

# INFORME ANUAL DEL DIRECTOR

**OFICINA SANITARIA PANAMERICANA  
OFICINA REGIONAL DE LA  
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**

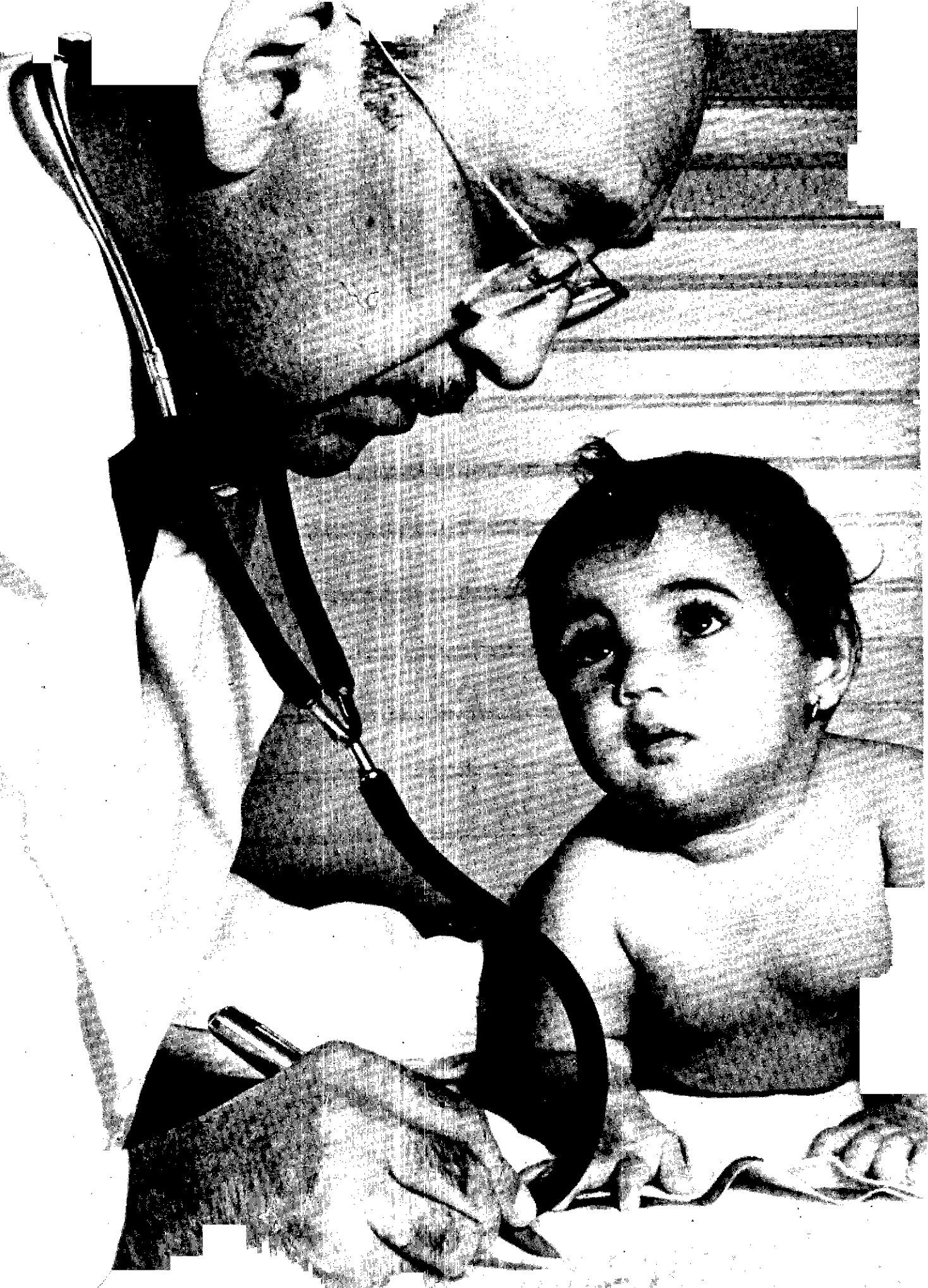
**1954**

**WASHINGTON, D. C.**



El dibujo de la cubierta se inspira en la ornamentación de vasijas indias del delta del Amazonas. A la derecha aparece Ixtliltón, el dios azteca a cuyo templo se llevaba a los niños enfermos para que recobraran la salud.

EL FUNCIONARIO DE SALUBRIDAD I ESPERANZA DE LAS JOVENES GENERACIONES



ORGANIZACION SANITARIA PANAMERICANA

Documentos Oficiales  
No. 11

Julio, 1955

INDEXED

INFORME ANUAL DEL DIRECTOR  
DE LA  
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA,  
OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD  
PARA LAS AMERICAS  
1954

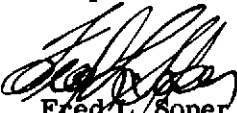
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud  
1501 New Hampshire Avenue, N. W.  
Washington 6, D. C. EE.UU. de A.

A los Estados Miembros de la  
Organización Sanitaria Panamericana

Tengo el honor de remitir adjunto el Informe Anual de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, correspondiente al año 1954. Este Informe comprende las actividades desarrolladas por la Oficina de Washington, así como las de las Oficinas de Zona. También describe los programas ejecutados en colaboración con los Gobiernos de los Estados Miembros y con otras organizaciones internacionales. El estado financiero correspondiente al año, se presenta en un documento aparte (Documento CD8/6 y Anexos).

Respetuosamente



Fred L. Soper  
Director

INFORME ANUAL

del

DIRECTOR

1954

# INFORME ANUAL

del

DIRECTOR

1954

## INDICE\*

	<i>Página</i>
Parte I      Introducción	I
Parte II     Actividades desarrolladas en 1954	23
Parte III    Organización y Administración	139
Apéndices	177
Índice alfabético	189

\*El índice correspondiente a cada sección aparece en las páginas viii, 30, 72, 102 y 140.

## SIGLAS

AAT/NU	Administración de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas
AIDIS	Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria
AT	Asistencia Técnica
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FOA	Administración de Operaciones Exteriores de los Estados Unidos de América
IAI	Instituto de Asuntos Interamericanos
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
JAT	Junta de Asistencia Técnica
NU	Naciones Unidas
OEA	Organización de los Estados Americanos
OEA/AT	Organización de los Estados Americanos — Asistencia Técnica
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ORAL	Oficina Regional para la América Latina
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
OSPA	Organización Sanitaria Panamericana
SCISP	Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USPHS	Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos



## ILUSTRACIONES Y TABLAS

Página	Página
<p>Vista panorámica de Santiago, Chile, sede de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, 1954. <i>Fotografía.</i> 3</p>	<p>Casos de fiebre amarilla notificados en las Américas. <i>Mapa.</i> 37</p>
<p>III Reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana, Lima, 1949. <i>Fotografía.</i> 5</p>	<p>Situación de la fiebre amarilla en Honduras. <i>Mapa.</i> 40</p>
<p>Escuela de Medicina de Ciudad Trujillo, sede de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana. <i>Fotografía.</i> 6</p>	<p>Zonas maláricas no protegidas y población expuesta en el Continente. <i>Tabla.</i> 42</p>
<p>Edificio de la División de Malariología de Maracay, Aragua (Venezuela). <i>Fotografía.</i> 8</p>	<p>Estado de las campañas de erradicación del <i>Aedes Aegypti</i> (países). <i>Esquema.</i> 42</p>
<p>La erradicación en marcha. <i>Fotografías.</i> 10</p>	<p>Estado de las campañas de erradicación del <i>A. aegypti</i> (territorios). <i>Esquema.</i> 43</p>
<p>Escuela de Medicina, San Juan, Puerto Rico. <i>Fotografía.</i> 14</p>	<p>Estado de las campañas de la erradicación del <i>A. aegypti.</i> <i>Mapa.</i> 45</p>
<p>Seminario sobre erradicación de insectos, La Habana. <i>Fotografía.</i> 16</p>	<p>Mosquito <i>A. aegypti.</i> <i>Dibujo.</i> 46</p>
<p>Seminario sobre bioestadística, Santiago, Chile. <i>Fotografía.</i> 18</p>	<p>Mosquito <i>Anopheles.</i> <i>Dibujo.</i> 47</p>
<p>Sesión Inaugural de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, Santiago, 1954. <i>Fotografía.</i> 24</p>	<p>Encuesta preliminar y estado actual de la campaña contra el <i>A. aegypti</i> en el Paraguay. <i>Mapa.</i> 49</p>
<p>Víctimas de la frambesia, Haití. <i>Fotografía.</i> 32</p>	<p>Encuesta preliminar y estado actual de la campaña contra el <i>A. aegypti</i> en el Uruguay. <i>Mapa.</i> 49</p>
<p>Murciélago vampiro <i>Desmodus rotundus</i>, capturado en Nuevo León, México. <i>Fotografía.</i> 33</p>	<p>Toma de muestras para la prueba del anillo en la leche, durante el curso de adiestramiento sobre brucelosis, México. <i>Fotografía.</i> 51</p>
<p>Ciclo de vida del <i>Echinococcus granulosus</i> que causa la hidatidosis. <i>Esquema.</i> 34</p>	<p>Clínica antirrábica, México. <i>Fotografía.</i> 53</p>
<p>Incidencia de fiebre amarilla en Centro América y Area del Caribe, 1948-54. <i>Mapa.</i> 36</p>	<p>Administración de la vacuna antirrábica en el Perú. <i>Fotografía.</i> 55</p>
	<p>Toma de muestra sanguínea a una mujer embarazada, Paraguay. <i>Fotografía.</i> 56</p>

	Página		Página
Dispensario moderno en el valle de Marbial, Haití. <i>Fotografía.</i>	58	Cálculo de población y tasas de natalidad y mortalidad en las Américas. <i>Tabla.</i>	84
Cestas tubulares que se usan en las letrinas rurales del Paraguay. <i>Fotografía.</i>	59	Examen médico preescolar en Venezuela. <i>Fotografía.</i>	87
Bloques de concreto para letrinas, Paraguay. <i>Fotografía.</i>	60	Un cartel muy difundido. <i>Fotografía.</i>	89
Puesto de vacunación con BCG en el Paraguay. <i>Fotografía.</i>	61	Clínica moderna de El Salvador. <i>Fotografía.</i>	89
Envase de vacunas de BCG en el Ecuador. <i>Fotografía.</i>	62	Lección de higiene elemental a cargo de una enfermera. <i>Fotografía.</i>	90
Campaña de vacunación con BCG en Trinidad y Tobago. <i>Fotografía.</i>	63	Labor de higiene maternoinfantil en un centro del Paraguay <i>Fotografía.</i>	90
Casos de viruela notificados en las Américas. <i>Tabla.</i>	65	La visita diaria de la enfermera de salud pública. <i>Fotografía.</i>	92
La policía pide el certificado de vacunación durante la campaña contra la viruela, Perú. <i>Fotografía.</i>	66	Una especialista determina la seroproteína empleando la técnica de densidad del gradiente. <i>Fotografía.</i>	94
Un aspecto de la campaña de vacunación en el Perú. <i>Fotografía.</i>	66	La alimentación de la infancia es uno de los problemas que más preocupan a los investigadores. <i>Fotografía.</i>	95
Inspección del ganado durante la campaña contra la fiebre aftosa en México. <i>Fotografía.</i>	68	Un día de actividad normal en un puesto sanitario rural de El Salvador. <i>Fotografía.</i>	98
Población aproximada sobre la que existen estadísticas de mortalidad, por continentes. <i>Tabla.</i>	74	Examen médico en una clínica rural de El Salvador. <i>Fotografía.</i>	99
Las cinco causas principales de defunción, América del Norte. <i>Esquema.</i>	77	Escuelas de Medicina y de Salud Pública en la América Latina. <i>Mapa.</i>	104
Las cinco causas principales de defunción, América del Sur. <i>Esquema.</i>	77	Escuela de Salubridad de Santiago, Chile. <i>Fotografía.</i>	105
Utilización de desperdicios de las desmotadoras de algodón para el relleno de terrenos. <i>Fotografía.</i>	81	Escuela de Medicina, Ciudad Universitaria de México. En ésta se celebró la 25a Reunión del Comité Ejecutivo de la OSPA y la Octava Asamblea Mundial de la Salud. <i>Fotografía.</i>	106
Población total de las Américas. <i>Tabla.</i>	83		

