educación y adiestramiento locales, servirá para valorar los resultados de una beca. A este fin se ha establecido la obligación, de parte del ex becario y de la administración nacional de salubridad respectiva, de informar al cabo de dos años del término de los estudios, sobre las actividades desarrolladas y los servicios prestados durante dicho período, con el objeto de verificar si los servicios que presta corresponden al adiestramiento adquirido.

Recientemente, la OMS procedió a una evaluación general de las becas otorgadas con fondos de dicha Organización. Los resultados obtenidos se pueden aplicar también a la OSP, dada la similitud de ambos programas.

Ese estudio se hizo enviando un cuestionario a todos los ex becarios, quienes debían devolverlo por medio de su Gobierno, informando sobre el puesto que ocupaban y cómo aplicaban los conocimientos adquiridos gracias a la beca.

Las estadísticas así obtenidas fueron examinadas en la 11a Asamblea Mundial de la Salud. Aunque esa información fue objeto de ciertas críticas fundadas en que era relativamente pequeña la proporción de cuestionarios contestados en las Américas, la experiencia del personal de las Oficinas de Zona y de proyectos, así como las entrevistas efectuadas por el personal del Servi-

cio de Becas, indican, no obstante, que están justificadas las generalizaciones siguientes:

1. La gran mayoría de los becarios asumieron a su regreso al país de origen las funciones específicas para las cuales fueron adiestrados.

2. La mayor parte de estos becarios demostraron tener las condiciones adecuadas para introducir nuevos métodos de trabajo, establecer nuevos servicios en los organismos o instituciones en que trabajaban y divulgar, mediante conferencias y artículos, los conocimientos adquiridos en el extranjero. Algunos han adiestrado al personal local que substituye a especialistas extranjeros. Otros han influido para que se promulgaran nuevas leyes sanitarias o se modificaran las existentes. Además, casi la mitad de los ex becarios continuaron manteniendo relaciones con sus ex compañeros de estudio y profesores, con el fin de intercambiar informaciones referentes al trabajo que realizaban.

3. Muy pocos ex becarios expresaron que los estudios seguidos no habían sido adecuados para las necesidades de sus funciones.

Es indudable que los resultados varían de un país a otro, siendo mejores cuando las becas forman parte de un programa destinado a desarrollar un aspecto específico de algún programa de salud pública o de los servicios respectivos.

Son muy pocos los ex becarios que no utilizan su adiestramiento en forma adecuada. Muchos de los fracasos se deben al incumplimiento del compromiso contraído por los Gobiernos de emplear a los becarios a su regreso; por otra parte, ha habido también casos, afortunadamente pocos, en que los becarios se negaron, por una u otra razón, a aceptar el puesto que el Gobierno les ofreció al regresar a su país.

XIV. *Consideraciones generales*

Se ha dicho con razón que la calidad de cualquier programa de salud pública puede medirse por la aptitud y competencia de las personas que lo ejecutan. Por lo tanto, la gran contribución del programa de becas consiste en que gracias a él se proporcione la clase de educación y adiestramiento internacional que elevará esa competencia al grado más alto posible. Del presente estudio se desprende claramente que este programa constituye una parte grande e importante de la labor de la Organización, que abarca todos los campos de actividad, y que su funcionamiento es asunto complicado que presenta gran número de problemas relacionados entre sí.

En todas las actividades relacionadas con las becas hay que tratar esencialmente con individuos que, a pesar de la similaridad de sus deseos y de la estandarización de los programas, varían enormemente en cuanto a personalidad, preocupación por la comodidad individual, gustos y antipatías, capacidad de independencia y adaptabilidad a otros países. Aun en los casos más simples hay un sinnúmero de detalles a tratar con cada becario, a la mayoría de los cuales apenas se ha hecho alusión en este estudio. Un estudio efectuado recientemente sobre las actividades y el personal del Servicio de Becas, da una idea de la naturaleza complicada de los problemas administrativos que se plantean a este respecto. Dicho estudio se llevó a cabo respondiendo a los constantes esfuerzos de la Organización por simplificar los procedimientos y descentralizar las actividades y decisiones en la máxima medida posible. No obstante, se estableció que el promedio de cartas, memorándums y documentos de diversas clases relacionados con cada beca para estudios académicos, era de 145, y de 73 el que originaba cada beca de viaje (de una duración aproximada de 3 meses). Estas cifras son mucho más elevadas cuando un becario presenta problemas poco frecuentes, por ejemplo, cuando se trata de un campo de estudios muy especializado o se producen circunstancias imprevistas durante la beca.

Es inevitable que los becarios deseen hacer cambios aun después de muy avanzado el programa. Esos cambios requieren a menudo cables y llamadas telefónicas a larga distancia y pueden provocar inconvenientes para todos los interesados, en particular para quienes ya hicieron planes para recibir a un becario. También requieren que el personal les dedique mucho más tiempo. Por consiguiente, es preciso reducir los cambios al *mínimum*, aunque algunas veces son convenientes y esenciales.

Por razones como las que se acaban de exponer, las diversas fundaciones y organismos gubernamentales que conceden becas, estiman que un miembro del personal profesional no debería encargarse de más de 50 ó 60 becarios. El promedio era mucho más elevado en la Oficina, pero los recientes aumentos de personal lo han reducido a proporciones razonables, aunque sigue siendo más elevado que el de los demás organismos.

Las complicaciones de carácter administrativo y las variaciones que se producen en las fuentes de los fondos confieren particular importancia al hecho de que la labor de planificación se encuentre en la fase más avanzada posible. Como se ha señalado ya en este estudio, es frecuente el caso de que a fines de año se comunique, con poco tiempo de aviso, que quedan fondos disponibles para becas. Sólo teniendo a punto una serie de buenas solicitudes que hayan pasado por todos los trámites preliminares, es posible hacer buen uso de esos fondos. En esta planificación, las administraciones nacionales de salud pública tienen que desempeñar un papel activo, estudiando constantemente sus necesidades de personal a la vez que no perdiendo nunca de vista la clase de personas que pueden sacar provecho de los estudios en el extranjero.

A través de todo este estudio se ha puesto claramente de manifiesto la necesidad de reconocer la responsabilidad tripartita descrita en el capítulo III. El becario tiene que hacer lo que pueda por su parte, pero es esencial que en todas las fases exista una cooperación entre la Organización y el Gobierno. Mediante la participación activa y los esfuerzos mutuos, un amplio programa de becas genuinamente dinámico permitirá alcanzar el objetivo fundamental de fortalecer los servicios de salud pública de los Países Miembros.

Anexo 10

PROYECTO DE NUEVAS CONDICIONES DE EMPLEO¹

El Director tiene el honor de presentar este documento sobre el tema "Proyecto de nuevas

condiciones de empleo", dividido en dos partes. La primera parte se somete a solicitud del Director General de la Organización Mundial de la

¹Documento CSP15/12, Rev. 1.

Salud. La segunda parte se presenta como consecuencia de la decisión adoptada por el Comité Ejecutivo en su 34a Reunión.

Parte I

REVISIÓN DE SUELDOS, SUBSIDIOS Y PRESTACIONES

Antecedentes legislativos

La Décima Asamblea Mundial de la Salud, después de estudiar un informe del Director General sobre este tema, adoptó, además de otras decisiones, la Resolución WHA10.49, que dice así:

Considerando

(1) que desde 1949 la Organización Sanitaria Panamericana viene aplicando en materia de sueldos, subsidios y prestaciones disposiciones sensiblemente iguales a las de la Organización Mundial de la Salud, con objeto de asegurar la uniformidad de las condiciones de empleo de todo el personal de la OMS y de la OSP;

(2) que los esfuerzos desplegados con el fin de obtener condiciones uniformes y equitativas de empleo para el personal de la OMS/OSP no han dado resultados enteramente satisfactorios;

(3) que el complicado sistema de subsidios múltiples en vigor plantea un problema administrativo de difícil solución;

(4) que, si bien ese sistema puede en algunos casos ofrecer una remuneración suficiente, no consigue atraer al servicio de la Organización a los jóvenes médicos especialistas en salud pública que deberían constituir en lo venidero el armazón de sus plantillas de personal permanente;

(5) que la remuneración de base para los puestos que exigen una formación superior y una elevada competencia técnica hace todavía más difícil la contratación de especialistas en salud pública; y

(6) que el Consejo Directivo de la OSPA (que es al propio tiempo Comité Regional de la OMS para las Américas) adoptó en su reunión de 1956 una resolución¹ que, entre otras cosas, prevé la adopción, "en caso de que las Naciones Unidas no autoricen un sistema único de sueldos, subsidios y beneficios para todo el personal de todos los programas, y el Consejo Ejecutivo de la OMS tampoco autorice este sistema de empleo, las medidas necesarias para establecer las mismas condiciones de empleo para el personal de plantilla y de proyectos",

1. RESUELVE remitir la cuestión de los sueldos, subsidios y prestaciones del personal de la Región de las Américas al Consejo Ejecutivo, facultándole para que presente a la Asamblea Mundial de la Salud las recomendaciones que estime oportunas sobre la manera de remediar las mencionadas dificultades; y

2. PIDE al Consejo Ejecutivo que se ponga de acuerdo

con el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana sobre la manera de adoptar las disposiciones necesarias para que los sueldos y subsidios del personal se conformen a las necesidades de las organizaciones sanitarias internacionales.

En consecuencia, el Consejo Ejecutivo hizo un estudio preliminar de este tema, en su 21a Reunión, y adoptó la siguiente resolución EB21.R53:

El Consejo Ejecutivo,

Visto el informe del Director General sobre el régimen de sueldos, subsidios y prestaciones, y quedando enterado de las decisiones del Consejo Directivo de la OSPA y, en particular, de la divergencia que se ha producido en la práctica respectiva de la OSPA y de la OMS sobre ajustes por lugar de destino en caso de deducción;

Teniendo presente lo dispuesto en la resolución WHA10.49,¹ en la que la Asamblea Mundial de la Salud encomendaba al Consejo Ejecutivo que estudiara el problema e informase a la Asamblea "sobre la manera de adoptar las disposiciones necesarias para que los sueldos y subsidios del personal se conformen a las necesidades de las organizaciones sanitarias internacionales";

Considerando que ese estudio requiere un examen de las medidas con que haya de atenderse el conjunto de las necesidades de la Organización en cuestiones de personal, cualesquiera que sean los lugares en que se produzcan y los fondos con que se costeen;

Advirtiendo que en la presente reunión no se dispone de las informaciones indispensables para examinar a fondo el asunto;

Considerando que en breve han de emprenderse otros estudios sobre sueldos, subsidios y prestaciones;

Considerando que la Organización debe seguir principios coherentes en materia de sueldos; y

Considerando que el régimen de sueldos ha de facilitar la aplicación del importante criterio de la Organización sobre rotación del personal profesional,

1. RESUELVE incluir este punto en el orden del día de su 23a reunión;

2. PIDE al Director General que invite a todos los comités regionales a que en su próxima reunión den su parecer al respecto para conocimiento del Consejo cuando éste examine de nuevo el asunto;

3. PIDE al Director General que presente al Consejo en su 23a Reunión un circunstanciado informe en que se recojan las opiniones de los comités regionales y cualquier novedad relacionada con el asunto que se produzca en otros organismos especializados y en las Naciones Unidas.

De acuerdo con el segundo párrafo de la parte dispositiva de la precedente resolución, se invita al Comité Regional a formular las observaciones que estime oportunas sobre este asunto, para

¹Documento Oficial de la OSPA 18, 15.

¹Act. of Org. mund. Salud 79, 43.

someterlas a la consideración del Consejo Ejecutivo.

Teniendo en cuenta lo reducido del tiempo de que dispone el Comité Regional, no se presenta documentación detallada sobre el tema. Si el Comité desea estudiar las disposiciones vigentes sobre sueldos y subsidios, se le facilitarán ejemplares del Reglamento del Personal.

Se llama la atención del Comité Regional sobre las siguientes consideraciones generales, que tienen especial importancia respecto a este asunto:

a) La importancia, para una organización sanitaria universal, de disponer de un sistema uniforme de sueldos y subsidios, para todo el personal, en cualquier lugar a que se halle destinado.

b) La relación existente entre el sistema de sueldos, subsidios y prestaciones y la posibilidad, para una organización sanitaria internacional, de atraer y retener a personal debidamente preparado.

c) La necesidad de un sistema adecuado y uniforme de sueldos y subsidios, para un personal profesional llamado a ocupar puestos diversos en distintos lugares.

d) La importancia, para un personal descentralizado y disperso, de contar con un sistema de sueldos y subsidios que sea tan sencillo de entender y administrar como razonablemente apropiado a las exigencias de la equidad y a las necesidades particulares de cada miembro del personal.