	Página		Página
Ceremonia de graduación de enfermeras en Costa Rica. <i>Fotografía.</i>	108	Estructura de la OSP. <i>Esquema.</i>	138
Una sesión del seminario de enfermería en México. <i>Fotografía.</i>	111	Reuniones de la Organización celebradas en 1954. <i>Tabla.</i>	142
Becas concedidas en las Américas por país de origen. <i>Tabla.</i>	113	Asistencia a las Reuniones del Consejo Directivo, Comité Regional de la OMS (Países Miembros). <i>Esquema.</i>	144
Becas concedidas en las Américas. <i>Mapa.</i>	115	Asistencia a las Reuniones del Consejo Directivo, Comité Regional de la OMS (Observadores de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales). <i>Esquema.</i>	145
Países o regiones en que los becarios de 1954 cursaron sus estudios. <i>Esquema.</i>	116	Miembros del Comité Ejecutivo. <i>Esquema.</i>	146
Becas concedidas en las Américas en 1954, por campos de estudios. <i>Tabla.</i>	117	Nuevo edificio del INCAP en la ciudad de Guatemala y ceremonias de la inauguración. <i>Fotografías.</i>	148
Niños esperando su turno para ser atendidos en una clínica rural. <i>Fotografía.</i>	119	Estadística de la Biblioteca, 1950-54. <i>Tabla.</i>	151
Alimentación suplementaria en una escuela primaria de Costa Rica. <i>Fotografía.</i>	119	Traducciones efectuadas en 1954. <i>Tabla.</i>	152
Enfermos en espera de recibir atención médica en un centro rural de salud de Bolivia. <i>Fotografía.</i>	121	Envío de DDT. <i>Fotografía.</i>	156
Una sesión de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana. <i>Fotografía.</i>	124	Edificios de la Sede de la OSP en Washington, D.C. <i>Fotografía.</i>	157
Publicaciones de la OSP. <i>Fotografía.</i>	126	Cincuenta años de colaboración internacional en el campo de la salud pública. <i>Fotografía.</i>	158
Publicaciones especiales en 1954. <i>Tabla.</i>	127	Proyectos de salud pública en ejecución, en 1954, clasificados por campos de actividad. <i>Tabla.</i>	160
Exposición en la Sede de las Naciones Unidas. <i>Fotografía.</i>	130	Zona I <i>Mapa</i>	167
Niños escolares visitan la exposición de la OSP/OMS, en el edificio de las NU en Nueva York. <i>Fotografía.</i>	131	Zona II <i>Mapa</i>	168
Exposición presentada en la costa occidental de los Estados Unidos. <i>Fotografía.</i>	133	Zona III <i>Mapa</i>	169
Detalles de varias exposiciones. <i>Fotografía.</i>	135	Zona IV <i>Mapa</i>	170
		Zona V <i>Mapa</i>	171
		Zona VI <i>Mapa</i>	172

## INTRODUCCION

## INTRODUCCION

	<i>Página</i>
<b>Resumen de ocho años de actividades</b>	
El presente Informe	
La Constitución de 1947	
La longevidad de la Oficina	4
Una nueva etapa	5
<b>La ofensiva contra las enfermedades</b>	7
Las técnicas de erradicación	7
El nivel cero	8
<b>Labor de fomento de la salud</b>	11
La diversidad de los programas de salud pública	11
El fortalecimiento de los departamentos de sanidad	12
<b>Actividades educativas</b>	13
Los hábitos de la población	13
El adiestramiento de personal	17
<b>Los programas generales</b>	19
Servicios	19
Los proyectos	19
Cooperación con otros organismos	20
<b>Dos reuniones especiales</b>	22

## INTRODUCCION

### Resumen de ocho años de actividades

#### El presente Informe

En 1954, la Oficina Sanitaria Panamericana publicó tres volúmenes que, en conjunto, exponen, en forma amplia, sus recientes actividades. Estas publicaciones son el Informe Anual de 1953, el Informe Cuadrienal de 1950-1953 y el Resumen de los Informes de los Estados Miembros correspondientes al período de 1950-1953.

La aparición, en tan breve tiempo, de un informe anual, un informe cuadrienal y un resumen especial de un cuatrienio fué como el inventario de ocho años de extraordinario desarrollo. Durante este período la Oficina Sanitaria Panamericana que, en el ejercicio económico de 1946 había gastado \$522,098, pasó a ser una organización que, en 1954, cifró sus gastos en \$4,099,749.

En enero de 1947 la Oficina tenía, en total, treinta y dos funcionarios. En 1954, con las seis Oficinas de Zona que se habían establecido, el número de aquéllos pasaba de 400, de los que más de la mitad estaban asignados a servicios de campo.

La Oficina, que, desde 1902, había sido una organización sólida y activa, recibió, en 1924, un firme impulso cuando el Código Sanitario Panamericano, tratado ratificado por las 21 Republicas Americanas, pasó a ser su estatuto básico. La Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana, de 1947, preparó el terreno para que la Oficina, sin perder su identidad, sirviese como Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Desde el primer momento, y de conformidad con lo que su propio nombre indica, la Oficina Sanitaria Panamericana se esforzó en extender sus actividades por todas las Américas. El paso inicial, dado en 1947, hacia la coordinación de las actividades de la Oficina y las de la OMS, se confirmó, en 1949, mediante la firma del acuerdo entre la Organización Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud. Este acuerdo se firmó tan pronto como 14 países de las Américas ratificaron la Constitución de la OMS. De este modo, la Oficina pasó a ser la única autoridad sanitaria regional de todo el Hemisferio Occidental. El próximo paso era desarrollar y reforzar su estructura interna.

La afiliación de la Oficina, en 1949, a la Organización Mundial de la Salud coincidió, por lo tanto, con el comienzo de un período de reorganización constructiva y de rápido crecimiento interno. El órgano directivo supremo de la Organización se reúne una vez cada cuatro años. Así se ha hecho desde 1902, con ligeras variaciones debidas principalmente a las guerras mundiales. Este órgano, conocido por el nombre de Conferencia Sanitaria Panamericana, celebró su más reciente reunión, la XIV, en octubre de 1954, en la ciudad de Santiago, Chile. Fué ésta la segunda reunión cuadrienal desde que la Oficina se amalgamó con la Organización Mundial de la Salud; la XIII Conferencia había tenido lugar, en 1950, en Ciudad Trujillo, Republica Dominicana.

Los principales acontecimientos de la primera parte de este período de ocho años de rápida expansión, se expusieron en el Informe Cuadrienal de 1947-1950, presentado a la XIII Conferencia, y los de la segunda parte se resumieron en los informes mencionados previamente, que se presentaron a la XIV Conferencia. En su conjunto, estos informes constituyen una copiosa fuente de material que documenta este período de rápida maduración. Por ello, para obtener la visión completa de los dos períodos cuadrienes, se aconseja al lector el examen de dichos documentos.

Muchas de las consideraciones básicas que se formulan en esas publicaciones no tienen por qué ser repetidas en este Informe que se refiere, mas en particular, a las actividades desarrolladas y al trabajo realizado en 1954.

Durante 1954 la Oficina continuó su estrecha colaboración con otras organizaciones internacionales, tales como la Organización de los Estados Americanos y las oficinas establecidas en las Américas por los organismos de las Naciones Unidas, especialmente la Oficina Regional para la América Latina, del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

En todo este Informe, el nombre "Oficina Sanitaria Panamericana" significa, sistemáticamente, Oficina Sanitaria Panamericana y Organización Mundial de la Salud. A esta última se hará referencia expresa al hablar de las actividades mundiales desarrolladas desde su sede. En el Apéndice I, que comienza en la página, se indica el origen de los fondos para los programas que se encontraban en ejecución en 1954.

## La Constitución de 1947

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, como las conferencias cuadrienes celebradas anteriormente, estableció las orientaciones que se habían de seguir en los cuatro años sucesivos. Además de ser uno de los órganos directivos, la Conferencia sirvió, una vez más, de foro para el intercambio de información y para las discusiones técnicas que tan necesarias son en relación con la planificación detallada de los programas. Una de las labores que realizó la XIV Conferencia fué examinar a fondo la Constitución de 1947. Esta Constitución había sido, durante cuatro años, objeto de minucioso estudio por parte de un Comité, con miras a introducir posibles mejoras.

Como se recordará, de acuerdo con la Constitución de 1947, los órganos de la Organización Sanitaria Panamericana son los siguientes:

1) La Conferencia Sanitaria Panamericana, a cuya importancia y funciones ya se ha hecho referencia.

2) El Consejo Directivo, que actúa en nombre de la Conferencia y se reúne todos los años en que ésta no celebra reunión. También actúa como Comité Regional de la OMS.

3) El Comité Ejecutivo del Consejo Directivo que se reúne por lo menos una vez cada seis meses, y está integrado por siete Gobiernos Miembros elegidos por el Consejo para períodos escalonados de tres años. Una de las principales funciones de este Comité es preparar, con la cooperación del



La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana se celebró en Santiago, Chile, del 7 al 22 de octubre de 1954. Vista de la ciudad, desde el cerro de Santa Rosa, con los Andes al fondo. Foto Pan American World Airways.

Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, el programa y presupuesto anual que se ha de someter a la consideración del Consejo.

4) La Oficina Sanitaria Panamericana, que es el organismo ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana y está encargado de desarrollar sus programas.

En 1954, tras examinar los informes presentados por el Comité Ejecutivo sobre esta materia, la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana decidió mantener en vigor la presente Constitución. Al votar en favor de que continuara ésta, en su forma original, la Conferencia Sanitaria Panamericana confirmó el principio de que, en la esfera de la sanidad internacional, se ha de otorgar preferencia a las consideraciones técnicas.

Estados y territorios de diversa condición política pueden combinar sus esfuerzos, con la orientación técnica y políticamente neutral de la Oficina Sanitaria Panamericana, para realizar una labor eficaz de salud pública, que no sería posible si esos países actuasen separadamente.

El punto de vista que considera los factores científicos de suprema importancia en la cooperación internacional, ha sido ya aceptado en ciertas cuestiones relacionadas con las comunicaciones y los viajes. También se está



llegando a él en el campo de la salud pública. La salud se encuentra tan íntimamente ligada a la vida humana, y la enfermedad es universalmente un trastorno tan desconocedor de fronteras, que hasta los países de puntos de vista más heterogéneos han tenido que aprender a trabajar juntos y a mantenerse unidos en la esfera de la salud pública.

El desarrollo de los conocimientos y su aplicación al campo de la salud pública están por encima de las fluctuaciones que experimentan las circunstancias y problemas políticos de los países y se encaminan hacia la solución del problema común de salvaguardar la salud humana. Esta tarea se viene realizando continuamente, mediante la colaboración de los países del Hemisferio Occidental, durante los últimos 50 años.

En estrecha relación con el acuerdo de no introducir modificaciones en la estructura básica de la Organización, se encuentra la minuciosa atención prestada a los informes técnicos sobre los requerimientos sanitarios del Hemisferio Occidental, informes en los que se indican las orientaciones para vencer las futuras amenazas de enfermedades y para fortalecer aún más los departamentos de salud pública.

### La longevidad de la Oficina

Antes de prestar más detallada atención a algunas de las consideraciones destacadas por esta importante Conferencia de 1954, es oportuno poner de relieve que existe una buena razón para que la Oficina Sanitaria Panamericana sea la organización sanitaria internacional más antigua del mundo. Lo es, entre otras razones, porque siempre ha disfrutado del apoyo unánime de las naciones americanas.

Al recordar las numerosas instituciones dignas de encomio que sucumbieron a poco de ser creadas durante este último medio siglo, la supervivencia de la Oficina, creada en 1902, adquiere una significación especial. En el Código Sanitario Panamericano de 1924, y en la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana de 1947, el Continente Americano afirmó rotundamente su unidad geográfica y cultural. Circundado por océanos y bien separado del resto del mundo, era natural que este Hemisferio se resistiera a ser invadido, incluso por las enfermedades, y realizase los máximos esfuerzos para situarse en vanguardia en el establecimiento de un alto nivel de cooperación en salud pública.

Quizás haya contribuido también a facilitar la cooperación el hecho de que sólo tres países americanos, Brasil, Haití y Estados Unidos, tengan cada uno un idioma diferente y que todos los países restantes seane habla hispana. Es cierto que América tiene sus dificultades lingüísticas propias, pero no existe en este Hemisferio la amplia diversidad de idiomas que caracteriza a Europa y Asia. Además, el Hemisferio Occidental ha estado unido, desde el primer momento, por la común tarea de explorar un mundo nuevo. Esto dió a su población una mentalidad precursora que no se asusta de abrir nuevos caminos.

Los sólidos cimientos de acuerdo entre los países, en que se basa la historia de la Oficina Sanitaria Panamericana, se reforzaron todavía más cuando ésta adquirió el carácter de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Los países americanos pasaron a ser parte integrante de la Organización Mundial de la Salud, pero, en lo que respecta a sus propios problemas regionales, conservaron el sentido de constituir un grupo de firme cohesión.

La incorporación a la OMS dió a los países de las Américas una doble seguridad. Por una parte pertenecían a la Organización Sanitaria Panamericana, de carácter regional, y por otra, a la Organización Mundial de la Salud, de carácter universal. Los dos únicos países que aun no han ingresado en este doble conjunto son Canadá y Colombia, pues Colombia pertenece solamente a la Organización Sanitaria Panamericana y Canadá sólo es miembro de la Organización Mundial de la Salud. Hay motivos para confiar en que tal estado de cosas se resuelva por sí mismo y en que todos los países ocupen esa doble posición que permite permanecer unidos dentro del Continente y reconocer la asociación de éste con el resto del mundo.