Parte II

En la 34a Reunión del Comité Ejecutivo del Consejo Directivo de la OSPA, en funciones de Grupo de Trabajo del Comité Regional de la OMS, se examinó la siguiente información acerca de este tema (presentada en el Documento CE34/5, Parte A):¹

PROYECTO DE NUEVAS CONDICIONES DE EMPLEO

Las últimas decisiones adoptadas por los cuerpos directivos en relación con este asunto, son las siguientes:

1. La Décima Asamblea Mundial de la Salud (1957), en su Resolución WHA10.45,² pidió al Consejo Ejecutivo (a) que se pusiera de acuerdo con el Consejo Directivo de la Organización Sa-

nitaria Panamericana sobre la manera de adoptar las disposiciones necesarias para que los sueldos y subsidios del personal se conformasen a las necesidades de las organizaciones sanitarias internacionales, y (b) que presentara las recomendaciones que estimase oportunas a la Asamblea Mundial de la Salud.

2. La X Reunión del Consejo Directivo (1957) examinó en detalle la cuestión de los principios básicos para el establecimiento de nuevas condiciones de empleo en la OSP y transmitió al Comité Ejecutivo un documento sobre este asunto para que procediera a un nuevo estudio, a la vez que rechazó expresamente la propuesta de suprimir los "subsidios adicionales no computables a efectos de pensión".³

3. La 21a Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, al estudiar la cuestión de las condiciones de empleo, pidió al Director General que invitara a todos los Comités Regionales a expresar sus opiniones sobre este asunto, y que presentara un informe completo a la 23a Reunión del Consejo.

Por consiguiente, el Director sometió a la consideración del Comité Ejecutivo el siguiente informe, que es un resumen de los principios más importantes enunciados en su informe a la 32a Reunión del Comité.

ANTECEDENTES

Durante los últimos ocho años y medio en que la Oficina Sanitaria Panamericana ha servido de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en las Américas, se ha adelantado mucho en la definición de las funciones de un organismo sanitario internacional. Se han aclarado las relaciones orgánicas y se ha alcanzado cierto grado de estabilidad respecto a los planes, presupuestos y programas principales de ambos organismos. Ha quedado demostrado el valor de programas de consulta y ayuda que se iniciaron en determinados campos a título de ensayo, y ahora se les considera que constituyen función permanente de esas organizaciones.

El actual sistema de administración de personal de la Oficina Sanitaria Panamericana se inició en 1949, después de la firma del Acuerdo entre la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud, en virtud del cual la

¹Documento mimeografiado.

²Act. of. Org. mund. Salud 79, 43.

³Documento Oficial de la OSPA 22, 27.

Oficina Sanitaria Panamericana sirve como Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Este sistema de personal fue adoptado oficialmente por el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana en su III Reunión, en 1949.¹ El Reglamento del Personal se ha modificado periódicamente a fin de mantenerlo de acuerdo, en sus líneas generales, con el de la Organización Mundial de la Salud. Esta, a su vez, ha elaborado su sistema de personal dentro de la amplia estructura del llamado "régimen común" de las Naciones Unidas y sus organismos especializados.

El concepto de un régimen común de servicio civil internacional tiene atractivos teóricos para muchas personas. Cabía pensar que el establecimiento de un verdadero "régimen común" podía tener ventajas para las organizaciones interesadas y sus empleados. Teniendo en cuenta esas posibles ventajas, los encargados de establecer el régimen común trataron de elaborar uno que pudiera ser adoptado uniformemente por todos los organismos internacionales comprendidos en el sistema de las Naciones Unidas. Sin embargo, en la práctica, dichos organismos no han logrado alcanzar ese objetivo. Los sistemas de personal del Banco Internacional y del Fondo Monetario Internacional difieren sensiblemente del régimen común en cuestiones tales como la estructura de los grados y escalas de sueldos, subsidios por educación, sistema de pensiones y otras análogas. Desde un punto de vista práctico, no es posible la transferencia de personal de esos organismos a otros de las Naciones Unidas, con retención de los derechos acumulados en cuanto a permanencia en el puesto, antigüedad, pensiones, licencias, etc.

Incluso entre los organismos de las Naciones Unidas que participan en el llamado "régimen común" (Secretaría de las Naciones Unidas, OMS, FAO, OIT, OACI, UNESCO, etc.) existen grandes variaciones en la aplicación de los elementos esenciales de dicho "régimen común".

Se ha sostenido que es necesario un sistema común de administración de personal a fin de que los funcionarios de las diferentes organizaciones que trabajan unos al lado de otros en el mismo país disfruten de los mismos sueldos y condiciones de empleo. Sin embargo, en la práctica no sucede ni debe suceder así. Para que sea satis-

factorio, el sistema de personal de un organismo ha de adaptarse a la misión particular de la organización de que se trate. Esta es la razón de que haya una notable variación en las prácticas y sistemas de personal que siguen las distintas organizaciones internacionales. La experiencia ha demostrado que un sistema único, que se aplica rígidamente, no puede satisfacer por igual las necesidades de organismos internacionales muy distintos. La política de la OMS (Artículo 3.2 del Estatuto del Personal) prevé con acierto la posibilidad, en caso necesario, de apartarse del sistema común. El Comité encargado de estudiar el régimen de sueldos, subsidios y prestaciones de las Naciones Unidas, en 1956, estableció un principio similar al declarar que "no es necesario aplicar (el régimen común) con tanta uniformidad que impida a las organizaciones apartarse de sus normas cuando no tengan otra manera de resolver sus problemas de personal."

Los programas de salud pública internacional han llegado ahora a una fase de desarrollo en que, para establecer una base firme y más permanente para el futuro progreso y crecimiento, se considera necesario proceder a un nuevo examen del régimen básico de personal.

Contratación y permanencia en el puesto

Entre los puntos débiles del actual sistema para el personal de los programas de la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud, uno de los principales es la práctica de hacer muchos nombramientos a plazo corto, en especial para trabajos de campo. Esto tiene por resultado un excesivo movimiento de personal y la necesidad de mantener costosos programas para el adiestramiento del personal nuevo.

Además, los programas y presupuestos de la OSP y OMS han alcanzado un tamaño, diversidad y madurez que no sólo permiten nombramientos permanentes, sino que además resultaría ventajoso, tanto para las organizaciones como para los miembros del personal, que hubiera muchos más nombramientos permanentes.

En la actualidad, el 69% de los médicos, el 77% de las enfermeras y el 86% de los ingenieros sanitarios de la OSP/OMS sirven con nombramientos temporales de 2 años o menos. En este grupo hay buen número de trabajadores de salud pública con amplio adiestramiento y experiencia, que sería conveniente incluir en el personal permanente de nuestra Organización, y que además estarían

¹Publicación de la OSP 246, 26.

interesados en tener la seguridad que proporciona un nombramiento de carrera.

Una justificación, más importante aún, para ampliar el servicio de carrera en los organismos sanitarios internacionales, es la necesidad de que esos organismos puedan ofrecer condiciones de servicio más atractivas a jóvenes funcionarios capacitados, recién graduados de una escuela de salud pública, que puedan tener interés en un servicio de carrera en las actividades de salud pública internacional. El mejor tipo posible de un verdadero servicio de carrera consiste en dar acceso a la organización, por el grado de entrada, a quienes, entre esas personas, tengan mayores aptitudes; proporcionarles la oportunidad de que alcancen la debida formación y madurez profesional en diversas tareas y darles puestos de mayor responsabilidad y sueldos más altos a medida que perfeccionen su formación.

Si la Oficina adopta un programa de personal que le permita de esta manera formar sus propios funcionarios en el futuro, disminuirá así la demanda de los servicios de personal expertos que actualmente se hace a los ministerios de sanidad de los Gobiernos Miembros. Dada la grave escasez actual de trabajadores calificados en este campo, y teniendo presente que los organismos nacionales asumen la responsabilidad básica de proporcionar servicios de salud pública, las organizaciones sanitarias internacionales no deberían depender de dichos organismos, en el grado en que ahora lo hacen, para la contratación de personal.

Un número suficiente de personal de carrera tendría la ventaja de proporcionar mayor grado de flexibilidad a los servicios. Esto facilitaría el intercambio de personal entre las operaciones de campo y las oficinas permanentes de la Organización. Los miembros del personal ya no considerarían su puesto como perteneciente a un solo programa, sino que esperarían trabajar en una variada serie de programas, así como en algunas de las oficinas permanentes. Esta diversidad de experiencia para cada miembro del personal representaría también oportunidades de ascenso, de perfeccionamiento y de adquisición de una mejor comprensión del trabajo y de los problemas de la Organización.

Hay, sin duda, ciertos tipos de actividades, tales como las de erradicación de la malaria, en que se emplea personal especializado que, dada la naturaleza del programa, sólo se necesita para pe-

ríodos de tiempo relativamente cortos. Ese personal debe contratarse para plazos limitados.

Adiestramiento

Un servicio de carrera, que por definición debe atender a la formación profesional del personal, sólo puede tener éxito si comprende un programa de adiestramiento realmente eficaz. Esto significa que la OSP y la OMS deberían adoptar un programa planificado de formación del personal que comprendiera: 1) la asignación a diversas actividades de campo; 2) la rotación del personal entre la sede y los servicios de campo; y 3) la concesión de licencias y estipendios para el adiestramiento académico especializado y avanzado y otras experiencias educativas para los miembros del personal que revelen aptitudes.

Utilización de los servicios temporales de funcionarios de otros organismos

Aun con la ampliación del concepto de servicio de carrera en la OSP y la OMS, seguirá habiendo muchos puestos, en proyectos a plazo corto, para los que se requerirán aptitudes especiales y que deberán proveerse mediante la utilización de los servicios temporales de personal de fundaciones privadas, universidades y laboratorios, así como de los ministerios nacionales de salud pública. Esto será preciso a causa de la frecuente necesidad de personal altamente competente para asesorar a los Gobiernos en problemas de naturaleza muy especializada, y porque algunas necesidades de personal serán también de duración limitada.

La adecuada utilización de estos funcionarios les dará la oportunidad de desarrollar todas sus aptitudes profesionales y, en definitiva, esto redundará en beneficio de los programas tanto de los organismos que presten su personal como de los que lo utilicen. Por esta razón, es de esperar que los Gobiernos faciliten, siempre que sea posible, el traslado de sus funcionarios a los organismos internacionales, garantizándoles el derecho a reintegrarse al servicio, y acreditándoles, a los efectos de antigüedad y de retiro, el tiempo que trabajen en la organización internacional. Pero es esencial (a) que no se efectúen traslados que perjudiquen gravemente la labor de un ministerio de salud pública, institución de investigación, etc.; (b) que se cumpla estrictamente lo convenido en materia de limitación de tiempo de los traslados; y (c) que en todo momento se tengan en cuenta las necesidades e intereses de los funcionarios.

No hay que olvidar que son los organismos nacionales, y no los internacionales, los que tienen la responsabilidad básica de proporcionar servicios sanitarios a la población.

Remuneración

La aportación más importante de los organismos sanitarios internacionales es la competencia y la experiencia de sus consultores profesionales y científicos, encargados de asesorar a los Gobiernos y de colaborar con ellos en el desarrollo de sus servicios sanitarios. Con el fin de cumplir esta misión primordial, los organismos sanitarios internacionales han de estar en condiciones de emplear a los elementos más competentes del mundo. Hay pruebas abundantes de que los sueldos de los organismos sanitarios internacionales ya no son apropiados para la contratación de especialistas profesionales y técnicos de sobresaliente competencia, y de que es preciso proceder con urgencia a aumentos sustanciales.

Sería preciso, pues, que, con un sentido realista, se examinara de nuevo la escala básica de sueldos de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Organización Mundial de la Salud, para hacer posible la contratación de personal profesional de salud pública que tenga la alta competencia necesaria.

Además de un aumento sustancial en los sueldos básicos del personal profesional, es preciso examinar de nuevo la estructura de los grados de la actual escala de remuneraciones. El número de grados no es suficiente para reflejar los diversos niveles de responsabilidad establecidos en la actualidad para los puestos en la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud.