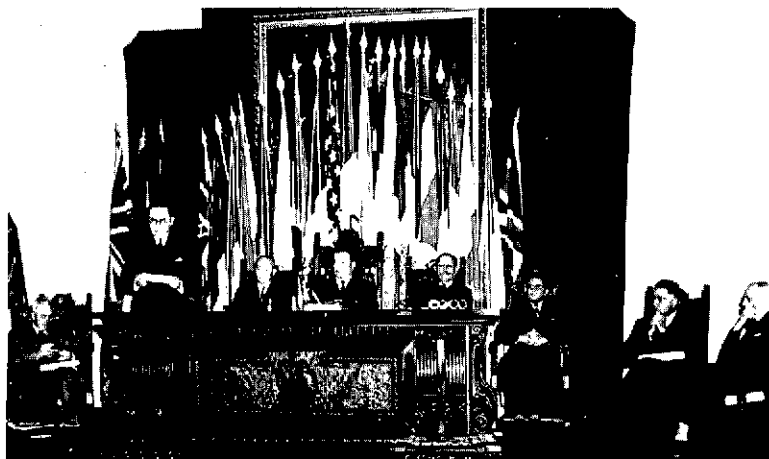
Sobre estos antecedentes de unidad geográfica, las naciones del Continente Americano han desarrollado, durante el último medio siglo, una firme determinación de trabajar juntas. Nunca es fácil un esfuerzo conjunto entre naciones soberanas, pero los países del Hemisferio Occidental van perfeccionando gradualmente, por medio de la Oficina Sanitaria Panamericana, las difíciles técnicas de la cooperación internacional en cuestiones relacionadas con la salud.

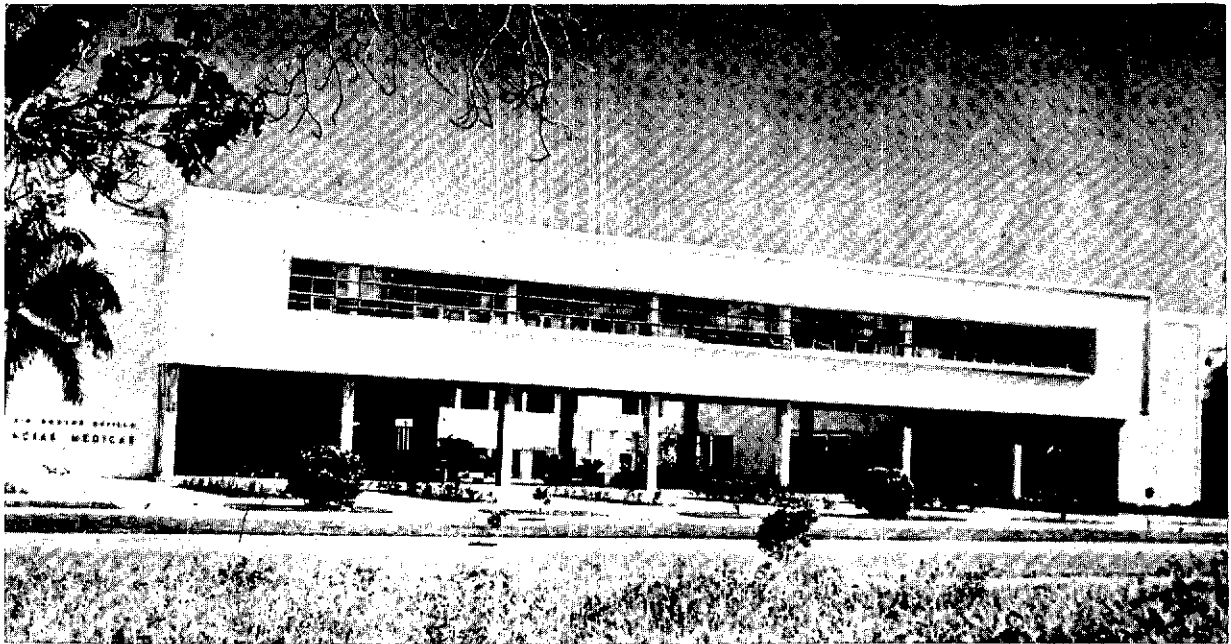
### Una nueva etapa

Para dar idea de la eficacia de las técnicas de salud pública relativas a todo un continente, se pueden citar los recientes esfuerzos de la Conferencia para obtener un cuadro estadístico de las condiciones sanitarias en todos los países de esta parte del mundo. Ya en la III Reunión del Consejo Directivo, celebrada en Lima en octubre de 1949, se planteó la necesidad de unificar los informes de los Estados Miembros sobre sus condiciones sanitarias. Se aprobó entonces una resolución recomendando a la XIII Conferencia, que se había de celebrar en 1950, que aconsejase a los Estados Miembros la presentación, en cada Conferencia Sanitaria Panamericana, de un informe escrito, preferentemente de carácter estadístico, sobre la labor realizada en el período comprendido entre dos Conferencias.

Aunque algunos países atendieron esta petición, un año de plazo no fué suficiente para que todos pudieran presentar esos informes a la XIII Conferencia. Sin embargo, ésta recogió las recomendaciones del Consejo Directivo insistiendo, con considerable detalle, en la necesidad y urgencia de que los Estados Miembros informasen acerca de la labor que realizan para mejorar la salud de sus pueblos.

III Reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana.  
Lima, Perú, octubre  
1949.





XIII Conferencia Sanitaria Panamericana. Ciudad Trujillo, República Dominicana, 1-10 octubre de 1950. Las sesiones se celebraron en el Edificio de Ciencias Médicas de la Universidad de Santo Domingo.

Gracias a estas resoluciones y a la considerable actividad desarrollada por la Oficina, la XIV Conferencia, celebrada en Santiago, Chile, recibió un informe estadístico y narrativo. Después de examinarlo minuciosamente, declaró que era "un valioso documento para conocer los problemas de salud de las Américas y para coordinar los programas de salubridad", ya que contenía "informes estadísticos sobre población, natalidad, mortalidad, morbilidad por enfermedades transmisibles, personal y organización de servicios de salubridad y descripción de algunos programas."

Como era evidente que, por las diferencias en las definiciones y en los procedimientos seguidos por los distintos países, los datos contenidos en estos informes aún no eran estrictamente comparables unos con otros, la Conferencia decidió también recomendar a los Estados Miembros que: (a) iniciaran de inmediato el mejoramiento de estos datos estadísticos, de acuerdo con las recomendaciones de los organismos internacionales; y (b) que alcanzaran un acuerdo para ampliar la información estadística que debieran contener sus informes a la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana, y que determinaran los procedimientos para obtenerla y los métodos para asegurar su comparabilidad internacional, con la activa cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana y por medio de seminarios y otras actividades destinadas a intercambiar ideas y procedimientos.

Estas estadísticas sanitarias relativas a todos los países, junto con numerosas intervenciones, ante la Conferencia de 1954, de destacados expertos continentales en materia de salud pública, constituyen un material de inestimable valor para la futura planificación de los programas.

En 1954, la Oficina se encontró ya en buena posición para asumir nuevas responsabilidades. Había llegado a una etapa de consolidación en la que los fondos ingresaban con regularidad. Es más, estos fondos se invirtieron durante el año en un programa bien elaborado, y con toda probabilidad de que éste se pudiera continuar en lo sucesivo en el mismo grado de extensión.

Aunque los fondos con que cuenta la Oficina proceden de diversas fuentes, se ha demostrado que este financiamiento múltiple puede operar con eficacia. En el mismo año, 1954, la Oficina cooperó con éxito con otras organizaciones importantes que actuaban en la misma esfera o en otras afines, y según todos los indicios, la nueva información de que se disponía se podía aprovechar plenamente.

También en 1954, quedaron cubiertos todos los principales cargos de la Oficina. Como ejemplo especial puede citarse el de Subdirector, que fué provisto en el mes de mayo tras haber permanecido vacante durante casi un año. En general, para 1954 la Oficina había alcanzado una etapa en la que todo indicaba la posibilidad de realizar rápidos progresos.

## La ofensiva contra las enfermedades

### Las técnicas de erradicación

Además de persistir en sus esfuerzos para recibir una información completa sobre las condiciones sanitarias en todos los países, la Conferencia de 1954 renovó la recomendación de la Conferencia de 1950 sobre la erradicación de la malaria. Esta recomendación insistía en que se avanzara en la campaña de erradicación de la malaria en el Hemisferio Occidental.

Se pidió a los Estados Miembros que extendieran sus operaciones de control de la malaria hasta transformarlas en campañas de erradicación, y se dieron instrucciones a la Oficina para que desarrollara un programa de erradicación de la malaria en el Hemisferio.

En numerosos países del mundo la malaria ha causado graves estragos a la salud humana durante miles de años. En muchas regiones esa enfermedad siglo tras siglo, ha quebrantado la agricultura, dificultado el progreso e impedido el desarrollo nacional al incapacitar a los trabajadores e incrementar las tasas generales de mortalidad. La demostración realizada en el Brasil, a principios de la cuarta década de este siglo, de que el mosquito de la fiebre amarilla puede ser completamente erradicado condujo a aplicar la técnica de la erradicación a la solución de los problemas maláricos especiales, primero en el propio Brasil y más tarde en Egipto.

La desaparición en el Brasil, en 1939-1940, del *Anopheles gambiae*, mosquito malárico invasor y pernicioso, a consecuencia de una campaña de rociamiento bien organizada, y el advenimiento, alrededor de 1947, de un insecticida todavía más potente que los usados hasta entonces, el DDT, vino a confirmar plenamente la eficacia de las técnicas de erradicación.

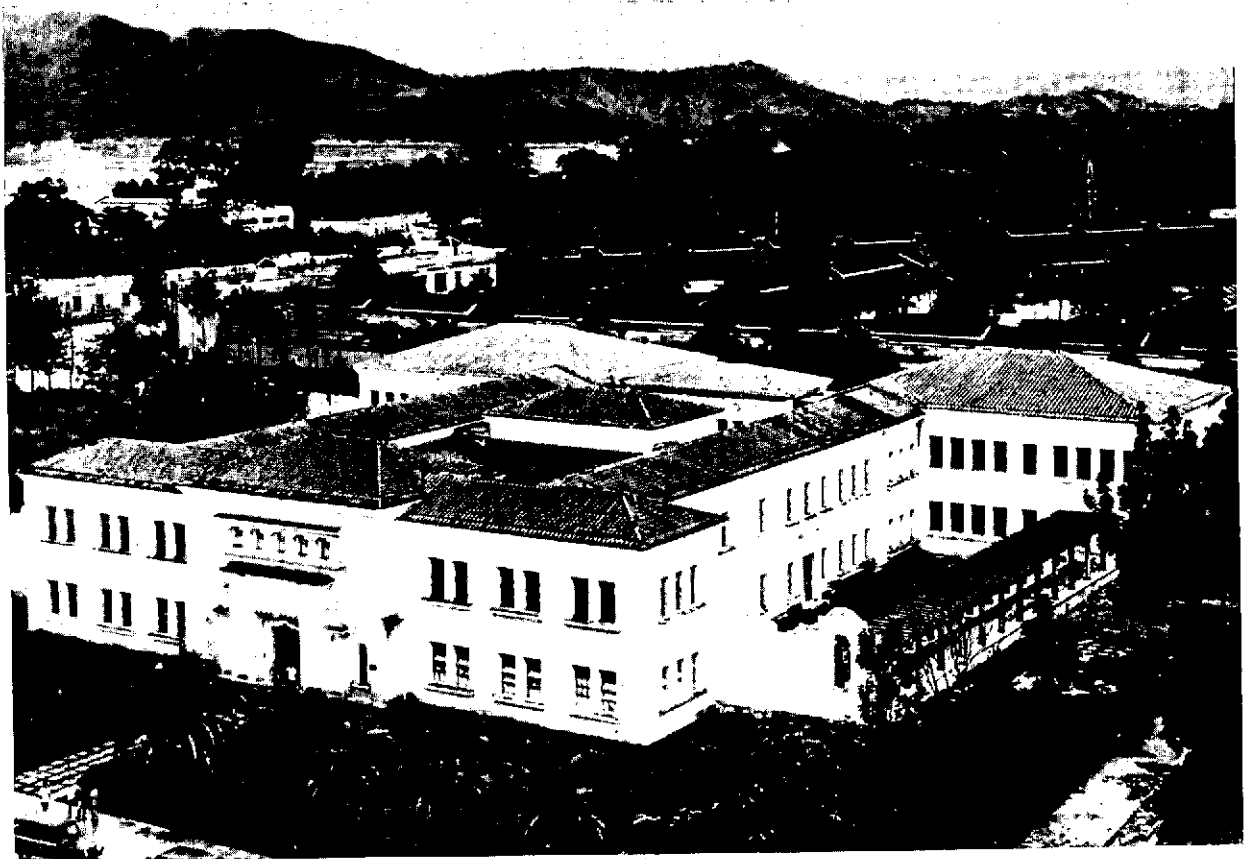
Para tener éxito, la erradicación se ha de convertir en un programa que experimente una expansión continua. En 1947, el Brasil propuso que la Organización Sanitaria Panamericana encabezase las actividades encaminadas a exterminar en América el mosquito doméstico de la fiebre amarilla, el *Aedes aegypti*. El empleo del DDT, como insecticida de acción residual en las viviendas, es eficaz contra los mosquitos transmisores de la fiebre amarilla urbana y de la malaria. Hoy pueden erradicarse ambas enfermedades.