Para todos los efectos prácticos, en la OSP/OMS sólo hay 3 grados (excluyendo a los 2 jefes de división de la Oficina de Washington) en que, según el actual sistema, pueden clasificarse los puestos de oficiales médicos. Uno de esos grados se reserva para los Representantes de Zona, quedando solamente dos para todos los demás puestos médicos. En ellos hay que clasificar puestos de funciones muy diversas, tales como los del personal subalterno de proyectos en los países, consultores principales de proyectos, jefes de servicio, puestos sin funciones de supervisión, subrepresentantes de zona, etc. Lo que se ha indicado respecto al personal médico rige también para los funcionarios de otras profesiones.

El Director estima que deberían añadirse por lo menos dos grados a la clasificación del personal profesional.

Subsidios por familiares a cargo

El Consejo Directivo, en su X Reunión (1957), examinó la cuestión de los subsidios por familiares a cargo y deliberó también sobre la propuesta del Director en el sentido de eliminar los subsidios adicionales no computables a efectos de pensión. El Consejo Directivo acordó que el principio número 4, relativo a la eliminación de dichos subsidios adicionales, no debía incluirse en la exposición de principios aprobada.

Por muy justificables que sean los subsidios por familiares a cargo como suplemento de los sueldos pagados por los organismos nacionales, esas justificaciones no son forzosamente valederas para las organizaciones internacionales que emplean personal profesional altamente calificado. Nuestra Organización tiene el deber de ofrecer un sueldo suficiente que permita al miembro del personal mantener un nivel de vida en consonancia con su posición profesional y cumplir con sus responsabilidades de jefe de familia, sin necesidad de emolumentos suplementarios.

La excesiva insistencia en los subsidios por familiares a cargo ha sido un importante factor para impedir aumentos adecuados de los sueldos básicos. Además, ese sistema ha tendido a imponer una discriminación contra los trabajadores sanitarios jóvenes con pocos familiares a su cargo, y contra los funcionarios veteranos, más expertos, cuyos hijos son ya mayores y, por lo tanto, no pueden ser considerados como familiares a cargo. En cada una de estas dos clases hay elementos muy competentes que podrían ser contratados para las actividades sanitarias internacionales.

En resumen, una escala de sueldos para el personal internacional de salud pública debería basarse únicamente en la relativa dificultad y en las responsabilidades del cargo y no en la situación de familia u otras consideraciones que afecten personalmente al titular del mismo.

El Director desea informar, además, que hay especialmente dos disposiciones del Reglamento de Personal, adoptadas por la OMS y en vigor desde enero de 1958, que complican más aún la administración de los subsidios por familiares a cargo. Son el Artículo 210.3 (a), que dispone que no se pagará subsidio por un cónyuge que esté

empleado y gane más de \$1700¹ por año o una cantidad que exceda del sueldo mínimo de entrada de la escala local; y el Artículo 250, que establece que el subsidio por un hijo se reducirá por la cantidad que se perciba "de fuentes públicas, por razón de dicho hijo, en forma de prestaciones del seguro social o de exención de impuestos".²

Para la Organización representaba una enorme tarea administrativa el tratar de investigar y anotar en detalle las disposiciones relativas a las prestaciones del seguro social y exenciones de impuestos concedidas por los hijos en todos los países. Por consiguiente, se adoptó la medida de que los propios empleados proporcionaran dicha información. A éstos les resultó difícil obtener los datos necesarios y formular debidamente la solicitud en sus casos individuales. En consecuencia, pidieron a la Oficina de Personal que hiciera ese estudio y análisis para ellos, de suerte que, en fin de cuentas, es como si la Organización se hubiese encargado desde el principio de esa tarea.

Los Artículos 210.3 y 250 del Reglamento de Personal han permitido reducir el importe de los subsidios pagaderos a algunos miembros del personal. Esto ha representado ciertas economías para la Organización, pero cabe preguntarse si esas economías no han sido neutralizadas por el aumento en los costos administrativos. Por consiguiente, el Director estima que debería suprimirse ese procedimiento restrictivo que rige la concesión de subsidios por familiares a cargo.

El sistema de ajustes por lugar de destino

Con el fin de mantener el principio de sueldo igual para igual trabajo, es preciso mantener la paridad de los ingresos efectivos del personal contratado sobre una base internacional, de acuerdo con el costo de la vida en el lugar de destino. El Comité de Revisión de Sueldos de las Naciones Unidas, señaló, en 1956, ciertas dificultades administrativas, pero recomendó la continuación del actual sistema de ajuste por costo de vida de las Naciones Unidas aunque reforzando el personal estadístico con el fin de mejorar la rapidez y exactitud de los ajustes. Se considera que esta recomendación es apropiada y que debería aplicarse lo antes posible. Su aplicación es tanto más urgente con la ampliación de los beneficios al per-

sonal de programas asignado a lugares en que no se aplica ahora el sistema de ajustes por lugar de destino. Se espera que el Consejo Ejecutivo de la OMS adopte la recomendación del Consejo Directivo en el sentido de eliminar la aplicación de los ajustes de reducción, lo cual haría posible que hubiera las mismas condiciones de empleo para todo el personal de la OSP/OMS.

Pensiones

Una organización que sólo se propone ejecutar programas de duración estrictamente limitadas y que únicamente emplea a personal temporero y a plazo fijo, apenas si necesita preocuparse por ofrecer pensiones apropiadas a los miembros de su personal. En cambio, una organización que concibe su programa en forma permanente y que necesita contar con los servicios permanentes de un personal estable, de carrera, ha de disponer de un sistema de pensiones completo y adecuado, como uno de los elementos esenciales para la contratación y la conservación de sus funcionarios. Aparte de la necesidad de atender debidamente a los miembros del personal jubilados, una organización de este tipo no puede permitirse ser menos liberal, en materia de pensiones, que las principales organizaciones e instituciones con las cuales compete en el terreno de la contratación de personal.

La deficiencia más importante del sistema de pensiones de las Naciones Unidas es el hecho de que las prestaciones se basan en el sueldo neto y no en el total de la remuneración recibida, como ocurre en la mayoría de los otros sistemas. Los jefes ejecutivos de los organismos especializados reconocieron este problema en su declaración conjunta sobre el informe del Comité de Revisión de Sueldos, y se recomendó que se siguiera estudiando el mejoramiento del sistema de la Caja Común de Pensiones.

El Comité Administrativo de Coordinación ha nombrado ahora un Grupo de Expertos sobre la Remuneración Computable a Efectos de Pensión, y se espera que ese grupo formule pronto recomendaciones para mejorar sustancialmente el sistema.

Basándose en la precedente información, la 34a Reunión del Comité Ejecutivo acordó (Resolución V):

1. Recomendar a la XV Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe el Documento CE34/5

¹Esta cantidad se aumentó a \$1850 a partir del 1° de julio de 1958.

²Se ha suprimido la frase "o de exención de impuestos" en virtud de una enmienda que entró en vigor el 1° de julio de 1958.

como una declaración de principios básicos, que sirva de guía, en lo general, para el desarrollo de un mejor sistema de administración del personal para los organismos sanitarios internacionales.

2. Recomendar a la Conferencia que autorice al

Comité Ejecutivo a negociar con el Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud la aceptación de estos principios y de su aplicación mediante la adopción de un Estatuto y Reglamento del Personal revisados, que estén basados en aquéllos.

ANEXO 11

EDIFICIOS E INSTALACIONES DE LA SEDE Y LAS OFICINAS DE ZONA DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA¹

El Director se honra en informar a la Conferencia sobre la cuestión de los locales e instalaciones de la sede y de las Oficinas de Zona.

El 1 de julio de 1958 se trasladó de Kingston, Jamaica, a Caracas, Venezuela, la Oficina de la Zona I. El Gobierno de Venezuela tomó a su cargo los gastos de transporte del material y de viajes del personal, de Kingston a Caracas. El Gobierno satisface el alquiler de las oficinas de la Zona I, por un total de \$10.740 al año; los servicios ocupan un edificio de 10 habitaciones, situado en la Avenida de los Jabillos 46, La Florida, Caracas. El Gobierno aporta, además, \$53.000 anuales, para cubrir los costos de funcionamiento, que en Caracas son superiores al promedio de las otras cinco Oficinas de Zona. Esta aportación es adicional a la cuota ordinaria que Venezuela satisface a la Organización.

La Oficina de la Zona II está situada en la calle de Roma 36-B, México, D.F., en un edificio de cuatro pisos, por el cual se paga un alquiler anual de \$3.360. El lugar es muy céntrico, pero las 15 habitaciones del edificio no son suficientes para el personal de la Oficina, la biblioteca de la Zona y otros servicios.

La Oficina de la Zona III ocupa la totalidad de un edificio situado en la 9a Calle número 3-25, Ciudad de Guatemala, por el cual se paga un alquiler anual de \$3.000. Se compone el edificio de 16 habitaciones y es suficiente para el personal normal de la Oficina.

La Oficina de la Zona IV ocupa en la Avenida Salaverry 722, Lima, todo un edificio cuyo alquiler asciende a \$2.150 al año. Se compone el local de 10 habitaciones y satisface las necesidades

actuales del personal de la Oficina, la biblioteca y otras instalaciones.

La Oficina de la Zona V está instalada en una serie de despachos de un edificio comercial de la Avenida General Justo 275-B, Río de Janeiro. El alquiler es de \$740 al año. El espacio de que dispone el personal resulta insuficiente y es necesario ampliarlo.

La Oficina de la Zona VI ocupa también una serie de despachos de un edificio comercial de Charcas 684, Buenos Aires, por un alquiler que hasta hace poco fue de \$2.400 al año. En marzo de 1958 se comunicó al Director que el edificio había sido vendido y que la Oficina de la Zona VI debería desocupar el local o adquirirlo. Fracasados los intentos de encontrar otro local, se adquirió esta serie de despachos, después de haberse informado al Comité Ejecutivo sobre las negociaciones iniciales. El precio total de compra, incluidos los intereses, asciende a \$20.610, pagaderos a plazos en un término de dos años. Los costos de sostenimiento serán probablemente de unos \$750 por año.

La Oficina de Campo de El Paso se aloja en el edificio del Tribunal de los Estados Unidos. El Gobierno de los Estados Unidos ha puesto gratuitamente a disposición de la Oficina de Campo tres despachos que satisfacen las necesidades actuales.

La sede tiene su oficina instalada provisionalmente en tres edificios, números 1501, 1515 y 1520 de New Hampshire Avenue, N.W., Washington, D. C. Los dos primeros pertenecen a la OSP, que los compró en 1951 por la suma de \$296.000. Por el tercero, en 1520 New Hampshire Avenue, se satisface un alquiler de \$10.000 al año. El espacio utilizable en esos tres edificios es de 25.058

¹Documento CSP15/15.

pies cuadrados. Según se ha hecho observar en los informes periódicos del Subcomité Permanente de Edificios y Obras, el espacio disponible es insuficiente para satisfacer las necesidades de la Organización. Aparte esa insuficiencia, la separación de los distintos servicios en tres edificios causa dificultades y pérdidas de tiempo, especialmente para los instalados en la casa 1520 New Hampshire Avenue, situada en el lado opuesto de una calle ancha y de mucho tránsito. El personal adicional que esto exige para servicios de mensajero, vigilancia, etc. en los tres edificios y las pérdidas consiguientes de tiempo y trabajo representan un costo suplementario que puede estimarse en no menos de \$10.000 al año. Prosiguen las negociaciones con el Gobierno de los Estados Unidos para obtener un solar destinado al nuevo edificio de la sede. Hasta la fecha estas negociaciones no han terminado, pero se procura con ahinco llegar a una decisión próxima; el problema de la falta de espacio en la sede se ha agudizado y es preciso resolverlo cuanto antes. Según se indica en los informes del Subcomité Permanente de Edificios y Obras, una vez conseguido el solar para levantar el edificio de la sede se necesitarán aproximadamente cuatro años para trazar los planos del edificio, construirlo e instalar en él la Oficina.

El Director juzga oportuno señalar a la atención de la Conferencia la necesidad de que se adopten sin dilación medidas preparatorias para la construcción de la sede y en especial para el financiamiento de las obras. La Resolución XIV, adoptada por el Consejo Directivo en su VIII Reunión, aprobó la creación de un Fondo de Reserva para Edificios y le asignó la suma inicial de \$100.000. En la Resolución VII de su IX Reunión, el Consejo Directivo aprobó la transferencia de otros \$100.000 procedentes del superávit del presupuesto de 1955 al Fondo de Reserva para Edi-

ficios y transfirió asimismo \$23.524 a una cuenta especial para hacer frente a los gastos iniciales de elaboración de planos arquitectónicos para el nuevo edificio de la sede.

Se considera posible aumentar este Fondo especial en \$525.000 con el producto de la venta de los dos edificios que son propiedad de la Organización, situados en 1501 y 1515 New Hampshire Avenue, N.W., Washington, D.C.

El Director estima necesario que los Gobiernos Miembros presten atención inmediata a la cuestión de los locales de la sede y de las Oficinas de Zona, y sugiere que el Subcomité Permanente de Edificios y Obras estudie el problema del financiamiento del edificio para la sede y formule las recomendaciones pertinentes. Si la Conferencia compartiera este punto de vista, podría estudiar una resolución concebida en los siguientes o parecidos términos:

Proyecto de Resolución

Teniendo en cuenta la necesidad urgente de un edificio permanente para la sede de la Oficina Sanitaria Panamericana y los requerimientos de locales adecuados para las Oficinas de Zona,

RESUELVE:

1. Tomar nota de las decisiones adoptadas por el Director respecto a la instalación de las Oficinas de Zona.

2. Encomendar al Director que continúe las negociaciones con el Gobierno de los Estados Unidos, a fin de solucionar lo más pronto posible la cuestión del solar apropiado para el edificio de la sede de la Oficina, y que informe sobre este punto a la 37a Reunión del Comité Ejecutivo.

3. Encomendar al Subcomité Permanente de Edificios y Obras que colabore con el Director en la selección del solar, la determinación del método de financiamiento, la contratación de los servicios de arquitecto para trazar los planos y la construcción del edificio permanente de la sede, y que informe sobre la marcha de sus trabajos a las próximas reuniones de los cuerpos directivos de la Organización.

ANEXO 12

INFORME DE LA COMISION DESIGNADA POR LA CONFERENCIA PARA ESTUDIAR EL ARTICULO 53 DEL REGLAMENTO INTERNO¹

Con fecha 22 de septiembre de 1958 se consti-

¹Texto revisado y aprobado por la Conferencia en su sexta sesión plenaria.

tuyó la Comisión para estudiar el Artículo 53 del proyecto de Reglamento Interno de la Conferencia, formada por el Dr. Bichat Rodrigues (Bra-

sil), Dr. Alejandro Príncipe (Venezuela), Dr. Félix Hurtado (Cuba), Sr. Simon N. Wilson (Estados Unidos), Dr. Jorge Torreblanca Droguett (Chile), Sr. Lucio Parada (Chile) y Dr. Mario Allaria (Argentina); y asistida por el Dr. Fred L. Soper (Director, OSP) y el Dr. Myron E. Wegman (Secretario General, OSP).

La Comisión eligió Presidente y Relator al Dr. Mario Allaria (Argentina) y a propuesta de éste acordó examinar las cuestiones siguientes:

1. Determinación de los países que tienen derecho a votar en la Conferencia Sanitaria Panamericana para la elección del Director.
2. Redacción del Artículo 53 del Reglamento Interno de la Conferencia, teniendo en cuenta el texto propuesto por el Comité Ejecutivo y la redacción del Artículo 53 del Reglamento de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.
3. Inclusión de un precepto sobre el mandato del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en el proyecto de Reglamento Interno de la Conferencia.

1. Los aspectos de la primera cuestión se examinaron con todo detenimiento. Se estima que no corresponde a la Comisión entrar en los aspectos políticos del problema. La Conferencia, a juicio de la Comisión, no es el órgano apropiado para examinar una cuestión que ha de plantearse ante otros organismos internacionales.

De los antecedentes consultados resulta que Francia, el Reino de los Países Bajos y el Reino Unido han emitido su voto en anteriores reuniones de la Conferencia Sanitaria Panamericana en la elección del Director. No se estima que el momento actual sea adecuado para introducir cambios sobre este punto.

La Comisión *acuerda por unanimidad* expresar su opinión en el sentido de que en la Conferencia Sanitaria Panamericana participan 24 países, es decir, las 21 Repúblicas de América, Francia, el Reino de los Países Bajos y Reino Unido, y que todos ellos pueden votar en la elección del Director.

El Representante de la Argentina, como en otras oportunidades, expresa su reserva al reconocimiento del derecho de los países europeos sobre sus territorios del Hemisferio Occidental.

2. En relación a la segunda cuestión, se examinaron las discrepancias que existen entre el texto inglés y español de la Constitución. Se considera que no hay diferencia esencial entre el Artículo

4-E de la Constitución y la redacción del Artículo 53 del Reglamento Interno de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana y se estima que las palabras "por dos tercios de los votos" (en la versión inglesa "by a two-thirds vote") se refieren a los que han ejercido el derecho de votar por el acto de depositar una boleta en la urna. Se aclara que la mecánica electoral, en el caso de que se trata, ha de ser la siguiente: en el momento de abrirse la votación se establece la lista de los presentes para verificar el quórum de la sesión; a continuación, las delegaciones depositan sus votos; entonces los escrutadores nombrados por la Presidencia abren la urna, y cuentan las boletas para determinar los dos tercios de los votantes.

La Comisión aclara que se entiende por voto válido el emitido en favor de una persona; por voto nulo aquel en que figure cualquier otra mención escrita y por voto en blanco la boleta en que no figure ninguna mención.

La Comisión *acuerda* recomendar a la Conferencia que se mantenga la redacción del Artículo 53 del Reglamento Interno de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, en el entendido de que los dos tercios a que en el mismo se alude se determinarán por las boletas depositadas en la urna durante la elección.

En relación a este punto, el Sr. Wilson (Estados Unidos) deja constancia de que no está de acuerdo con la interpretación dada por la mayoría porque, a juicio de la Delegación de los Estados Unidos, el hecho de que en los documentos fundamentales de la Organización aparezca la expresión "presentes y votantes", excepto en el Artículo 4-E de la Constitución, indica el propósito claro de establecer una diferencia entre la elección del Director y la votación en otros casos. Tal diferencia todavía es más clara si se compara el texto inglés del Artículo 4-E de la Constitución que dice "represented" con el español que dice "presentes". A su juicio, es a la Constitución a la que debe adaptarse el texto del Reglamento. La Delegación de los Estados Unidos entiende que la expresión "represented and with the right to vote" (en el texto español: "presentes con derecho a votar") que aparece en la Constitución incluye a todos los países "presentes" en la Conferencia. Al exigir el voto afirmativo de dos tercios de todos los países representados en la Conferencia, los redactores de la Constitución, en la I Reunión del Consejo Directivo, tomando como base las

recomendaciones explícitas de la XII Conferencia y de la citada reunión de la Organización Sanitaria Panamericana referentes al voto de dos tercios de los países representados, quisieron dar una base firme al nombramiento del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

3. En el examen de la tercera cuestión, la Comisión tiene en cuenta que al haberse acordado no modificar el texto del Artículo 53 no parece procedente introducir en él un nuevo párrafo, aunque no le cabe duda de que, como aparece en las actas de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, el período de duración del mandato del Director es de 4 años.

La Comisión *acuerda por unanimidad* no introducir ninguna mención en el Artículo 53 al término del mandato del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, pero está de acuerdo en que este mandato es de 4 años.

4. La Comisión como resultado del detenido estudio que ha efectuado de los textos constitucionales y reglamentarios por los que se rige la Organización Sanitaria Panamericana, cree oportuno invitar a la Conferencia a que instruya al Comité Ejecutivo, asesorado por el personal jurídico que sea necesario, para que estudie dichos textos constitucionales y reglamentarios y sus antecedentes y prepare las versiones española e inglesa de ellos, de manera que exista entre los mismos una adecuada equivalencia, y someta las nuevas redacciones al Consejo Directivo o a la próxima Conferencia. Al formular esta recomendación entiende la Comisión que el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana necesitará ser elegido con la mayor representación.

La Comisión ha celebrado cinco sesiones y ha examinado los textos constitucionales y reglamentarios que figuran a continuación:

- 1) Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana
- 2) Constitución de la Organización Mundial de la Salud
- 3) Acuerdo entre la Organización Mundial de la Salud y la Organización Sanitaria Panamericana
- 4) Acuerdo entre el Consejo de la Organización de los Estados Americanos y el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana
- 5) Reglamento Interno del Consejo Directivo
- 6) Reglamento Interno del Comité Ejecutivo
- 7) Resolución XV de la V Reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, III Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud
- 8) Reglamento Interno de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana
- 9) Informe de la Comisión de Organismos Interamericanos sobre cambios proyectados en la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana
- 10) Actas de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana
- 11) Actas de la X Reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana
- 12) Actas de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana

ANEXO 13

ELECCION DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Nota de la Presidencia

I. Reglas a aplicar en la elección del Director

Teniendo en cuenta que ni la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana ni el Reglamento Interno de la Conferencia especifica la forma en que se ha de elegir el Director de la

Oficina Sanitaria Panamericana, la Presidencia propone con ese fin que se tengan en cuenta las siguientes disposiciones:

1. El Artículo 4-E de la Constitución dispone: "La Conferencia elegirá al Director de la Oficina

Sanitaria Panamericana por dos tercios de los votos de los países presentes con derecho a votar. En caso de renuncia, incapacidad o muerte del Director en el intervalo de las Conferencias, el Consejo Directivo elegirá un Director que actuará con el carácter de interino.”

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

3. En relación a los dos artículos mencionados es conveniente recordar los acuerdos del Informe de la Comisión designada por la Conferencia para estudiar el Artículo 53 del Reglamento Interno que se citan textualmente a continuación:

a) La Comisión *acuerda por unanimidad* expresar su opinión en el sentido de que en la Conferencia Sanitaria Panamericana participan 24 países, es decir, las 21 Repúblicas de América, Francia, Reino de los Países Bajos y Reino Unido, y que todos ellos pueden votar en la elección del Director.

b) La Comisión *acuerda* recomendar a la Conferencia que se mantenga la redacción del Artículo 53 del Reglamento Interno de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, en el entendido de que los dos tercios a que en el mismo se alude se determinarán por las boletas depositadas en la urna durante la elección.

(El informe de la Comisión designada para estudiar el Artículo 53 del Reglamento Interno fue adoptado por la Conferencia en su sexta sesión plenaria.¹)

4. La Presidencia, después de haber consultado a la Comisión General, estima que al determinar los dos tercios, cualquier fracción se contará como equivalente al número inmediato superior.

II. Forma de elección

1. A los efectos de comprobación del quórum el Secretario leerá la lista de participantes en la Conferencia Sanitaria Panamericana por el orden

de precedencia aprobado e irá anotando los que contesten *presente*.

2. A continuación la Presidencia declarará si hay quórum con arreglo al Artículo 17 del Reglamento de la Conferencia que dice así: “Art. 17. Una mayoría de los miembros participantes con derecho a voto constituirá quórum.”

3. La Presidencia designará dos escrutadores de entre los miembros de las delegaciones para que le ayuden en las operaciones de escrutinio.

4. Los escrutadores designados se sentarán a la izquierda de la Presidencia en la Mesa, verificarán que la urna está vacía, la cerrarán y colocarán a la vista de todos.

5. Se entregará una boleta a cada una de las delegaciones presentes.

6. La Presidencia invitará a los señores delegados que hayan de votar, en nombre de sus respectivos países, que avancen hasta el estrado presidencial y depositen las boletas en la urna.

7. El Secretario llamará a las delegaciones siguiendo el orden de precedencia y cuando el Delegado de la Argentina, que es el último país que figura en dicho orden, haya votado, volverá a llamar a las delegaciones que no lo hayan hecho anteriormente, y la Presidencia dará por terminada la votación.

8. Entonces se procederá al escrutinio de la manera siguiente:

a) Los escrutadores abrirán la urna y contarán las boletas depositadas para determinar los dos tercios de los votos que constitucionalmente son necesarios para elegir Director. En su cálculo tendrán en cuenta la regla I.3-b) y I.4 de la primera parte de esta nota.

b) El Presidente, a propuesta de los escrutadores, anunciará al Pleno qué cifra constituye los dos tercios de mayoría.

c) Los señores escrutadores, por su parte, examinarán las boletas y procederán a determinar las que son válidas, nulas y en blanco.

d) Los señores escrutadores anotarán en unas hojas especiales, que tendrán a su disposición sobre la mesa en el lugar que han de ocupar, los datos de la votación, que son los siguientes: número de boletas depositadas, votos válidos, votos nulos, votos en blanco, mayoría de dos tercios y votos en favor de las personas que figuren en las boletas.

e) Los señores escrutadores firmarán la hoja correspondiente a la votación y la pasarán a la Presidencia, junto con las boletas.