Cabe esperar que la erradicación de la malaria en las zonas rurales de los trópicos surta efectos más profundos elevando la salud y el nivel

económico de esas zonas que los que produjo, hace varias décadas, la eliminación de la fiebre amarilla en los puertos y ciudades infestados. Por primera vez, cuenta hoy el mundo con un método económico y eficaz de ataque contra la malaria, método que se puede estandarizar y aplicar confiadamente en las regiones maláricas de las Américas. Los Estados Unidos y todos los demás países de este Hemisferio que se van viendo libres de esa enfermedad tienen un interés directo en los programas de erradicación correspondientes a otras naciones.

Es evidente que todas estas campañas de erradicación tienen repercusiones internacionales. Un programa como el de la erradicación de la malaria que debe expandirse constantemente, no puede detenerse hasta que haya conseguido su objetivo en el mundo entero.

En la parte II de este informe se da cuenta, programa por programa, de las actividades que actualmente se desarrollan en el control de insectos, tanto de la malaria como de la fiebre amarilla, pero no se debe dar por terminada esta materia aquí sin hacer constar que lo que ha ocurrido con la malaria acontece también con otras muchas enfermedades de importancia. La frambesia, la sífilis, la viruela y la tuberculosis se encuentran también camino de su desaparición. No quiere decir esto que se vayan a extinguir por sí solas, ni que no puedan reaparecer, pero sí que quiere decir que las técnicas de erradicación encuentran hoy un campo de aplicación cada día más amplio. Ello permite vislumbrar una nueva era libre de enfermedades que en otro tiempo fueron desastrosas para el género humano.



Vista aérea del edificio de la División de Malariología, de Maracay, Aragua, Venezuela, en el que se celebran todos los años cursos sobre erradicación de la Malaria.

## El nivel cero

Algo psicológico ocurre a los trabajadores sanitarios cuando surge una posibilidad definida de que la incidencia de una enfermedad se pueda reducir a cero. El efecto psicológico se condensa en el aforismo según el cual nada estimula tanto como el éxito. El conseguir un índice cero sitúa a las fuerzas sanitarias en una posición firme e inexpugnable. Los progresos se miden desde cero hacia arriba, en lugar de medirlos desde 100 hacia abajo. Es algo así como una mala costumbre definitivamente perdida, en lugar de una mala costumbre vencida sólo en parte. En vez de luchar contra un enemigo en perenne presencia, la victoria es completa porque el enemigo ha desaparecido. El siguiente paso consiste en impedir la reimportación de la enfermedad, extendiendo las campañas de erradicación a los países vecinos.

El nivel cero motivó nuevas orientaciones en la reglamentación sobre la cuarentena. Enfermedades que desde hacía largo tiempo venían siendo descuidadas por las medidas de cuarentena volvían a presentarse como peligrosas en el tráfico internacional. Un ejemplo de esto es el caso de la malaria en los Estados Unidos. Mientras en este país hubo malaria, su introducción no era excesivamente alarmante porque, de todas formas, la enfermedad se encontraba ya presente. Pero, en cuanto se llegó al nivel de extinción, adquirieron nueva importancia las disposiciones encaminadas a impedir su importación.

En relación con esto conviene recordar que la rapidez de los medios modernos de transporte elimina la salvaguardia que antes constituía la brevedad del período de incubación. En la fiebre amarilla transcurre de tres a seis días desde la inoculación de la infección por el mosquito hasta que se manifiestan los síntomas en el paciente. En esos tres días, el enfermo, desapercibido de su verdadero estado, puede fácilmente trasladarse en avión a un país distante que continúe infestado por mosquitos *Aedes aegypti*, aptos para difundir la infección acarreada por el viajero. El avión cubre en pocas horas distancias que los barcos de vela, e incluso los vapores de no hace muchos años necesitaban semanas para recorrer.

Las tácticas de erradicación o de exterminio final de las enfermedades se aprecian aún mejor si se consideran como parte de otro plan de acción, todavía más amplio, comprendido por todo el mundo: la promoción del bienestar humano. Ese bienestar no es nunca, del todo, una cuestión de economía; pero tiene frecuentemente una sólida base económica. Cuando una ciudad anteriormente empobrecida por sus plagas periódicas se convierte en un lugar sano para vivir, con un buen servicio de abastecimiento de aguas y de alcantarillado, una de las consecuencias es el incremento de la prosperidad. Algo así está ocurriendo hoy en las áreas rurales.

Los programas de recuperación de terrenos se conocen de antiguo en el nuevo mundo. Regiones tras regiones han sido abiertas para vivir en paz, pero todavía es mucho lo que queda por hacer, especialmente en las zonas tropicales, y otras interiores, en que los vectores de enfermedades se hallan firmemente atrincherados. En cualquier colectividad, el mejoramiento de las condiciones sanitarias eleva el nivel de vida. Una campaña en pro de la buena salud se presta a la integración con otras campañas pacíficas, tales como las destinadas al mejoramiento de la vivienda, al de los métodos de cultivo, al de la instalación de buenas escuelas, al desarrollo del bienestar colectivo y al aumento del grado de seguridad.

En la labor de la Oficina se reconoce claramente la necesidad de mantener un equilibrio entre los programas que tienden a la erradicación y aquéllos que promueven las actividades normales de los departamentos de sanidad. Ambas clases de programas reciben atención preferente por parte de la Oficina. Reconoce ésta también que lo más importante en toda lucha contra las enfermedades son los conocimientos: los conocimientos de la causa y método de propagación, de la incidencia y movimiento de la enfermedad; reconoce, por último, la necesidad de que esos conocimientos sean asimilados por un personal bien adiestrado.

Es igualmente necesario dejar abierto el camino a nuevos descubrimientos y hacer posible su utilización cuando se llegue a disponer de ellos.

En los primeros tiempos de la salud pública, la cuarentena se basó en la simple observación de que las enfermedades epidémicas suelen presentarse a raíz de la llegada de barcos con enfermos a bordo. Durante algún tiempo, la cuarentena se consideró casi como un remedio universal, pero su ciega aplicación resultó ser defectuosa y cara.

Los Estados Americanos fueron los primeros en reconocer que los tratados sanitarios internacionales requieren organizaciones internacionales que los hagan eficaces; y que no bastaba con la compilación y diseminación de datos sobre la presencia de enfermedades epidémicas. Por eso, adoptaron medidas para la prestación de ayuda, en los estudios sobre las epidemias, donde quiera que estas ocurrieran y para la colaboración de la Oficina en el control de las mismas. Los Estados Americanos reconocieron asimismo que la Oficina debe ser financiada con las contribuciones aportadas por los Estados Miembros; que debe ser esencialmente un organismo cooperativo, controlado por las autoridades sanitarias de los Estados Miembros a través de la Conferencia Sanitaria Panamericana; y que en este Hemisferio las campañas de erradicación requieren la actitud vigilante de los departamentos de sanidad.

### **El fortalecimiento de los departamentos de sanidad**

En la actualidad, la mayor parte de los departamentos de sanidad tienen que promover el bienestar materno-infantil, mantener laboratorios de salud pública, preparar vacunas, así como otros productos biológicos, y resolver problemas de eliminación de aguas servidas y abastecimiento de aguas. Estas son algunas de las principales actividades, además de la lucha inmediata contra las enfermedades transmisibles.

Todo departamento de salud pública necesita, actualmente, los servicios de entomólogos, bacteriólogos, químicos, veterinarios, ingenieros sanitarios, nutricionistas y enfermeras. En el programa de un departamento sanitario moderno han de figurar muchas actividades distintas de aquellas directamente relacionadas con la erradicación de las enfermedades. Un departamento así debe ser, a un tiempo, flexible y suficientemente complejo. Ha de tender tanto al control como a la erradicación. Está por una parte la labor del día y, por otra, la precisión de edificar para el futuro. Estas necesidades requieren una organización bien montada y perspicaz.

La Oficina ha tenido siempre presente este amplio alcance de los trabajos de salud pública. En la actualidad participa activamente en más de cien programas especiales, cada uno de ellos con un presupuesto definido.

Tiene especialmente interés en apoyar aquellas actividades que mejoran la salud en el seno del hogar. Aunque se reconoce claramente la necesidad de que existan grupos y organizaciones profesionales, la Oficina subraya además la urgente necesidad de disponer de personal auxiliar de salud pública. Se hará más amplia referencia a este aspecto en las siguientes secciones relativas a educación.

En su política fundamental de fortalecer los departamentos nacionales de salud pública, la Oficina no realiza una gestión directa. Es más bien un centro de intercambio de información, de coordinación y de estímulo para las autoridades sanitarias de todos los países del Hemisferio Occidental. Pero la responsabilidad final corresponde a los Gobiernos. Estos son los únicos que tienen autoridad y poder para organizar la labor sanitaria sobre unas bases permanentes. La Oficina actúa únicamente a solicitud y con el consentimiento del Gobierno del país en que se han de realizar las actividades.

No hay ningún caso en que la Oficina promueva unas actividades paralelas, en competencia con los departamentos de salubridad. Los consultores facilitados por la Oficina trabajan en estrecha colaboración con dichos departamentos. En muchos casos son funcionarios de salud pública pertenecientes al departamento de sanidad de otro país. Lo que la Oficina se propone especialmente es hacer llegar a cada país los beneficios de la experiencia de todos los demás países.

Por encima de todo, la Oficina se esfuerza en canalizar la ayuda técnica y los conocimientos científicos a fin de que en la labor que se realice se aprovechen todos los conocimientos disponibles, cualquiera sea el lugar del mundo de donde procedan. Por esta razón existe un constante impulso hacia una organización cada vez más perfecta, que sea capaz de utilizar los procedimientos científicos existentes.

La Oficina Sanitaria Panamericana no es un fin en sí misma, sino un medio para intensificar los esfuerzos sanitarios de cada País Miembro. En último análisis, solamente los Gobiernos cuentan con poder administrativo y únicamente ellos pueden promulgar leyes, establecer impuestos y aplicar los fondos resultantes en una forma que eleve la labor sanitaria por encima de toda situación provisional y la transforme en una estructura permanente del Estado.

## Actividades educativas

### Los hábitos de la población

Durante todo el año 1954 se asignó especial importancia a diversos tipos de actividades educativas. En esa labor el público participa activamente. El público y los funcionarios de salud pública pertenecen, por igual, a un mismo ejército, y libran las mismas batallas contra unas mismas enfermedades. Aquél y éstos se encuentran comprometidos por igual en una lucha continua en pro del mejoramiento de la salud.

En cierto sentido pudiera decirse que el público representa a la tropa. Necesita que lo dirijan los oficiales sanitarios altamente adiestrados que, encargados de las diversas divisiones del departamento de salubridad, consagren toda su vida a la protección del público contra las enfermedades y a





Escuela de Medicina en San Juan, perteneciente a la Universidad de Puerto Rico.

la elevación del nivel de salud. Este programa de las autoridades sanitarias concierne directamente al público, y, por esto, el público debe participar en él.

Hoy se reconoce que el hombre medio debe, en todo momento, buscar un asesoramiento experto. Cuando se siente enfermo necesita al médico, cuando se ve envuelto en un pleito necesita a un abogado, cuando experimenta anomalías psíquicas necesita a un psiquiatra y cuando su receptor de televisión no funciona necesita a un electricista. No tiene nada de extraordinario que el público acuda al departamento de salubridad en cuestiones de nutrición, saneamiento, y otros muchos aspectos relacionados con la salud en general. La vida es hoy tan compleja que nadie puede ser su propio experto.

Hay otro aspecto en el que el público está estrechamente identificado con la labor del departamento de salud pública. Lo que este departamento trata de hacer realmente es transformar los hábitos de la población, para orientarla hacia una vida más higiénica. Esta tarea es inevitablemente lenta. Requiere un esfuerzo educativo intenso y prolongado en el que la participación plena por parte del público es indispensable.

Incluso en tiempo de paz toda la sociedad se encuentra entregada a lo que pudiera denominarse una guerra contra la naturaleza. El hombre necesita protegerse contra los rigores de ésta. Por eso usa ropa para librarse del frío, construye hogares para refugiarse y lleva armas para matar a los animales peligrosos.

Uno de los aspectos de la batalla contra la naturaleza es la lucha contra la naturaleza humana. Todo el mundo tiene sus hábitos buenos a malos. Las autoridades sanitarias tienen el deber de facilitar el cambio de los hábitos de vida inconvenientes, a fin de que la vida pueda ser más segura. Si el control de las enfermedades se considera, como lo es en cierto sentido, una batalla contra la naturaleza y, también hasta cierto punto, una batalla contra la naturaleza humana, se verá claramente que los departamentos de salubridad tienen que prestar atención a la educación del público. Se deben realizar esfuerzos especiales para que el público aprecie las ventajas del saneamiento del medio, del que son ejemplo los sistemas de abastecimiento de aguas y las obras de alcantarillado.

Tras la educación del público, sigue en orden de importancia la tarea de incrementar constantemente la eficiencia de los técnicos dedicados a las actividades de salud pública poniéndolos en condiciones de estar al día en todas las cuestiones relativas a su profesión. Nada pierde actualidad tan rápidamente como un libro técnico. En una generación, e incluso en la década o dos décadas en que se concentra el período culminante de una vida, puede variar radicalmente el panorama científico. Los libros de la vieja escuela no reflejan la práctica actual. Se necesitan constantemente nuevas ediciones y revistas mensuales para mantenerse al tanto de todos los cambios de interés.

Una de las actividades en que se ha perseverado ha sido la publicación y distribución del *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, revista mensual bien documentada en cuestiones de salud pública y disciplinas afines. Este inestimable medio de intercambio de información pone a los trabajadores sanitarios de cada país al corriente de los progresos que se realizan, en la esfera de la salud pública, en otros países. Presenta, en el idioma del lector, las prácticas actuales en ese campo, que reflejan con precisión el estado actual de los conocimientos.

En las páginas de una revista de este tipo, el investigador de laboratorio explica el resultado de sus actividades a quien realiza trabajos de campo, y éste, a su vez, encuentra un medio en el que puede exponer los resultados de sus propias encuestas. Todos, por igual, pueden permanecer al tanto de la situación epidemiológica, de la que se presenta todos los meses un cuadro preparado por aquellos que tienen a su cargo la recopilación y la difusión de datos sobre estadísticas vitales. En consecuencia, los artículos que se publican todos los meses son de interés tanto por su información como por sus consideraciones de carácter científico.

La Oficina publica este Boletín desde mayo de 1922. En ese período, de más de 30 años, la publicación ha llegado a ocupar un lugar prominente entre las revistas de salud pública de todo el mundo. Desde enero de 1951 hasta fin de diciembre de 1954, la Oficina Sanitaria Panamericana estuvo encargada de traducir y publicar en español la *Crónica de la Organización Mundial de la Salud*. También publica los documentos oficiales de la Organización Sanitaria Panamericana y otros trabajos especiales, tanto impresos y folletos como libros. En la parte principal de este Informe se expone con mayor detalle la labor realizada este año en materia de publicaciones.

Aun es más palpitante que la información contenida en una revista, la que se intercambia cuando se reúnen en conferencia expertos de todos los países. Una de las actividades más antiguas de la Oficina ha consistido en promover y financiar reuniones internacionales. Revisten éstas diversas



Seminario sobre Erradicación de Insectos, celebrado en La Habana.

formas, desde la solemne y concurrida Conferencia Sanitaria Panamericana, que constituye la autoridad suprema de la Organización y se celebra cada cuatro años, con asistencia de delegados de todos los Países Miembros, hasta los congresos, conferencias, grupos de trabajo y seminarios de carácter más sencillo. La celebración de esas reuniones ha sido constantemente objeto de experimentación y mejora. En general, y esto es aplicable especialmente a los seminarios intensivos, en cada una de ellas se reciben nuevas enseñanzas que contribuyen a que la reunión siguiente sea más provechosa.

El intercambio de opiniones, las relaciones que se establecen e incluso las amistades que nacen en tales reuniones internacionales son de un valor inestimable. La Oficina Sanitaria Panamericana presta suma atención a sus responsabilidades en la organización, celebración y orientación de dichas reuniones. Una buena parte de su presupuesto debe destinarse y se destina a estas conferencias tradicionales y diversas, en las que la labor de cada país se acopla a un programa internacional coherente. Quienes participan, encuentran en ellas inspiración y enseñanzas. Actualmente se tiende a la celebración de más reuniones locales dedicadas al estudio de un problema especial, durante una o dos semanas de labor intensiva en un medio que invite a la concentración.

Además, la propia Oficina es una institución de valor educativo. Quienes trabajan en ella o en asociación con ella regresan a sus países con una visión más amplia de la salud pública como actividad internacional.

## El adiestramiento de personal

Con el acicate de los avances científicos y de la urgencia de controlar las enfermedades, el desarrollo de las administraciones sanitarias ha superado la capacidad normal de las instituciones docentes para preparar, en forma adecuada, un personal suficiente. En 1954, seguía existiendo un problema tanto de calidad como de cantidad. En algunas de las actividades menos técnicas, las deficiencias en cantidad se pueden vencer adiestrando rápidamente personal semiprofesional y así se ha hecho recientemente en algunos casos.

Sin embargo, para que la actuación de ese personal sea eficaz hace falta que esté sujeto a la supervisión de profesionales. Médicos, ingenieros y enfermeras han asistido a cursos de ampliación de estudios para ponerse en condiciones de supervisar la labor de los auxiliares semiprofesionales. Pero, aun así, la demanda supera manifiestamente a las disponibilidades existentes. A menos que se remedie esta situación, las actividades de salud pública perderán ímpetu o incluso se paralizarán por falta de personal competente para ocupar los puestos directivos.

Como para la preparación de profesionales se necesitan de cuatro a siete años, es preciso ampliar las escuelas ahora para hacer frente a las necesidades del futuro previsible. Por ello, la Oficina ha cooperado con los países mediante la organización de seminarios y cursos especiales de adiestramiento, la concesión de becas y la prestación de ayuda a las escuelas para que amplíen sus cursos. Se han facilitado profesores, asesores sobre planes de estudios y organización, así como material de enseñanza.

Se han realizado estudios especiales de los requerimientos de la educación médica en la América Latina, y se ha establecido en la Oficina un Centro de Información de Educación Médica. El Centro facilita el mutuo intercambio de información entre los importantes organismos que colaboran en la educación médica en esta Región. También se ha prestado ayuda mediante la concesión de becas a profesores y facilitando los datos más recientes sobre mejoras en los planes de estudios. Se ha encarecido a las escuelas de medicina que establezcan cursos sobre medicina preventiva, o los amplíen si ya los tienen establecidos.

A medida que los departamentos de salubridad van incrementando sus actividades, se necesita constantemente mejorar y ampliar los medios y servicios para la formación de administradores de salud pública. En esta esfera, los instrumentos principales son las mejoras en los planes de estudios y la concesión de becas. Se ha prestado ayuda a tres importantes escuelas de salud pública latinoamericanas para coordinar sus planes de estudios; se les han proporcionado profesores y subsidios de viaje para los miembros de las facultades. También se han concedido subsidios de viaje a profesores de escuelas de los Estados Unidos, para que se pongan más al corriente de los problemas sanitarios, de los países de América Latina, y para que adapten sus planes de estudios a fin de atender los requerimientos de los estudiantes procedentes de esos países.

El Centro Interamericano de Bioestadística, de Santiago, Chile, que es hoy un centro regional de enseñanza, está reduciendo las deficiencias que existían en materia de adiestramiento en estadística sanitaria. El Centro se ha desarrollado bajo los auspicios de las Naciones Unidas, de la Oficina y



Seminario sobre Bioestadística, Santiago, Chile.

del Gobierno de Chile. La Oficina ha aumentado la facultad de dicho Centro y ha concedido becas para asistir a sus cursos.

En otras esferas, se han organizado cursos a corto plazo sobre control de insectos, funcionamiento de sistemas de abastecimiento de aguas, educación sanitaria y diagnósticos de laboratorio relativos a la tuberculosis, las enfermedades venéreas y la brucelosis. Los cursos sobre ingeniería sanitaria se han completado con prácticas de campo y seminarios. Consultores del personal de plantilla han prestado ayuda a escuelas de veterinaria de diversos países, y el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, administrado por la Oficina como parte del Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos (OEA/AT), ha organizado en Río de Janeiro un programa regional de adiestramiento en el control de la fiebre aftosa. En 1954, como en años anteriores, se celebró un curso internacional en Río de Janeiro y otro en Panamá.

Se han establecido normas básicas para la enseñanza de enfermería, especialmente en relación con las enfermeras graduadas y el creciente número de auxiliares, y se han adoptado medidas para completar la inadecuada preparación de muchas de las enfermeras que se encuentran prestando servicio. Se ha prestado ayuda para la ampliación de estudios de enfermeras graduadas por medio de congresos regionales de enfermeras y cursos para instructoras de enfermería. Se ha proporcionado asistencia a varias escuelas nacionales de enfermería para el fortalecimiento y la ampliación de sus planes de estudios sobre una base verdaderamente profesional, a fin de poder preparar enfermeras tanto para trabajar en hospitales e instituciones como en las actividades de salud pública.

Las becas constituyen uno de los medios más importantes para el adiestramiento de trabajadores sanitarios. Estas becas son para la preparación

del personal de determinados programas de campo, y para la de miembros o futuros miembros de las administraciones nacionales de sanidad. En 1954, se concedieron becas a 319 estudiantes procedentes de casi todos los países de la América Latina.

## Los programas generales

### Servicios

La Organización Mundial de la Salud facilita ciertos servicios técnicos centrales que son administrados, en lo que se refiere a las Américas, por la Oficina Sanitaria Panamericana. La Oficina recibe informes sobre la incidencia de enfermedades cuarentenables, para transmitirlos por cable a países vecinos y a la sede de la OMS, a fin de que se publiquen en los informes epidemiológicos semanales. Como servicio especial de la OMS para los puertos y la navegación, estos datos se transmiten a todo el mundo, mediante quince estaciones radiodifusoras, cuatro de las cuales facilitan un boletín diario. La Asamblea Mundial de la Salud ha adoptado un Reglamento Sanitario Internacional y se espera que lo reforme de tiempo en tiempo a la luz de los adelantos científicos. La Oficina, en representación de los Gobiernos que piden su cooperación, obtiene y envía radioisótopos y otras clases de material y equipo. También actúa como centro de recepción y tramitación de las solicitudes de becas.

Se han aprobado recomendaciones para uniformar la notificación de las enfermedades y causas de defunción. Entre otros servicios estadísticos, se recogen y publican estadísticas sanitarias y vitales, así como estudios internacionales basados en ellas.

La OMS ha establecido un sistema mundial para la estandarización de productos biológicos, y ha publicado la primera edición de la Farmacopea Internacional. La Organización Mundial de la Salud trabaja en el control internacional de las drogas toxicomanígenas; ayuda en los trabajos de investigación sobre narcóticos, alcoholismo y cuestiones afines; establece patrones para los agentes terapéuticos, profilácticos y de diagnóstico; y ha organizado centros internacionales para la poliomielitis, la influenza, la brucelosis y el estudio de la *Salmonella* y la *Escherichia* así como un Laboratorio Internacional de Referencia de los Grupos Sanguíneos y una Oficina de Investigaciones sobre la Tuberculosis.

### Los "proyectos"

Se ha comprobado que los "proyectos" constituyen el sistema administrativo más conveniente para cooperar con los gobiernos en la consecución de objetivos sanitarios. Con frecuencia, uno o varios expertos aportan a un programa un elevado nivel de conocimientos técnicos, para la solución de un problema o para el desarrollo de un programa gubernamental, procurando, al mismo tiempo, hacer llegar esos conocimientos técnicos al personal sanitario del país. En algunos casos, cuando es esencial para la enseñanza o para la práctica de demostraciones, se facilitan el material y equipo necesarios. Pero, aparte de tales casos, la Oficina no es una agencia de suministros. Estos los han de proporcionar los Gobiernos, La única organización inter-

nacional cuya finalidad preferente es facilitar suministros, que no existan localmente, es el UNICEF que, en tal forma, coopera en los proyectos sanitarios.

En 1946, la Oficina no tenía más que un proyecto de campo, pero éstos se elevaban a 115 en 1954. Tal desarrollo se debió no sólo a la expansión del Programa ordinario de la Oficina, sino a la organización del Programa Ampliado de Asistencia Técnica y a la participación del UNICEF en el campo de la salud pública.

Los proyectos son el medio principal para ayudar a los servicios locales de sanidad en la reducción de las tasas de las enfermedades. Los ya desarrollados que requieren una actuación continua se incorporan, casi invariablemente, a los programas nacionales. En el Apéndice I, página 177 aparece una lista completa de los proyectos que se encontraban en ejecución en 1954.

### La cooperación con otros organismos

El Instituto de Asuntos Interamericanos (IAI)-división regional para las Américas del programa de asistencia bilateral de los Estados Unidos (FOA)-desarrolló en 1954 un extenso programa de salud pública. Cuantitativamente, fué éste mayor que el de la Oficina (más de \$5,000,000) pero se han mantenido las relaciones convenientes y, con ello, se ha evitado en gran parte la duplicación de esfuerzos. Aunque fueron pocos los proyectos en que la Oficina y el Instituto de Asuntos Interamericanos participaron conjuntamente, ambos organismos tuvieron los mismos objetivos y en algunos casos cooperaron desarrollando proyectos que representaban diferentes fases de un mismo problema. A pesar de las diferencias en los métodos de operación, se ha establecido estrecha colaboración tanto mientras se preparan los proyectos en los diversos países como por medio de reuniones periódicas del personal de ambas instituciones, celebradas en Washington, en las que los programas de las dos organizaciones se discuten en líneas generales y se aclaran las dudas que surgen en las relaciones entre una y otra.