¹Véase Parte II, pág. 142.

f) La Presidencia leerá los resultados que figuren en la hoja firmada por los señores escrutadores, y si alguna persona ha alcanzado los dos tercios necesarios, la declarará elegida. En otro caso, procederá a abrir una nueva votación que tendrá lugar en la misma forma que la anterior.

La Presidencia, si alguna delegación lo desea, está a su disposición para darle las aclaraciones que solicite respecto de las reglas y de la forma de elección que propone para que la XV Conferencia Sanitaria Panamericana elija al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

INDICE

INDICE

(En las resoluciones, el número de las páginas aparece en negrilla. Las referencias a los informes finales del Comité Ejecutivo aparecen en letra cursiva al final de cada uno de los temas principales.)

- Abad Gómez, Héctor (Colombia), 5, *Relator, Discusiones Técnicas*, 23; 190, 194, 233, 250, 252, 284-285, 288, 312, 320, 323-324, 332, 333, 339, 340, 341, 342, 343, 345, 521
- Accidentes de la infancia (véase *Discusiones Técnicas*)
- Acevedo de Torres, Carmen (Unión Internacional para la Educación Popular), 9
- Acta Final (véase *Informe Final*)
- Actividades sociales, 17-18
- Adiestramiento de personal
resoluciones sobre programa y presupuesto, 25-26
(véase también *Programa de becas*)
- Administración de Cooperación Internacional del Gobierno de los Estados Unidos
malaria, contribución al programa de erradicación, 30
- Administración de salud pública
resoluciones sobre programa y presupuesto, 25-26
- Aedes aegypti*, estado de erradicación en las Américas (tema 21), 41
discusión en
Comisión General, 301, 304
sesión plenaria, 108-132, 247-252
informes de los países, 111-132, 247-252
presentación por el Director, 108-111, 248-249
resumen de los informes (anexo), 483-490
cuadro, 489
mapa, 490
(véase también nombres de los países)
- Agua (véase *Discusiones Técnicas*, tema seleccionado para la XI Reunión del Consejo Directivo)
- Agua y desagües, plan continental de aprovisionamiento
discusión en sesión plenaria, 283, 296
Comité Ejecutivo, informes finales, 437-439, 439
- Aguilar Rivas, Alberto (El Salvador), 5, 84, 127, 170-171, 191, 372, 377, 390
- Ajustes por lugar de destino, sistema de (véase *Condiciones de Empleo—proyecto de nuevas*)
- Alimentos y medicamentos (véase *Medicamentos, registro de*)
- Allaria, Mario Angel (Argentina), 5, *Presidente y Relator, Comisión designada para estudiar el Artículo 53, Reglamento Interno*, 23; 72, 133, 134, 136-137, 139, 140-141, 187-188, 209, 211, 213-214, 216, 218, 303, 305, 309, 315-316, 350-351, 352, 354, 361, 362-363, 364-365, 366, 367-368, 369, 370-371, 372, 377, 381, 523
- Alvarado, C. A. (Jefe, Oficina de Erradicación de la Malaria, OSP)
presentación del VI Informe, erradicación de la malaria, 143-147
comentarios sobre resistencia de los insectos, 172-173
- Anguila, informe sobre
Aedes aegypti, erradicación, 131
- Antigua, informes sobre
Aedes aegypti, erradicación, 131, 485
condiciones sanitarias, período cuatrienal, 255
malaria, erradicación, 160
- Arbona, Guillermo (Estados Unidos), 4, 6, *Presidente de la Conferencia*, 22; 52, 71-76, 81-88, 90-91, 93, 97-99, 101, 108, 111, 116, 119, 121, 122, 133-143, 147, 150, 152, 173-177, 179, 184-198, 201-203, 205-211, 212-216, 217-223, 226-247, 249-252, 254, 259-261, 263, 268, 271, 272, 274, 276, 279, 280, 282, 284-298, 301, 302, 304-310, 312, 313, 434, 436, 438, 439
discurso de, 52
nombramiento como Presidente de la Conferencia, 70-71, 425
- Argentina
delegación de, 5
informes sobre
Aedes aegypti, erradicación, 127-129, 483
condiciones sanitarias, período cuatrienal, 280-282
malaria, erradicación, 171-172
viruela, erradicación, 324, 494
sede de la XVI Conferencia, ofrecimiento del Gobierno de la, 31, 210-211
- Arreaza Guzmán, A. (Venezuela), 7, 56, 57, 60, 61, 69, 71, 73, 81, 91, 98-99, 203, 205, 284, 302, 303, 304, 306, 309, 310, 324, 327
- Asistencia Técnica, Programa de
malaria, participación en el programa de, 30
proyectos regionales a realizar en 1959 con fondos del, 32, 226, 308, 322-323

- Asociación Internacional de Mujeres Médicos, 8
- Asociación Internacional para la Prevención de la Ceguera, 8
- Asociación Médica Mundial, 8
- Asuntos administrativos, financieros y jurídicos (véase Comisión de)
- Asuntos técnicos (véase Comisión de)
- Auditor Externo, informe, 1957 (véase Informe financiero del Director)
- Azize, Roberto Francisco (Estados Unidos), 6
- Bahamas, informe sobre
Aedes aegypti, erradicación, 485
- Barahona Carrasco, José Rodrigo (Honduras), 6, 350, 356
- Baralt, A. Raymond, hijo (Federación Internacional de Odontología), 9
- Barbada, informes sobre
Aedes aegypti, erradicación, 131, 485
condiciones sanitarias, período cuatrienal, 255
malaria, erradicación, 160
- Barletta, Heraclio (Panamá), 7, 58
- Becas, programa de (tema 18), 32-33
discusión en
Comisión I, 329-333, 333-335
sesión plenaria, 226-227
trabajo presentado (anexo), 530-546
cuadros, 540-543
- Belice, informes sobre
Aedes aegypti, erradicación, 130, 131, 485
condiciones sanitarias, período cuatrienal, 258-259
malaria, erradicación, 160-161
- Bermuda, informe sobre
Aedes aegypti, erradicación, 485
- Berti, Arturo Luis (Venezuela), 7, 129-130, 152-156, 191-192, 197, 293, 294, 295, 296, 350, 361
- Bertolini, Alberto (Uruguay), 7, 62, 63-64, 65, 67, 74, 85-86, 122-125, 193, 197, 208, 209, 211, 219, 252-254, 288, 289, 297, 324, 327, 339, 340, 342, 346, 347-348
- Bissot, Alberto, hijo (Panamá), 7, *Relator, Comisión II*, 22; 86, 126-127, 133-134, 137, 138, 139, 166-167, 176, 177, 190-191, 217-218, 223, 228-229, 229, 230, 233-234, 240-241, 243-244, 244-245, 272-274, 296-297, 302, 303, 306, 307, 309-310, 310-311, 312, 326, 338, 345, 350, 351, 354, 355-356, 357, 358, 361-362, 366, 367, 370, 381, 435, 438
- Bocio endémico, problema del, en las Américas, 29-30
discusión en sesión plenaria, 187, 193-195
(véase también Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá)
- Boletín de la OSP, 82, 88
- Bolivia, informes sobre
Aedes aegypti, erradicación, 483
viruela, erradicación, 494-495
- Brasil
delegación del, 5
informes sobre
Aedes aegypti, erradicación, 87, 111-116, 483
malaria, erradicación, 87, 150-152
viruela, erradicación, 495
- Burney, Leroy E. (Estados Unidos), 6, 49-52, 202, 207, 213-214, 216, 221-222, 263-268, 373-374, 375
discurso de, 49-52
- Bustamante, Miguel E., comunicación de, 222
- Cajina Sánchez, Paul (Nicaragua), 7
- Calderwood, Howard B. (Estados Unidos), 391
- Canadá, delegación de, 8
- Candau, M. G. (Director General, OMS), 8, 173-174
bienvenida al, 173
- CARE (Cooperative for American Remittances to Everywhere)
programa de nutrición, 29, 187, 190
- Carta de Salud de Puerto Rico
discusión en sesión plenaria, 282-283, 296
Comité Ejecutivo, informes finales, 437-438
- Castillo Rodríguez, Doroteo (Nicaragua), 7, 69, 93-97, 132, 193, 203, 319, 322
- Cebollero, Angeles (Unión Internacional para la Educación Popular), 9
- Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, 79
- Centro Panamericano de Zoonosis, 51, 78, 79, 85, 281, 322
- Centro de productos biológicos (Centro América), proyecto de un, 79
- Colombia
delegación de, 5
informes sobre
Aedes aegypti, erradicación, 125-126, 483
condiciones sanitarias, período cuatrienal, 100-101
malaria, erradicación, 156, 252, 307
poliomielitis, aplicación de vacuna de virus vivo atenuado, 284-285
viruela, erradicación, 323-324, 325, 495
- Comisión de Asuntos Administrativos, Financieros y Jurídicos (Comisión II)
composición, 22
constitución de la, 72
elección de los miembros, 72, 350
informes, 176-177, 228-245, 306, 310-311, 361-362, 381-382
sesiones, 350-382
temas asignados a la, 302
- Comisión de Asuntos Técnicos (Comisión I)
composición, 22
constitución de, 72
elección de los miembros, 72, 314
informes, 174-176, 226-228, 305-306, 308-309, 310
sesiones, 314-349
temas asignados a la, 302

- Comisión de Credenciales
 composición, 22
 elección, 56-57
 informes, 56-57, 75-76, 128
- Comisión designada para estudiar el Artículo 53 del Reglamento Interno (*véase* Reglamento Interno)
- Comisión General
 composición, 22
 constitución, 72-73
 sesiones, 301-313
- Comisión Organizadora de la Conferencia, 4
- Comité Ejecutivo
 elección de tres Países Miembros para el, 31, 207-210, 304
 enmiendas constitucionales propuestas, relativas al, 408-410, 409-410
 informes
 informe anual del Presidente del, 24, 74-75, 385-389
 informes finales
 33a Reunión, 389-392
 34a Reunión, 392-419
 35a Reunión, 419-433
 36a Reunión, 433-441
 Presidente y Vicepresidente, período de funciones de los (*véase* Constitución—enmienda al Artículo 15)
 Reglamento Interno, enmiendas del, 388, 391-392, 394-395, 395-396, 432-433
 Reuniones
 fecha y lugar de las (34a y 37a), 391, 439-440
 duración de las, 432-433
- Comité Interamericano de Representantes de los Presidentes de las Repúblicas Americanas, 200, 291
- Comité Internacional de Medicina y Farmacia Militares, 8
- Condiciones de empleo, proyecto de nuevas (tema 17), 38-39
 discusión en
 Comisión II, 378-380
 Comisión General, 311
 sesión plenaria, 244-245
 trabajo presentado (anexo), 546-553
 Comité Ejecutivo, informes finales, 387, 391, 397-399, 399, 436
- Confederación Médica Panamericana, 8, 340-341
- Conferencia Interamericana sobre Rehabilitación, Cuarta, 222-223
- Conferencia Internacional de Servicios Sociales, 8
- Conferencia Sanitaria Panamericana, XV
 preparativos para la (*Comité Ejecutivo, informes finales*, 388, 403-405, 405, 422-425)
- Conferencia Sanitaria Panamericana, XVI
 fecha y lugar de la, 31, 210-211, 304
 informes de los Países Miembros a la, 42, 286, 287
- Congresos Interamericanos de Salud Pública (tema 27), 33
- Congresos—(*cont.*)
 discusión en
 Comisión I, 335-338
 sesión plenaria, 227
 trabajo presentado por Cuba (anexo), 529-530
 Comité Ejecutivo, informes finales, 434-435
- Congreso Panamericano de Farmacia y Bioquímica, IV
 comunicación sobre Registro de medicamentos (anexo), 526-527
- Consejo Internacional de Enfermeras, 8
- Constitución, OSPA
 enmienda al Artículo 12-C y de los correspondientes artículos del Reglamento Financiero (tema 26), 36-37
 discusión en
 Comisión II, 372-373
 Comisión General, 311
 sesión plenaria, 240-243
 Comité Ejecutivo, informes finales, 418-419, 418, 437
 enmienda al Artículo 15 de la (tema 26), 36
 discusión en
 Comisión II, 372-373
 sesión plenaria, 240
 Comité Ejecutivo, informes finales, 387-388, 395, 437
 enmiendas propuestas, relativas al Comité Ejecutivo, 408-409, 409-410
 (*véase también* Organización Sanitaria Panamericana)
- Convocatoria de la Conferencia, 3
- Córdoba Wiesner, Humberto (Colombia), 5
- Costa Rica
 delegación de, 5
 informes sobre
Aedes aegypti, erradicación, 483
 condiciones sanitarias, período cuadrienal, 102-103
 malaria, erradicación, 156-157
- Credenciales (*véase* Comisión de)
- Cuba
 delegación de, 5
 informes sobre
Aedes aegypti, erradicación, 483
 viruela, erradicación, 495
- Cuerpos directivos de la OSPA, reuniones de los, 39-40
 discusión en
 Comisión II, 381
 Comisión General, 306-307
 sesión plenaria, 150, 245
 Comité Ejecutivo, informes finales, 432-433
- Cuotas, informe sobre la recaudación de (tema 13), 27-28
 discusión en
 Comisión II, 351-354
 sesión plenaria, 177
- Chile
 delegación de, 5

Chile—(cont.)

informes sobre

- Aedes aegypti*, erradicación, 121, 483
- condiciones sanitarias, período cuatrienal, 268, 271
- malaria, erradicación, 165-166
- viruela, erradicación, 324, 495

Dalichamp, Roger J. (Francia), 6

Davée, Robert L. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Director de la Oficina Regional para las Américas), 8

declaración de, sobre programa de malaria, 147-150

Day, Martial (Haití), 6, 8

Desagües (véase Agua y desagües, plan continental de aprovisionamiento)

Diabetes, estudio del problema en las Américas (tema 38), 35

discusión en

Comisión I, 347-348

sesión plenaria, 228

documento presentado por Uruguay (anexo), 528-529

Díaz Coller, Carlos (México), 7, *Presidente, Comisión II*, 22; 82, 97-98, 138, 152, 193, 203, 206, 209, 230, 231-232, 234, 237, 242, 292, 295, 301, 302, 303-304, 305, 306, 307, 308, 309, 311-312, 314, 315, 350, 351, 352, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 364, 365, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 379, 381, 382, 390, 391, 392, 395, 397, 398, 399, 400, 401, 402-403, 404-405, 407, 408-409, 410, 411, 414-415, 417, 418, 421, 422, 423, 424, 425, 428, 430, 432, 433, 435, 436, 437, 438, 439, 440

Díaz de Miranda, María Elisa (Conferencia Internacional de Servicios Sociales), 8

Director Emérito, OSP

designación del Dr. Fred L. Soper como, 31-32, 218-219, 223-226

Director, OSP

discurso del, 52-54

elección del (tema 29), 40

discusión, Comisión General, 303-304, 309-310

discusión y voto, sesión plenaria, 201-207, 212-216, 217-222, 246

nota de la Presidencia sobre reglas a aplicar para la, (anexo), 201, 556-558

informes (véase también Informes del Director)

procedimiento para la postulación y elección del (tema 37), 38

discusión, Comisión II, 356-358, 376-378

discusión, sesión plenaria, 243-244

Comité Ejecutivo, informes finales, 436

(véase también Reglamento Interno—Comisión designada para estudiar el Artículo 53)

Director Regional, OMS (véase Director, OSP)

Discusiones Técnicas "Prevención de los Accidentes de la Infancia", 42-43

funcionarios, 23

presentación del informe, 288

Discusiones Técnicas—(cont.)

trabajos presentados (anexos), 496-524

declaración del ponente, Dr. Goddard, 514-518

exposición preliminar (Dr. Goddard), 498-514

cuadros, 501-504, 506

gráficos, 499-500, 506-507, 509

informe del Relator, 521-524

observaciones de la Oficina Internacional del Trabajo, 518-520

Comité Ejecutivo, informes finales, 388, 390-391, 391

Discusiones Técnicas, reglamento para (tema 15), 27

discusión en

Comisión I, 327-328

sesión plenaria, 175-176

texto del reglamento (anexo), 496-498

Comité Ejecutivo, informes finales, 424, 424-425

Discusiones Técnicas, selección del tema para la XI

Reunión del Consejo Directivo (tema 28), 43-44

discusión en sesión plenaria, 289-296

Comité Ejecutivo, informes finales, 436-437, 437

Documentos Básicos (véase Organización Sanitaria Panamericana)

Dominica, informes sobre

Aedes aegypti, erradicación, 485

condiciones sanitarias, período cuatrienal, 255-256

Doria Medina, Jorge (Bolivia), 401, 402, 406, 409, 411, 417, 419

Ecuador

delegación del, 5

discurso del Delegado de, 54-56

informes sobre

Aedes aegypti, erradicación, 104, 116-119, 483

condiciones sanitarias, período cuatrienal, 103-105

malaria, erradicación, 157-158

viruela, erradicación, 495

Edificios e instalaciones para la sede y las oficinas de zona (tema 33), 37

discusiones en

Comisión II, 373-376

sesión plenaria, 243

trabajo presentado (anexo), 553-554

Comité Ejecutivo, informes finales

Subcomité permanente de edificios y obras

composición del subcomité, 386-387, 392, 400-401, 401, 440, 440

informe del, 386, 400

Educación y adiestramiento (véase Becas, programa de, y Adiestramiento de personal)

Eisenhower, Dwight D., mensaje cablegráfico de, 49-50

Elección del Director, OSP (véase Director, OSP)

Energía atómica, para usos pacíficos, 78, 267, 268

El Salvador

delegación de, 5-6

informes sobre

- El Salvador—(cont.)
Aedes aegypti, erradicación, 127, 483-484
 condiciones sanitarias, período cuatrienal, 279-280
 malaria, erradicación, 170-171
- Ennes, Howard W., hijo (Unión Internacional para la Educación Sanitaria Popular), 9
- Estados Unidos de América
 delegación de, 6
 discurso del Delegado de, 49-52
 informes sobre
Aedes aegypti, erradicación de, 484
 condiciones sanitarias, período cuatrienal, 263-268
 malaria, erradicación de, 164
 telegrama del Presidente de, 49-50
- Estrella Ruiz, Jorge (Perú), 399, 406, 409, 418
- FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación), 106, 179, 187, 189, 194
 expresión de agradecimiento a, 29
- Federación de las Indias Occidentales Británicas (Reino Unido), 160, 254
- Federación Internacional de Odontología, 9
- Federación Mundial de Asociaciones Pro Naciones Unidas, 9
- Federación Mundial de Higiene Mental, 9
- Fernández, Benigno (Sociedad Internacional para el Bienestar de los Lisiados), 9
- Fernández Cerra, Eugenio (Asociación Médica Mundial), 8
- Fiebre amarilla (véase *Aedes aegypti*, estado de la erradicación del)
- Flax, Herman Jacob (Sociedad Internacional para el Bienestar de los Lisiados), 9
 comunicación de, 222-223
- Fondo Rotatorio de Emergencia (tema 14), 28
 discusión en
 Comisión II, 354-356
 sesión plenaria, 177
Comité Ejecutivo, informes finales, 387, 401, 401
- Francia
 delegación de, 6
 informes sobre
 condiciones sanitarias, período cuatrienal, 274-276
 malaria, erradicación, 168-169
- Fundación Kellogg, contribuciones al programa de nutrición, 178, 189, 280
- Fundación Rockefeller, 76, 81, 87, 109, 112, 116, 117, 191, 248, 279, 280, 291
- Gibson, Harland (Guatemala, Consultor de la ICA en Administración de Hospitales), 6
- Gillette, Horace P. S. (Reino Unido), 7, *Presidente, Comisión I*, 23; 87-88, 137-138, 192, 303, 306, 308,
- Gillette, Horace—(cont.)
 309, 314, 318, 325, 328, 329, 333, 335, 337, 338, 340, 345, 347, 348, 349
- Goddard, J. L. (Consultor, OSP, Discusiones Técnicas), 7, 23
 declaración del ponente, 514-518
 exposición preliminar, 498-514
- González, Carlos Luis (Subdirector, OSP), 7, 57, 59, 60, 62, 65-70, 72, 73, 74, 75, 150, 222-223, 234, 239, 243, 245, 246, 252, 285-286, 286, 287, 288, 289-290, 297, 301, 312, 319-320, 320-321, 322-323, 326, 333, 336, 337, 338, 381, 390, 391, 392, 420, 421, 422, 423-424, 425, 434-435, 436, 437, 439-440
curriculum vitae, 203-205
 expresiones de agradecimiento a, 394
 nombramiento como Subdirector, 388
- Granada, informes sobre
Aedes aegypti, erradicación, 131, 485
 condiciones sanitarias, período cuatrienal, 256
 malaria, erradicación, 161
- Grant, John B. (Estados Unidos), 6, 334
- Griffenhagen, George B. (Secretario General, Congreso Panamericano de Farmacia y Bioquímica)
 comunicación sobre registro de medicamentos, 526-527
- Guadalupe, informes sobre
Aedes aegypti, erradicación, 485
 condiciones sanitarias, período cuatrienal, 274-276
 malaria, erradicación, 168
- Guatemala
 delegación de, 6
 informes sobre
Aedes aegypti, erradicación, 121-122, 484
 condiciones sanitarias, período cuatrienal, 271-272
 malaria, erradicación, 165
- Guayana Británica, informes sobre
Aedes aegypti, erradicación, 130, 131, 485
 condiciones sanitarias, período cuatrienal, 258
 malaria, erradicación, 160
- Guayana Francesa, informes sobre
Aedes aegypti, erradicación, 485
 condiciones sanitarias, período cuatrienal, 276
 malaria, erradicación, 168
- Guedez Lima, Pedro (Venezuela), 7
- Güell Jiménez, Rafael (Director, Campaña Nacional de Prevención de Accidentes en la Infancia, México), 521
- Guzmán, Luis (Estados Unidos), 6
- Guzmán Galarza, Mario V. (Bolivia), 390, 392
- Haití
 delegación de, 6
 informes sobre
Aedes aegypti, erradicación, 247, 484
 condiciones sanitarias, período cuatrienal, 261-263

Haití—(cont.)

- malaria, erradicación, 164
- viruela, erradicación, 495

Higiene maternoinfantil

- resoluciones sobre programa y presupuesto, 25-26

Hinman, Harold E. (Estados Unidos), 6, 82, 333

Honduras

- delegación de, 6
- informes sobre
 - Aedes aegypti*, erradicación, 84, 130, 484
 - condiciones sanitarias, período cuatrienal, 277, 279
 - malaria, erradicación, 169-170

Horwitz, Abraham (Chile), 5, 72, 121, 165-166, 188, 220-221, 243, 268-271, 319, 324, 325, 326-327, 328, 331-332, 334, 337, 339, 342-343, 345-346

elección como Director, 217

discurso de aceptación, 220-221

felicitaciones a, 217-222

(véase también Director, OSP)

Hurtado, Félix (Cuba), 5, 8, *Director de Debates, Discusiones Técnicas*, 23; 57-58, 58-59, 60-61, 63, 64, 65-66, 69-70, 71, 134-135, 136, 185-186, 194, 197-198, 202, 207, 208-209, 211, 212, 214-215, 216, 218-219, 223, 230-231, 234-236, 237, 238, 239-240, 242, 243, 245, 252, 287, 288-289, 290, 292-293, 294-295, 297, 333, 335-336, 357-358, 359-360, 361, 363, 364, 366, 367, 368, 374-375, 377, 378, 382, 390, 391, 393, 395, 397, 399, 400-401, 402, 404, 405, 406, 407, 409, 410-411, 412, 413, 414, 415, 416-417, 418, 421, 422, 423, 424, 425, 428, 431, 432, 521

Hyde, H. van Zile (Estados Unidos), 6, 134, 135-136, 137, 140, 141-142

ICA (véase Administración de Cooperación Internacional del Gobierno de los Estados Unidos)

INCAP (véase Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá)

Informes cuatrienales de los Países Miembros a la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, 42, 287

Informes cuatrienales de los Países Miembros sobre condiciones sanitarias, resumen de, 42

discusión en

- Comisión General, 301-303
- sesión plenaria, 91-108, 252-268, 268, 286, 286-288, 296

(véase también nombres de los países)