La Fundación W. K. Kellogg, muy activa en el campo de la salud pública y en el de la enseñanza, coordina su labor a través del Centro de Información de Educación Médica (CIEM) administrado, como ya se ha dicho, por la Oficina Sanitaria Panamericana. Dicha Fundación presta ayuda también a los trabajos sobre nutrición del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) y coopera por medio de subvenciones destinadas a la concesión de becas a miembros del personal de la OSP/OMS para estudios sobre nutrición, odontología, educación y administración de salud pública.

También la Fundación Rockefeller coordina su labor docente a través del CIEM. Ha trabajado con la Oficina y con los gobiernos en la organización de demostraciones y en la de congresos sobre enfermería y salud pública. El laboratorio de virus que la Fundación mantiene en Trinidad prestó un valioso servicio en el descubrimiento de la presencia de la fiebre amarilla en aquella isla, lo que permitió prever el brote de 1954.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), establecido en 1946 con la finalidad primordial de socorrer a los niños necesitados en los países devastados por la guerra, ha pasado a ser organismo permanente y opera en todo el mundo. El mejoramiento de la salud es tan esencial para la protección del niño que el UNICEF se vió muy pronto interesado en trabajos de salud pública. Por medio de un comité mixto establecido en 1949, se unifican

las orientaciones seguidas en las actividades del UNICEF y de la OMS. En las Américas han recibido la asistencia conjunta del UNICEF y de la Oficina varios proyectos de los gobiernos, relativos a la higiene maternoinfantil, a las vacunaciones en masa con BCG, a la frambesia, al control de la malaria y al saneamiento rural. Generalmente el UNICEF facilita suministros y la Oficina expertos y becas. Estos proyectos se coordinan con la Oficina Regional del UNICEF establecida en Lima, Perú, donde la Oficina Sanitaria Panamericana mantiene un asesor médico de la OMS adscrito al UNICEF/ORAL, y por medio de la colaboración del personal de campo.

Se están realizando los mayores esfuerzos para integrar los programas sanitarios financiados por el UNICEF en el programa general de salubridad de cada país participante. Como el UNICEF dispone de amplios fondos, cosa explicable por el interés que suscita el bienestar de los niños, y como esencialmente todas las mejoras en la salud redundan en el bienestar de la infancia, la cooperación entre el UNICEF y la Oficina es de la máxima importancia.

El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC), inició en 1949 un Programa Ampliado de Asistencia Técnica para los países insuficientemente desarrollados. En el Programa de la Oficina, los fondos de Asistencia Técnica han permitido el desarrollo de importantes programas sanitarios para los que no se disponía de otros recursos, particularmente en el campo de la administración de salud pública, el control de la tuberculosis, la erradicación de la malaria y el saneamiento del medio. Se facilitan más detalles sobre esta labor cooperativa, en la sección sobre organismos colaboradores, página 173.

Los organismos gubernamentales e internacionales han desarrollado lentamente un sistema para trabajar juntos en la integración de sus programas y en la coordinación de sus operaciones dentro del marco de un programa general. Aunque el sistema actual aún no ha llegado a la perfección, las estrechas relaciones que se han establecido en estos últimos años están facilitando el camino.

Los representantes de las administraciones nacionales de sanidad se reúnen periódicamente en los organismos directivos de las organizaciones sanitarias internacionales, para determinar el tipo y alcance de los programas que estas organizaciones pueden emprender para intensificar sus actividades. Las autoridades sanitarias nacionales, concededoras de los recursos y de los problemas de salud pública de sus países, y en consulta con el personal de las organizaciones internacionales, integrado también por expertos en administración sanitaria, realizan conjuntamente una labor eficaz elaborando y coordinando programas nacionales y regionales.

Por medio de este método, las relaciones entre las autoridades sanitarias nacionales y el personal de la Organización son cada vez más eficaces. La libertad de discusión, entre las autoridades nacionales y las internacionales, en la comparación de los métodos aplicados y de los resultados obtenidos en cada país, no sólo ha ampliado la visión del problema y aportado nuevos conocimientos de importancia para las autoridades sanitarias nacionales, sino que ha dado realce al valor de los expertos internacionales.

La labor sanitaria internacional es la expansión de los problemas nacionales, coordinándolos en campañas regionales que se extienden más allá



de las fronteras de cada país, a la vez que se fomenta el mejoramiento y la vigorización de las administraciones nacionales de sanidad. De ese modo, la labor sanitaria internacional desarrollada en las Américas, bajo la orientación de la Oficina, que cumple así los deberes que le impone su Constitución, va logrando, gradualmente, unos resultados cada vez mejores. La clave del éxito es la estrecha relación establecida entre los profesionales tanto en el plano nacional como en el internacional.

### Dos reuniones especiales

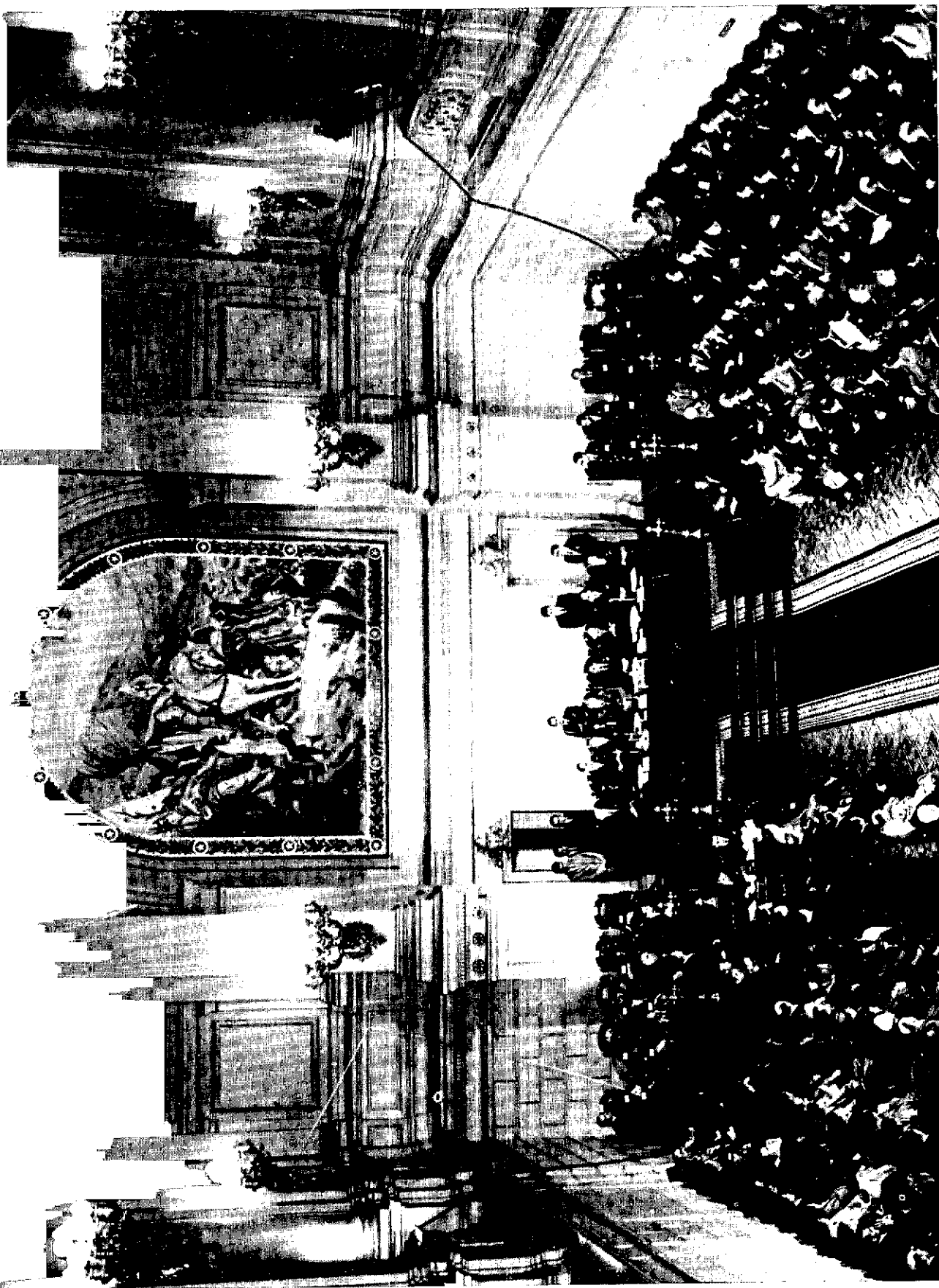
En América Central, el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), organizado en 1946 bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana e instalado, en 1949, en un edificio especial, se trasladó en 1954, después de un período de constante desarrollo, a un nuevo edificio facilitado por Guatemala. Se inauguró éste solemnemente, en la ciudad de Guatemala, el 11 de septiembre de 1954. Asistieron al acto el Presidente de la República, los Ministros de Salubridad de los países de América Central, el Presidente de la Fundación W. K. Kellogg, el Director General de la Organización Mundial de la Salud y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

En 1954, Nicaragua ingresó en el INCAP, elevándose así a seis el número de países miembros. El INCAP se estableció para fomentar el estudio de la nutrición y su aplicación en las Repúblicas de Centro América y Panamá. La seriedad de los problemas alimenticios y dietéticos de la región reclamaba esfuerzos cooperativos, especialmente para producir nuevas proteínas vegetales que suplieran la escasez de proteínas animales. En 1954 se dió a estos esfuerzos carácter permanente al dotar al Instituto de un nuevo local adecuado para la instalación de tan sobresaliente ejemplo de cooperación internacional. La labor del Instituto recibe un entusiasta apoyo, moral y financiero, de todos los países miembros, y cuenta con la generosa colaboración de la Fundación W. K. Kellogg. Se ha dicho del INCAP que es un claro exponente de cómo seis naciones, trabajando juntas, incluso en un campo tan técnico como el de la nutrición, pueden lograr más que cualquiera de ellas que actúe sola o las seis trabajando separadamente. En la parte principal del informe se dan detalles acerca de la labor de esta institución.

Una conferencia sobre fiebre amarilla, celebrada en Washington, D. C., el 21 y 22 de diciembre, bajo los auspicios de la Oficina, estudió la situación actual de dicha enfermedad en las Américas, su actual movimiento ascendente a través de la América Central, su invasión, internacionalmente peligrosa, de Puerto España, Trinidad, y la amenaza de futuros brotes en este Hemisferio. Asistieron a la reunión importantes personalidades del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, de los Servicios de Sanidad del Ejército, la Marina y la Aviación, de la Administración de Operaciones Exteriores y de la Secretaría de Estado de este país, de la Fundación Rockefeller, del *Gorgas Memorial Institute*, del Instituto Carlos Finlay de Bogotá, Colombia, y varios miembros del personal de la Oficina. Por celebrarse al finalizar el año, esta conferencia fué la culminación adecuada de los crecientes esfuerzos encaminados a poner freno a la amenaza de la fiebre amarilla y a estimular la erradicación del *Aedes aegypti* de las Américas.

En la Parte II de este Informe se hará una referencia más amplia a la situación de dicha enfermedad durante 1954.

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN 1954**



Sesión Inaugural de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada el 7 de octubre de 1954, en el Salón de Honor del Congreso Nacional, Santiago, Chile.

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN 1954

### Método de presentación

En este Informe, la labor desarrollada por la Oficina Sanitaria Panamericana, en 1954, se presenta en tres secciones que se refieren, respectivamente, a las enfermedades transmisibles, la administración de salud pública y las actividades de carácter educativo.

Una buena parte de la sección primera se destina al examen de los programas sobre la fiebre amarilla y control de insectos. Esta sección trata también de la viruela, frambesia, tifo y otras enfermedades tanto epidémicas como endémicas. El criterio en cuanto a todas las enfermedades a que se refiere la sección primera del Informe es que se deben someter a control y, a ser posible, deben ser exterminadas. En esta sección la palabra clave es ERRADICACION.

La sección segunda, relativa a la administración de salud pública, describe la actuación de la Oficina Sanitaria Panamericana en cuestiones tales como el saneamiento del medio, el abastecimiento de aguas, la eliminación de aguas servidas, la higiene maternoinfantil, la enfermería y la nutrición. En un servicio de salud pública, estas actividades tienen tanta importancia como la lucha directa contra las enfermedades transmisibles. Si está bien organizado, ha de prestar la debida atención a todas las actividades necesarias para mantener a una población en un buen estado de salud. La palabra clave de esta sección es INTEGRACION.

La sección tercera versa sobre el adiestramiento de nuevo personal y la cuestión, aún más difícil, de mantener debidamente informado a todo el que trabaja en el campo de la salud pública sobre las condiciones actuales de ésta en la zona atendida y los procedimientos científicos en boga. En esta sección se informa acerca de los programas de educación y becas, y la palabra clave es EDUCACION.