Informes del Director, OSP, cuatrienal (1954-57) y anual (1957), 24

- discusión y comentarios, 81-91
- presentación por el Director, 76-90

(véase también Informe Financiero del Director)

Informe Final

- enmiendas al Reglamento Interno relativas al, 21, 197-198
- texto del, 21-44

Informe Financiero del Director e Informe del Audi-

Informe Financiero—(cont.)

tor Externo correspondientes a 1957 (tema 12), 27

discusión en

- Comisión II, 350-351
- sesión plenaria, 176

Comité Ejecutivo, informes finales, 386, 396-397, 397

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, organización y labores del (tema 24), 29

discusión en la Comisión General, 301

discusión en sesión plenaria, 177-195

exposición del Director, OSP, 177-179

informe del Director del INCAP, 179-184

proyecto de resolución, 186-187, 193-194

Instituto Interamericano del Niño, 8

Islas Vírgenes (Estados Unidos), informe sobre *Aedes aegypti*, erradicación, 485

Jamaica, informes sobre

- Aedes aegypti*, erradicación, 131, 485
- condiciones sanitarias, período cuatrienal, 256-257
- malaria, erradicación, 161

Javier, Carlos A. (Honduras), 6, *Presidente y Relator, Comisión de Credenciales*, 22; 56-57, 64-65, 75-76, 84, 108, 201, 208, 210, 218, 277-279, 293-294, 356, 360, 378, 434, 437

Jiménez Arango, Alejandro (Colombia), 5, *Vicepresidente de la Conferencia*, 22; 59, 60, 72, 100-101, 103, 105, 125-126, 152, 156-160, 162, 164-173, 302, 306, 319, 321, 325

Kelbaugh, Paul R. (Organización de los Estados Americanos), 8

Kellett, Frank Richard (Reino Unido), 7, 130-132, 160-162

Kissick, Harold G. (Estados Unidos), 4

Kredel, Ernst K. W. (Reino Unido), 7

Krieg, William L. (Estados Unidos), 4

Layton, Basil D. B. (Canadá), 8, 90-91

Lessa, Luis Ferreira Tavares (Brasil), 5, 111-116

Liga de Sociedades de la Cruz Roja, 9

Linschoten, Robert (Reino de los Países Bajos), 7, 247, 260-261

Lizardi, Aida N. (Consejo Internacional de Enfermeras), 8

López Herrarte, Mariano (Guatemala), 6, 85, 121-122, 133, 184-185, 197, 208, 374

Malaria, estado de la erradicación en las Américas (tema 22), 30-31

discusión en Comisión General, 301, 304

discusión en sesión plenaria

Director, OSP, presentación del, 142-143

informe del Director Regional de UNICEF para las Américas, 147-150

- Malaria—(cont.)**
 informe del Jefe, Oficina de Erradicación de la Malaria, OSP, 143-147
 comentarios sobre la resistencia de los insectos, 172-173
 informes de los Países Miembros, 142-150, 150-172, 195-197, 240 (*véase también* nombres de los países)
 resolución, proyecto, 196-197
 informe sobre el estado de la erradicación, VI (anexo), 445-482
 cuadros, 447-452, 454, 457-463, 466, 468-470, 472, 474, 476
 mapa, 446
- Mallorquín, Rubén Horacio** (Paraguay), 7
- Martinica, informes sobre**
Aedes aegypti, erradicación, 485
 condiciones sanitarias, período cuadrienal, 274-276
 malaria, erradicación, 168
- Medeiros, Mauricio Campos de** (Brasil), 5, 57, 58, 68, 86-87, 93, 111, 137, 150-152, 202, 203, 209, 213, 215-216, 249-250
- Medicamentos, registro de, y problemas afines** (tema 34), 35
 discusión en
 Comisión I, 339-340, 340-345, 348-349
 Comisión General, 308-309, 310
 sesión plenaria, 228
 trabajos presentados (anexo), 524-527
 comunicación del Congreso Panamericano de Farmacia y Bioquímica, 526-527
 documento presentado por Venezuela, 524-525
 informe de antecedentes, 524, 525-526
- Mejía, Carmen Troche de** (Asociación Internacional de Mujeres Médicos), 8
- Méndez Castellano, Hernán** (Venezuela), 7, 189-190, 521, 522
- Mesa Directiva de la Conferencia**, 22-23, 70-72, 425
 mesa de honor, 47
- México**
 delegación de, 6-7
 informes sobre
Aedes aegypti, erradicación, 484
 condiciones sanitarias, período cuadrienal, 97-98
 malaria, erradicación, 152
 viruela, erradicación, 495
- Molina, Gustavo** (Jefe, División de Salud Pública, OSP), 8, *Secretario Técnico, Discusiones Técnicas*, 23; 321, 323, 326, 327-328, 338, 339, 521
- Montserrat, informes sobre**
Aedes aegypti, erradicación, 131
 condiciones sanitarias, período cuadrienal, 257
 malaria, erradicación, 160, 485
- Moore, Clarence H.** (Jefe, Servicio de Finanzas y Presupuestos, OSP), 8
- Morales Carrión, Arturo** (Subsecretario de Estado, Puerto Rico), 4, 297-298
- Muñoz Marín, Luis** (Gobernador, Estado Libre Asociado de Puerto Rico)
 discurso de, 48-49
- Muñoz Puglisevich, Julio** (Perú), 7, 121, 141, 158-159, 186-187, 193-194, 194-195, 196-197, 201-202, 203, 206, 208, 209, 210, 211, 214, 216, 217, 218, 220, 229-230, 231, 233, 240, 282-284, 287, 288, 289, 293, 296, 297, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 328, 332-333, 336-337, 339, 340, 341-342, 343-344, 348, 435, 436, 437-438, 439
- Naciones Unidas, Junta de Asistencia Técnica**, 8
- Naciones Unidas, Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las** (*véase* Asistencia Técnica, Programa Ampliado de)
- Navas, A.** (Asociación Internacional de Prevención de la Ceguera), 8
- Nieves, informe sobre**
Aedes aegypti, erradicación, 131
- Nicaragua**
 delegación de, 7
 informes sobre
Aedes aegypti, erradicación, 132, 484
 condiciones sanitarias, período cuadrienal, 93-97
 malaria, erradicación, 167-168
- Nicolas, Georges** (Haití), 6, 88, 164, 190, 217, 247, 261-263, 342
- Noblía, Héctor Virgilio** (Argentina), 5, *Vicepresidente de la Conferencia*, 22; 57, 67, 68, 72, 85, 122, 125, 126, 127, 129, 130, 132, 133, 301
- Nogueira Rivero, Pedro** (Confederación Médica Panamericana), 8, 340-341
- Nombre de la Organización** (*véase* Organización Sanitaria Panamericana)
- Nutrición** (*véase* Bocio endémico; e Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá)
- Oficinas de Zona, instalaciones para las** (*véase* Edificios e instalaciones)
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT)**
 observaciones sobre el tema Prevención de accidentes de la infancia (anexo), 518-520
- Olivero, Humberto** (Guatemala) 6, *Relator, Comisión I*, 22; 60, 64, 67, 70, 75, 174, 175-176, 207, 210, 217, 226-227, 227-228, 239, 242, 271-272, 304, 305, 308, 309, 310, 316, 318, 319, 320, 321-322, 325, 333-334, 338, 379, 381, 390, 391, 394, 399, 400, 401, 404, 405, 409, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417-418, 419, 423, 424, 425, 427-428, 429, 434, 435, 436, 437, 439, 440
- Ollé, Paul V.** (Francia) 6, 88, 168-169, 274-276, 322, 338, 339, 363, 437
- O'Neal, Eric L.** (Estados Unidos), 6
- Orden de Precedencia de las delegaciones**, 21, 75
- Orellana, Daniel** (Venezuela), 8, *Vicepresidente, Comisión I*, 22; 307, 312, 314, 315, 318, 320, 321, 323, 328, 332, 333, 337, 338, 339, 343, 346, 348, 349, 390, 421, 423, 428, 431, 432, 435, 436, 437, 438, 440

- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (*véase* FAO)
- Organización de los Estados Americanos, 8 (*véase también* Sanders, William)
- Organización Mundial de la Salud
 Asamblea y Consejo Ejecutivo, resoluciones de interés para el Comité Regional, 34, 227-228, 346-347
 bienvenida al Director General, 173-174
 Director Regional (*véase* Director, OSP)
 informe sobre situación sanitaria mundial, segundo, 42, 287
 (*véase también* Programa y Presupuesto para la Región de las Américas, OMS)
- Organización Panamericana de la Salud (*véase* Organización Sanitaria Panamericana)
- Organización Sanitaria Panamericana (*véase* Constitución, OSPA)
 Documentos Básicos, mejoramiento de los textos de, 40-41
 discusión en
 Comisión General, 311, 312
 sesión plenaria, 246
 Comité Ejecutivo, informes finales, 435, 435-436
 nombre de la Organización (tema 25), 36
 discusión en
 Comisión II, 358-361, 362-368, 368-372
 sesión plenaria, 229, 245
 Comité Ejecutivo, informes finales, 406, 406
 títulos de sus altos funcionarios (tema 25)
 discusión en
 Comisión II, 358, 361, 362-368, 368-372
 sesión plenaria, 229-240
 Comité Ejecutivo, informes finales, 387, 407, 407-408
- Osborne, Arthur S. (Estados Unidos), 4
- Ousset, Julio Horacio (Argentina), 5, 127-129, 171-172, 280-282, 286-287, 307, 324
- Padilla y Padilla, Carlos (Guatemala), 6, 165
- Pagán, Aida G. de (Departamento de Salud, Puerto Rico), 4
- Países Bajos, Reino de los
 delegación de, 7
 informes sobre
Aedes aegypti, erradicación
 Antillas Neerlandesas, 247, 485
 Surinam, 247, 485
 condiciones sanitarias, período cuatrienal
 Antillas Neerlandesas, 260-261
 Surinam, 259-260
 malaria, erradicación
 Surinam, 160-164
 viruela, erradicación,
 Surinam, 326
- Palacios, Luis D. (Departamento de Salud, Puerto Rico), 4
- Panamá
 delegación de, 7
 informes sobre
Aedes aegypti, erradicación, 126-127, 484
 condiciones sanitarias, período cuatrienal, 271-274
 malaria, erradicación, 166-167
 viruela, erradicación, 325-326
- Parada, Lucio (Chile), 5, 350, 351, 352, 360-361, 381
- Paraguay
 delegación de, 7
 informes sobre
Aedes aegypti, erradicación, 86, 119-121, 484
 condiciones sanitarias, período cuatrienal, 105-108
 malaria, erradicación, 108, 159-160
 viruela, erradicación, 107-108, 325, 495
- Participantes, lista de, 5-9
- Patiño Arca, Bolívar (Perú), 7
- Patiño Camargo, Luis (Colombia), 5, 84, 91, 156, 194, 201, 203-205, 206, 207, 231, 237, 284, 294, 309, 310, 350, 357, 359, 360, 370, 378, 381
- Peat, Alfred A. (Reino Unido), 7
- Peña, Carlos Raúl (Paraguay), 7, 65, 69, 86, 105-108, 119-121, 138, 159-160, 208, 325
- Personal (*véase también* Condiciones de empleo, proyecto de nuevas; y Reglamento del Personal de la OSP)
- Personal de los servicios nacionales de sanidad, 41-42
 discusión en
 Comisión General, 307
 sesión plenaria, 286, 286-287
- Personal de salud pública en las Américas
 informe sobre los sueldos abonados al, 397-399, 399
- Pérez Arteta, Luis (Naciones Unidas y Junta de Asistencia Técnica), 8
- Perú
 delegación de, 7
 informes sobre
Aedes aegypti, erradicación de, 121, 484
 condiciones sanitarias, período cuatrienal, 282-288
 malaria, erradicación de, 158-159
 viruela, erradicación de, 324, 495
 mociones de (*véase* Carta de Salud de Puerto Rico; Tuberculosis, plan continental de lucha contra la; Agua y desagües, plan continental de)
- Pesqueira, Manuel E. (México), 6
- Pimentel, José F. (Cuba), 5
- Pineda Martínez, Tomás (El Salvador), 6, 279-280, 294, 346
- Pizá, Julia B. de (Federación Mundial de Asociaciones Pro Naciones Unidas), 9
- Pohle, Charles L. von (Guatemala), 6
- Poliomielitis, vacunación, 83, 87, 89, 99, 100
 vacuna de virus vivo, 79, 83, 89, 90, 105
 aplicación en Colombia, informe sobre, 284-285
- Porrata Doria, Adolfo (Departamento de Estado, Puerto Rico), 4