### Orden de urgencia

En el Continente Americano, las condiciones de vida son desiguales. Las divergencias resultan de la disparidad de las condiciones geográficas y de las diferencias de oportunidad. En América hay quienes obtienen lo indispensable para la vida valiéndose de métodos agrícolas primitivos, mientras otros trabajan en ocupaciones industriales que rinden los mayores ingresos del mundo. Hay grandes regiones con baja mortalidad infantil, pero hay también países enteros en que la tasa de mortalidad infantil sigue siendo elevada. Hay lugares en que el saneamiento del medio es excelente, mientras en otros subsisten condiciones bastante primitivas, con muy poca o ninguna higiene. En vista de la gran diversidad que existe, el Continente sigue siendo terreno abonado para la mayor parte de las enfermedades que sufre la raza humana.

Como es natural, todo intento de poner remedio a tal estado de cosas debe orientarse, en primer término, a las regiones que se encuentran en peor situación. Los trabajadores sanitarios se han de guiar por los datos epidemiológicos que reflejan cuáles son los puntos débiles. En los trabajos de salud pública, como en los de bienestar colectivo, la oveja perdida recibe mayor atención que aquéllas que se encuentran seguras en el aprisco. En todos los casos, la labor de salud pública se centra en las regiones en que la situación es más adversa, pero sería erróneo llegar a la conclusión de que todo el Continente está atrasado. Lo más acertado es concluir que la finalidad de todas las actividades de salud pública consiste en elevar a las regiones que están peor al nivel de aquellas que están mejor. La idea básica de la cooperación internacional es la protección mutua, y esa protección se consigue haciendo que cada nación viva segura y, al mismo tiempo, deje de ser un peligro para todas las demás.

## PARTE II - ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN 1954

### Indice

	Página
Enfermedades transmisibles	29
Administración de salud pública	71
Educación y adiestramiento	101



## ENFERMEDADES TRANSMISIBLES



## ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

	Pág.
<b>Control de las enfermedades transmisibles</b>	31
<b>Enfermedades transmitidas por mosquitos</b>	35
Fiebre Amarilla	35
Malaria	41
Programas de Control de Insectos	43
<b>La oncocercosis y el control de las mosca negra</b>	49
<b>Zoonosis importantes</b>	50
Hidatidosis	50
Brucelosis	50
Rabia	52
<b>Enfermedades bacterianas y parasitarias corrientes</b>	54
Difteria	54
Tifo	54
Esquistosomiasis	55
Treponematosis	56
Shigelosis	59
Anquilostomiasis	59
Lepra	60
Peste	60
Tuberculosis	61
<b>Otras enfermedades virales no transmitidas por mosquitos</b>	65
Viruela	65
Poliomielitis	67
Influenza	67
Fiebre Aftosa	68

## ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

### Control de las Enfermedades Transmisibles

El control representa la forma tradicional en que los departamentos de salubridad combaten las enfermedades transmisibles. Como se ha señalado anteriormente, con la colaboración de la Oficina se tiende ahora a la erradicación siempre que técnicamente sea posible. Ejemplo clásico es la eliminación de todo peligro de fiebre amarilla urbana en aquellos países donde el *Aedes aegypti*, el mosquito vector doméstico, ha sido erradicado. La fiebre amarilla selvática, cuando ocurre en monos, se transmite por especies de mosquitos que habitan en las copas de los árboles en la selva y que afortunadamente no invaden las ciudades. Las zonas urbanas libres de *A. aegypti* no se ven amenazadas por la infección selvática y no es necesario someterlas a restricciones de cuarentena.

Puesto que la erradicación continental del *A. aegypti* requiere programas coordinados, en 1947 se confió a la Oficina esta responsabilidad. Hasta la fecha, todos los países infestados, con excepción de los Estados Unidos y tres pequeñas islas del Caribe, han asumido la responsabilidad de iniciar campañas de erradicación. Las campañas de cada país están financiadas y dirigidas por su respectivo gobierno. Por medio de la Oficina se asignan asesores, se proporcionan ciertos materiales y se organizan cursos especiales de adiestramiento. En las campañas de erradicación del *A. aegypti* se ha registrado notable progreso.

La fiebre amarilla selvática presenta mayores dificultades. A pesar de haberse realizado varios estudios, no se han encontrado medios de control que resulten económicamente factibles, aparte de la vacunación y de la erradicación eventual del *A. aegypti*. Mientras tanto, la Oficina proporciona asistencia, incluso equipoy suministros, a los dos laboratorios sudamericanos, establecidos en Río de Janeiro y Bogotá, respectivamente, que se dedican a la producción de vacunas, y ha asignado expertos para que ayuden a estandarizar la preparación de vacunas y a aumentar la producción. En 1954 esos laboratorios prepararon 14,951,935 dosis, de las cuales se distribuyeron 2,169,335 a unos quince países latinoamericanos.

La peste, en las Américas, guarda cierta semejanza con la fiebre amarilla. Se propaga por medio de insectos (la pulga de ratas) y obliga a implantar medidas de cuarentena internacional en los puertos infectados. Puede eliminarse de las ciudades, pero continúa en las zonas rurales entre las ardillas y otros roedores. La cooperación de la Oficina durante muchos años ha sido un factor decisivo en la erradicación de la peste de los puertos de la América Latina.

La Oficina tiene también a su cargo la coordinación de programas nacionales para el control de la viruela conducentes a una campaña continental de erradicación. Se fomentó el desarrollo de una vacuna seca, resistente al calor y después se prestó ayuda a siete países para su producción local. Además, la Oficina ha colaborado con los Gobiernos en la realización de campañas colectivas de vacunación como parte de su labor sanitaria general.

El tifo transmitido por piojos sigue constituyendo un problema en cierto número de países. La Oficina ha cooperado en campañas de vacunación y de

despiojamiento con DDT desarrolladas en América Central y del Sur. Se prestó especial atención a los programas destinados a las poblaciones indígenas de la altiplanicie andina, donde los métodos standard, aunque satisfactorios, resultan demasiado costosos para la economía normal de la zona. Para atender a la necesidad de una vacuna que sea eficaz y económica, la Oficina colabora en el desarrollo y pruebas de campo de una vacuna viva. El éxito en esta labor aceleraría el comienzo de un programa de erradicación del tifo.

La enfermedad de Chagas constituye un problema rural generalizado en aquellas regiones de la América Latina, donde el nivel económico es bajo. La Oficina ha proporcionado consultores para que estudien el problema, ha estimulado a los gobiernos para la realización de programas educativos y ha colaborado en las campañas de control de insectos que incluyen el rociamiento contra los vectores triatomídeos. Aunque en 1954 no se encontraba en ejecución ningún programa contra la enfermedad de Chagas, se le sigue prestando constante atención.

A pesar de que en todos los países se realizan campañas de control, la tuberculosis continúa siendo un problema. La Oficina ha cooperado con los Gobiernos de seis países y con las autoridades de varias islas del Area del Caribe en el descubrimiento de casos, campañas de tratamiento ambulatorio, mejoramiento de los métodos de diagnóstico de laboratorio, demostraciones en

el hogar, programas de vacunación colectiva con BCG y educación del público. Después de adiestrar al personal local, estas campañas fueron incorporadas a los programas generales de las respectivas administraciones nacionales de sanidad. En los Estados Unidos, donde no se ha empleado la vacunación con BCG, las tasas de morbilidad y mortalidad se han reducido a un nivel tal que algunas autoridades prevén la posibilidad de lograr la erradicación.



Dos hermanos, víctimas de la frambesia (Haití)

Los estudios realizados recientemente indican que la lepra todavía constituye un problema en cinco países. Un consultor de la Oficina ha prestado servicios en un país para la ampliación de sus medios de control a fin de incluir en ellos el método relativamente nuevo del tratamiento ambulatorio con sulfonas, que quizás permita la supresión de las colonias aisladas para leprosos.

En Haití se realiza un programa de erradicación de la frambesia, cuyo éxito está casi asegurado. Por medio de una campaña de casa en casa, se ha logrado tratar a casi todas las personas infectadas y contactos administrándoles una sola dosis de penicilina,

lo que ha resultado eficaz para detener la transmisión. En lugar de ser una enfermedad rural manifiesta, ahora resulta difícil descubrir casos. La erradicación está ya a punto de lograrse en Haití. Se está extendiendo la campaña a otras zonas infectadas. La Oficina ha proporcionado personal internacional experto en frambesia y otras treponematosis, que ha colaborado con personal homólogo del país en la organización y ejecución de la campaña.

En las principales enfermedades venéreas, se concede importancia primordial al empleo de la penicilina, pero no se olvida la que tiene el diagnóstico. Este suele ser un paso esencial hacia la erradicación, si bien en ciertas circunstancias el tratamiento colectivo ordinario o el tratamiento de los casos sospechosos es más económico que el diagnóstico y conduce más rápidamente a la eliminación en masa de la infección.

La Oficina ha cooperado con dos países en el establecimiento de laboratorios que sirven de centros de adiestramiento para técnicos y ha proporcionado consultores a otros cinco países para ayudar en el mejoramiento de los métodos de diagnóstico. Mediante la ayuda de la Oficina, se han adiestrado numerosos médicos, técnicos de laboratorio y funcionarios de salud pública. La Oficina ha participado asimismo en un programa nacional de control en un país y en programas de carácter municipal en otro. Es de sumo interés la labor conjunta que se lleva a cabo en ambos lados de la frontera México-Estados Unidos, donde la incidencia de las enfermedades venéreas llegó a ser muy elevada.

La frecuencia de las enfermedades entéricas y de la infestación con anquilostomas guarda relación directa con las deficiencias de saneamiento del medio. Además de fomentar el desarrollo de unidades de ingeniería sanitaria en las administraciones nacionales de sanidad, la Oficina ha proporcionado los servicios de consultores para colaborar con los Gobiernos en la preparación y ejecución de modernos programas de saneamiento del medio.

Personal técnico proporcionado por la Oficina ha participado en los programas de control de la brucelosis, cooperando en el mejoramiento de los métodos de diagnóstico, la estandarización de las pruebas y la organización de cursos de adiestramiento. Se publicaron y distribuyeron en los países de las Américas los informes de los congresos internacionales y del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Brucelosis. En relación con el programa mundial de control de esta enfermedad, la Oficina realizó las gestiones necesarias para el establecimiento de tres centros de investigación en las Américas.

En años anteriores de ha fomentado la creación de laboratorios para la producción de vacunas antidiftéricas y antipertussis. Una vez terminada la instalación de esos laboratorios en cuatro países, se organizaron programas

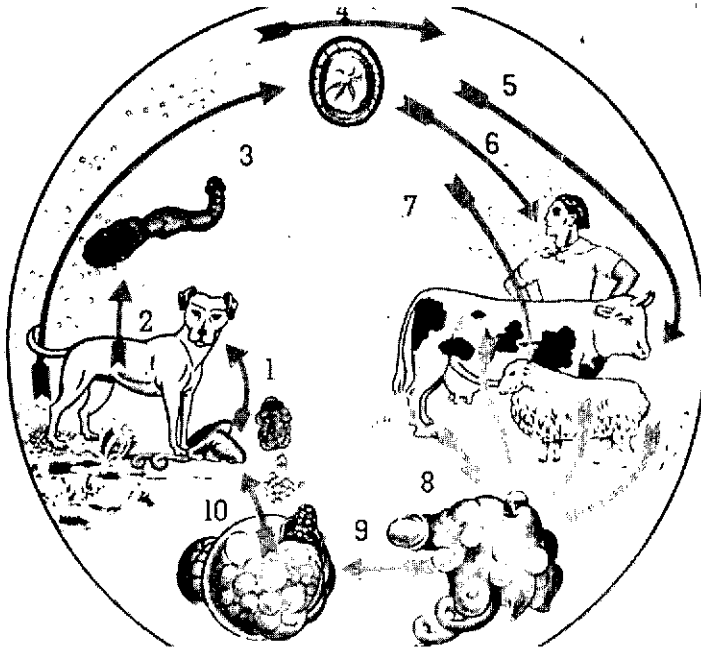


*Desmodus rotundus*, murciélago vampiro capturado en una cueva de Guadalupe, Nuevo León, México, a 100 millas de la frontera de Estados Unidos.

Foto E. P. Walker.

de vacunación colectiva para los niños. Se sigue prestando atención a los laboratorios de salud pública, aun cuando en 1954 no se encontraba en ejecución ningún programa relacionado directamente con esas enfermedades.

Mediante la designación de laboratorios nacionales como Centros de Influenza, la OMS estableció una red mundial para centralizar la información, determinar las cepas y planear métodos de control. La Oficina, en su calidad de organismo responsable de esa red en el Hemisferio Occidental, designó 17 laboratorios y un centro de referencia.



Ciclo de vida del parásito *Echinococcus granulosus* que causa la enfermedad hidatídica en el ganado y en el hombre. Esquema por el Centro de Investigación y Control de la Hidatidosis, de Montevideo.