- Precedencia de las Delegaciones, 21, 75
- Presupuesto (véase Programa y presupuesto)
- Príncipe, Alejandro (Venezuela), 7, 137, 140, 363, 368, 376, 394, 395, 401, 409, 411, 414, 415, 417, 419, 438
- Productos biológicos (véase Centro de)
- Productos medicinales (véase Propaganda de)
- Programa de temas de la Conferencia
adopción del, 23, 73-74
texto del, 15-16
Comité Ejecutivo, informes finales, 388, 402-403, 403, 420-422, 422
- Programa y presupuesto
enmiendas constitucionales sobre la preparación del, (véase Constitución, OSPA—enmienda al Artículo 12-C)
formato del (*Comité Ejecutivo, informes finales*), 386, 405, 405-406
- Programa y presupuesto de la OSPA para 1959, 24-25
discusión en
Comisión I, 314-316
Comisión General, 302
sesión plenaria, 174
Comité Ejecutivo, informes finales, 386, 410-418, 418
- Programa y presupuesto de la OSPA para 1960, anteproyecto de, 26
discusión en
Comisión I, 316-318, 323, 325
Comisión General, 302, 305
sesión plenaria, 175
Comité Ejecutivo, informes finales, 386, 425-427, 428-431, 431
- Programa y presupuesto de la Región de las Américas, OMS, para 1960, proyecto de, 25-26
discusión en
Comisión I, 316-318, 318-322, 325
Comisión General, 302, 305
sesión plenaria, 174-175
Comité Ejecutivo, informes finales, 386, 425-428, 428
- Programa de sesiones
adopción del, 74
modificación del, 301
proyecto del (*Comité Ejecutivo, informes finales*), 423-424, 424
sesiones, cuadro diario de, 18
- Propaganda de productos medicinales (tema 36), 34
discusión en
Comisión I, 345-346
sesión plenaria, 227
trabajo presentado por Panamá (anexo), 527-528
- Prosper, Pierre (Haití), 6
- Puerto Rico
comisión organizadora, miembros de, 4
discurso del Gobernador de, 48-49
discurso del Secretario de Salud, 52
expresiones de agradecimiento, 44, 296-297
visitas de observación y actividades sociales en, 17-18
- Puffer, Ruth R. (OSP), 269, 271, 274
- Ramírez, Diego Angel (Ecuador), 5, 54-56, 62, 71, 73, 84-85, 103-105, 116-119, 157-158, 189, 194, 198, 203, 206, 210, 367
discurso de, 54-56
- Recaudación de las cuotas (véase Cuotas)
- Reglamento del Personal de la OSP, enmiendas al (tema 16), 28-29
discusión en
Comisión II, 356
sesión plenaria, 177
Comité Ejecutivo, informes finales, 387, 401, 401-402, 431, 432
(véase también Condiciones de empleo, proyecto de nuevas)
- Reglamento Financiero, OSP, modificación del (véase Constitución, OSPA)
- Reglamento Interno de la Conferencia (véase también Organización Sanitaria Panamericana—Documentos Básicos)
adopción del, 21, 57-70, 142
enmiendas, 197-198
informe de la comisión designada para estudiar el artículo 53, 67-69
discusión, enmienda y aprobación, 68-69, 133-142, 303-304, 305, 309-310, 311, 312
texto del informe (anexo), 554-556
texto del Reglamento, 10-14
Comité Ejecutivo, informes finales, 422-423, 423
- Reglamento para las Discusiones Técnicas (véase Discusiones Técnicas)
- Reino de los Países Bajos (véase Países Bajos, Reino de los)
- Reino Unido
delegación de, 7
informes sobre
Aedes aegypti, erradicación, 130-132
condiciones sanitarias, período cuatrienal, 254-259
malaria, erradicación, 160-162
(véase también nombres de los territorios)
- República Dominicana, informe sobre
Aedes aegypti, erradicación, 484
- Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo de interés para el Comité Regional (véase Organización Mundial de la Salud)
- Reuniones de los cuerpos directivos (véase Cuerpos directivos, OSPA, reuniones de los)
- Reynolds, Albert John (UNICEF), 8
- Rodrigues, Bichat (Brasil), 5, *Vicepresidente, Comisión II*, 22; 351, 352, 360, 363, 365, 367, 368, 369, 376, 378, 379, 380, 381, 434, 435, 436, 438
- Saladrigas, Enrique (Cuba), 5
- Sánchez Vigil, Manuel A. (Nicaragua), 7, 82-83, 167-168, 194, 219-220, 290-291, 350, 351, 353-354, 358, 359, 370, 373, 374, 390, 391, 392, 400, 401, 403, 409, 415, 416, 417, 421, 429, 431, 432, 433

- Sancho-Bonet, Rafael (Departamento de Estado, Puerto Rico), 4
- San Cristóbal, informes sobre
Aedes aegypti, erradicación, 131, 485
 condiciones sanitarias, período cuadrienal, 257
 malaria, erradicación, 160
- Sanders, William (Secretario General Adjunto, Organización de los Estados Americanos), 8
 discurso de, 198-201
- Saneamiento del medio
 Comité Asesor, OSP, 79, 92, 289
 resoluciones sobre programa y presupuesto, 25-26
 (véase también Agua y desagües, plan continental de)
- Saneamiento, normas mínimas de (para hoteles, restaurantes, medios de transporte y centros turísticos), 33-34
 discusión en
 Comisión I, 338-339
 sesión plenaria, 227
- Santa Lucía, informes sobre
Aedes aegypti, erradicación, 131, 485
 condiciones sanitarias, período cuadrienal, 257
 malaria, erradicación, 161
- San Vicente, informes sobre
Aedes aegypti, erradicación, 131
 condiciones sanitarias, período cuadrienal, 257
 malaria, erradicación, 160
- Scrimshaw, Nevin (Director del INCAP), 8
 informe sobre el INCAP, 179-184
- Sede de la OSP, (véase Edificios e instalaciones)
- Seminario sobre el Reglamento Sanitario Internacional (Maracay), 85
- Servicios nacionales de sanidad, (véase Personal de)
- Sesiones de la Conferencia, 21, 23
 cuadro diario de, 18
 (véase también Programa de sesiones)
- Siegel, Milton P. (Sub-Director General, OMS), 8, 380, 398-399
- Simpson, D. F. (Jefe, División de Administración, OSP), 8, Secretario Comisión II, 22; 350, 351, 352, 353, 354-355, 356, 372, 373, 376, 378-379, 396, 397, 397-398, 399, 400, 401, 405, 432
- Slinger, Leonard A. P. (Reino Unido), 7, 254-259
- Sociedad Internacional para el Bienestar de los Lisiados, 9
 comunicación de la, 222-223
- Sommer, Charles G. (Estados Unidos), 6, 353, 355, 357, 379, 380, 381, 422
- Soper, Fred L., 8, 52-54, 67-68, 76-81, 88-90, 91-93, 108-111, 139-140, 142-143, 176, 177-179, 193, 202, 212-213, 223-226, 234-235, 248-249, 250-251, 251-252, 295, 301, 304, 306, 307, 308-309, 312, 341, 342, 348-349, 352-353, 355, 356, 357, 358-359, 360, 361, 362, 363, 365-366, 368-369, 369-370, 371-372, 375-376, 397, 400, 402, 403, 404, 407, 408, 409, 411-412, 413-414, 415-416, 418, 421-422, 422-423, 428-429, 429-430, 430-431, 435, 436-437, 438-439
- Soper, Fred L.—(cont.)
 designación como Director Emérito, OSP, 31-32, 218-219, 223-226
 discurso de, 52-54
 homenaje a, 43, 219-220, 288
 (véase también Director, OSP)
- Southerland, J. Harlan (Estados Unidos), 7
- Subdirector, OSP
 expresiones de agradecimiento al, 394
 nombramiento del, 388
 (véase también González, Carlos Luis; y Organización Sanitaria Panamericana—títulos de altos funcionarios)
- Sueldos del personal de salud pública en las Américas (véase Personal de Salud Pública en las Américas—informe sobre los sueldos abonados al)
- Sueldos, subsidios y prestaciones (véase Condiciones de empleo—proyecto de nuevas)
- Surinam (véase Países Bajos, Reino de los)
- Suro, G. A. (Jefe, Servicios de Secretaría de la Conferencia), 8
- Swellengrebel, Nicolaas H. (Reino de los Países Bajos), 7, 59, 85, 133, 138, 188-189, 195-196, 251, 293, 355, 374
- Títulos de los altos funcionarios (véase Organización Sanitaria Panamericana)
- Torre, Mottram P. (Federación Mundial de Higiene Mental), 9
- Torreblanca, Jorge (Chile), 5, 60, 65, 66, 68-69, 71, 75, 83-84, 141, 205
- Torres Aguiar, Manuel A. (Subsecretario de Salud, Puerto Rico), 4
- Trinidad y Tabago, informes sobre
Aedes aegypti, erradicación, 131-132, 486
 condiciones sanitarias, período cuadrienal, 257-258
 malaria, erradicación, 161-162
- Tuberculosis, plan continental de lucha contra la discusión en sesión plenaria, 283-284, 296
 Comité Ejecutivo, informes finales, 437-439, 439
- Tuberculosis, resoluciones sobre programa y presupuesto 25-26
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), 8
 declaración del Director Regional para las Américas sobre programa de erradicación de la malaria, 147-150
 expresiones de agradecimiento, 30
- Unión Internacional para la Educación Sanitaria Popular, 9
- Uruguay
 delegación de, 7
 informes sobre
Aedes aegypti, erradicación 122-125, 484
 condiciones sanitarias, período cuadrienal, 252-254

- Uruguay—(cont.)
viruela, erradicación, 495
- Vacuna (véase Poliomieltis)
- van der Kuyp, Edwin (Reino de los Países Bajos) 7, 81-82, 162-164, 247, 259-260, 326
- Vargas Méndez, Oscar (Costa Rica), *Presidente Provisional de la Conferencia*, 5, 48, 49, 52, 54, 56-71, 72, 73-74, 101-103, 156-157, 192-193, 197, 201, 202, 205, 206, 207, 233, 236-237, 290, 336, 363-364, 368, 370, 376, 377, 378, 379-380
- Venezuela
delegación de, 7
informes sobre
 Aedes aegypti, erradicación, 129-130, 484-485
 condiciones sanitarias, período cuatrienal, 98-99
 malaria, erradicación, 152-156
 viruela, erradicación, 324, 495
- Viruela, estado de la erradicación en las Américas (tema 23), 26-27
discusión en
 Comisión I, 323-325, 325-327
 sesión plenaria, 175
trabajo presentado (anexo) 491-496
 cuadros en, 492-494
 (véase también nombre de los países)
- Visitas de observación y actividades sociales, 17-18
- Vivó, Paquita (Departamento de Estado, Puerto Rico), 4
- Votos de gracias, 44, 296-297
- Wegman, Myron E. (Secretario General, OSP), 8, *Secretario, Comisión I*, 22; 201, 203, 205, 207, 209, 210-211, 212, 301, 302, 305, 306-307, 307-308, 310, 311, 312, 314-315, 316-318, 329-331, 334-335, 338, 346-347, 348, 394-395, 402, 403-404, 405, 406, 407, 408, 410, 411, 412-413, 416, 425-427, 428, 429
- Wilcox, Francis O. (Estados Unidos), *Presidente, Comisión Organizadora de la Conferencia*, 4
- Williams, Charles L. Jr. (Estados Unidos), 6, 73, 164, 176, 291-292, 319, 336, 337, 344-345
- Wilson, Simon N. (Estados Unidos), 6, 69, 232, 234, 237-238, 238-239, 240, 241-242, 243, 244, 312-313, 361, 362, 363, 364, 366-367, 368, 369, 370, 372, 373, 377-378, 435, 440
- Yost, Paul W. (Liga de Sociedades de la Cruz Roja), 9
- Zepeda, Jorge E. (Honduras), 6, 130, 169-170, 192, 197, 343
- Zona del Canal, informe sobre
 Aedes aegypti, erradicación, 486
- Zoonosis (véase Centro Panamericano de)
- Zozaya, Dr. José (México)
 expresión de condolencia por el fallecimiento del, 393-394, 394