Cuando es enzoótica en los murciélagos vampiros la rabia, peligrosa para el hombre, causa graves pérdidas económicas, debido a la muerte del ganado vacuno y caballar atacado por vampiros rabiosos. La Oficina ha prestado asistencia a los Gobiernos en la preparación de las campañas de control. Se proporcionaron los servicios de expertos encargados de asesorar a las autoridades en la preparación y prueba de vacunas de producción nacional. Se suministró equipo para la producción de vacunas, se demostraron métodos de exterminación de animales silvestres y se organizaron cam-

paññas colectivas de vacunación del ganado y de perros. La Oficina dedicó atención especial al estudio del ciclo de vida de los murciélagos vampiros y a los métodos de control de la rabia en los murciélagos.

La fiebre aftosa, muy frecuente entre el ganado en ciertas zonas de América del Sur, causa graves pérdidas económicas y afecta la nutrición al reducir considerablemente la producción lechera y de carne. En 1950, la Organización de los Estados Americanos solicitó de la Oficina, único organismo interamericano que cuenta con servicios de veterinaria, la preparación de un programa para un Centro Panamericano de Fiebre Aftosa que se financiaría con fondos proporcionados por la OEA. Con la colaboración del Gobierno del Brasil, se instaló este Centro cerca de Río de Janeiro y desde 1952 ha venido prestando servicios a los gobiernos mediante la preparación de personal de los distintos países y el asesoramiento en técnicas de prevención y control de la fiebre aftosa.

En las Américas, la esquistosomiasis, que se encuentra principalmente en el Brasil, Venezuela y el Área del Caribe, afecta en muchos casos al 90 por ciento de la población rural. La infección crónica prolongada constituye un importante problema económico-social. El Gobierno del Brasil, junto con los Institutos Nacionales de Higiene del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, y la Oficina, preparó en 1951 un proyecto en cooperación para

el estudio del caracol huésped y la realización de ensayos de moluscocidas. En vista del éxito logrado, en los pequeños proyectos pilotos, con la eliminación de los excrementos y el tratamiento del agua con moluscocidas, el Brasil ha emprendido un programa nacional de erradicación.

La hidatidosis, enfermedad parasitaria en el hombre y en los animales, representa un importante problema en la parte meridional de América del Sur y en Alaska. Transmitida por perros y otros animales, produce quistes que suelen causar la invalidez en el hombre y en el ganado. En años anteriores, la Oficina ha proporcionado información técnica y material educativo y en las zonas más densamente infectadas ha colaborado con los gobiernos en el desarrollo de un programa inter-países, para el estudio y control de esa enfermedad. Se han facilitado subvenciones para trabajos de investigación y cierta cantidad de material, así como los servicios de consultores en veterinaria de salud pública.

### Enfermedades transmitidas por mosquitos

Entre las enfermedades transmitidas por mosquitos se destacan la fiebre amarilla y la malaria. La Oficina colabora en las campañas de control de insectos que se realizan en más de veinte áreas y países. Con gran frecuencia una misma campaña se dirige contra dos clases de mosquitos, es decir, contra los que son portadores de malaria y contra los vectores de fiebre amarilla. Al estudiar los proyectos en detalle no se establece claramente una línea divisoria entre los trabajos dirigidos contra uno u otro mosquito. En ambos casos se concede atención preferente a la erradicación. La eliminación del *Aedes aegypti* del Continente Americano haría desaparecer el peligro de la fiebre amarilla urbana, lo mismo que el exterminio del *Anopheles*, mediante el rociamiento de las viviendas, está produciendo la desaparición rápida de la malaria.

Las campañas antimaláricas basadas en el rociamiento de las casas con DDT, de acción residual, que tan excelentes resultados producen, son igualmente satisfactorias contra el *A. aegypti*. Así, pues, las campañas de control de insectos contribuyen a la erradicación tanto de la malaria como de la fiebre amarilla. Todas las actividades combinadas de esta clase, en las que una sola estrategia defensiva conduce a más de un resultado favorable, redundan en beneficio de la población.

### Fiebre amarilla

La fiebre amarilla como enfermedad identificada sólo se conoce desde el descubrimiento de América. Durante los siglos XVIII y XIX, azotó al Nuevo Mundo como infección urbana y marítima, y aparecía principalmente en las zonas costeras y en los puertos.

En 1932 se identificó la fiebre amarilla selvática. Esta y la fiebre amarilla urbana son una misma enfermedad pero difieren en el modo de transmisión. La fiebre amarilla urbana es transmitida por el mosquito *A. aegypti*, que procrea principalmente en los depósitos artificiales de agua próximos a las viviendas. La fiebre amarilla selvática es transmitida por mosquitos que no se alejan de los bosques. Entre los mosquitos transmisores de la fiebre

AREAS EN QUE HAN OCURRIDO CASOS DE FIEBRE AMARILLA EN LA AMERICA CENTRAL  
E ISLAS DEL CARIBE, DE 1948 A NOVIEMBRE DE 1954



amarilla selvática se destaca el *Haemagogus spegazzinii falco*. Debido a esta diferencia en el agente transmisor, el descubrimiento de la fiebre amarilla selvática ha dividido la campaña contra la fiebre amarilla en dos aspectos distintos.

La reunión especial convocada en diciembre de 1954 por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, y a la que se hace referencia en la introducción de este Informe, se ocupó de la fiebre amarilla tanto urbana como selvática. Se concedió especial importancia a la presencia de la enfermedad en Puerto España y en Caracas, procedente de las zonas cercanas de fiebre amarilla selvática. Sólo cuando el mosquito de la selva y el de la ciudad actúan conjuntamente, el *Haemagogus* manteniendo vivo el virus en la selva, y el *aegypti* propagándolo de persona a persona en las ciudades, se pueden producir las temidas epidemias urbanas.

El *A. aegypti* no existe en las selvas de América. Sin embargo, en los centros urbanos no hay más vector efectivo de la fiebre amarilla que el *A. aegypti*, ya que el mosquito de las selvas no penetra en las ciudades. Esta situación unida al hecho de que no se conoce la forma de eliminar la fiebre amarilla selvática hace indispensable la erradicación del *A. aegypti*. La eliminación del único portador urbano de la enfermedad hará imposible la propagación de la fiebre amarilla selvática a las ciudades.

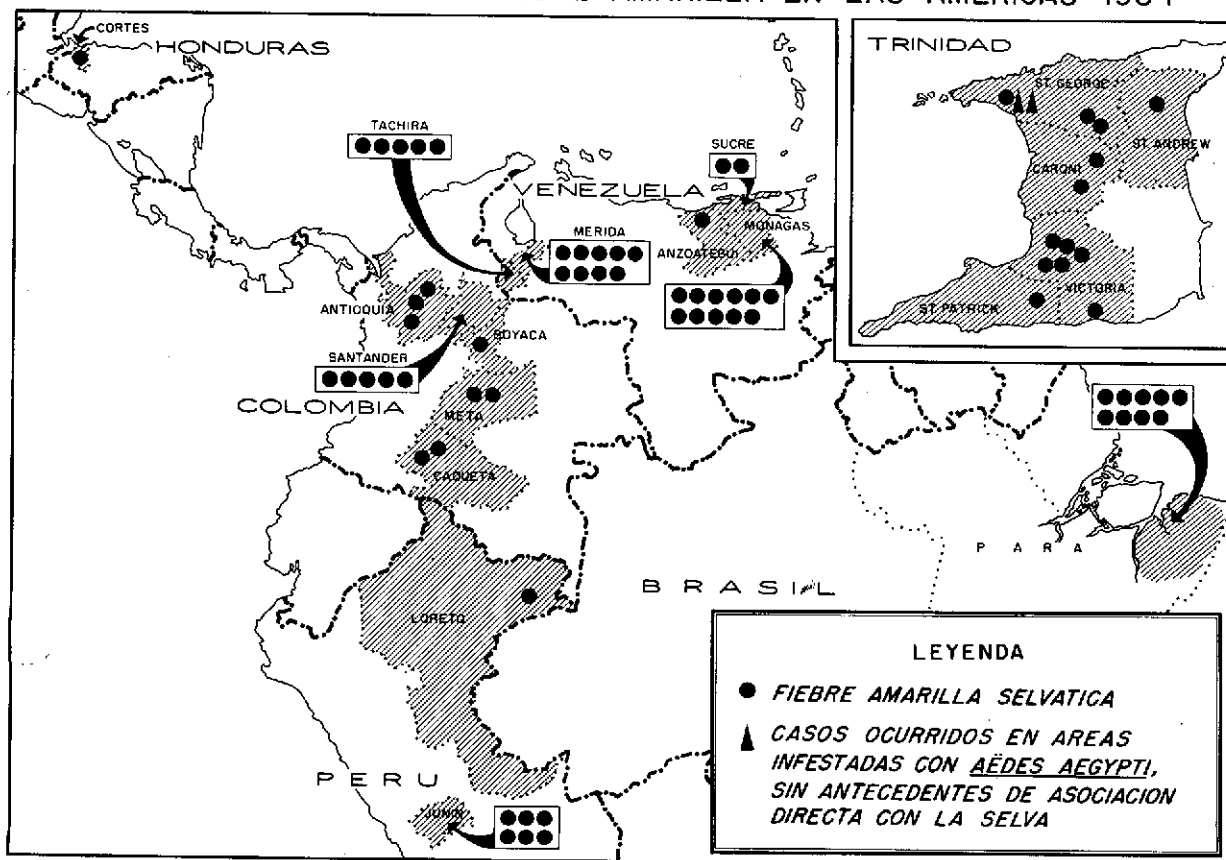
Preocupa a los especialistas de salud pública la forma en que durante los últimos años ha ido penetrando la fiebre amarilla en la América Central. Si no se detiene el avance de la fiebre amarilla selvática, existe el peligro de que los mosquitos urbanos comiencen su tarea allí donde se detienen los mosquitos de la selva. Un solo caso humano de fiebre amarilla, infectado en la selva, puede dar ocasión para ello al mosquito urbano.

El descubrimiento de un caso de fiebre amarilla en Puerto España, capital de Trinidad, ha hecho resurgir los antiguos temores. Esta conjunción de hechos aislados - un caso de fiebre amarilla en una ciudad portuaria y el firme avance de la enfermedad a través de la América Central - indica lo que podría suceder en muchos puertos norteamericanos donde aun abunda el *Aedes aegypti*. Una resolución aprobada a fines de año por la Sociedad Americana de Medicina e Higiene Tropical, reunida en Memphis, Tennessee, pone de relieve la situación. Dice así:

"Teniendo en cuenta que la fiebre amarilla epidémica que se presentó en Panamá, en 1948, ha ido avanzando de modo constante hacia el norte y ha aparecido recientemente en Honduras, amenazando los puertos del Caribe y del Golfo donde existe el *Aedes aegypti*; que la aparición de la fiebre amarilla en la isla de Trinidad en 1954 condujo a la imposición de medidas de cuarentena internacional de desastrosas consecuencias económicas; y que la llegada de un solo caso de fiebre amarilla a un puerto infestado, aun cuando se redujera al mínimo el peligro de diseminación por medio de medidas de urgencia, provocaría indudablemente reacciones nacionales e internacionales de graves consecuencias sociales y económicas.

La Sociedad Americana de Medicina e Higiene Tropical toma nota de la gravedad que en potencia encierra esta situación y encarece que se adopten las medidas adecuadas para reducir y, donde sea posible, erradicar el *Aedes aegypti* de los puertos infestados de los Estados Unidos".

#### CASOS NOTIFICADOS DE FIEBRE AMARILLA EN LAS AMERICAS-1954





En 1954 se notificaron setenta y tres casos de fiebre amarilla en las Américas, con la siguiente distribución: Colombia, 13; Honduras, 1; Perú, 7; Trinidad, 15; Venezuela, 28; y Brasil, 9. El diagnóstico de los nueve casos de fiebre amarilla selvática del Brasil, se hizo por el aislamiento del virus de la sangre de personas que tenían fiebre y vivían en la zona selvática al norte de Belem, y los demás casos fueron confirmados por el laboratorio. En la página opuesta figura la distribución de los casos por divisiones políticas de cada país y territorio.

El hecho más importante, en 1954, relacionado con la fiebre amarilla en las Américas, fué la reaparición de esa enfermedad en Trinidad tras una ausencia de 40 años.

En el mes de junio las autoridades sanitarias de Trinidad informaron que los exámenes sanguíneos ordinarios habían dado por resultado el descubrimiento de tres pruebas positivas de protección contra la fiebre amarilla en el ratón. Estas muestras sanguíneas procedían de la aldea de Milton, en Trinidad Central que se encuentra a alguna distancia de la costa este. La aldea tiene una población de 200 personas y esta muy cerca de la selva en la que abundan los "monos rojos" como los denominan localmente. Todos los individuos de los que se habían tomado dichas muestras tenían 18 años de edad y ninguno presentaba antecedentes sospechosos de fiebre amarilla, pero su trabajo los llevaba ocasionalmente a la selva.

El primer caso de fiebre amarilla selvática notificado en Trinidad ocurrió el 18 de abril en la aldea de Cumaca, 10 millas al este de Arima, condado de St. Andrew. Antes de terminar el año ocurrieron 15 casos confirmados, el último de ellos notificado en el mes de octubre. La distribución geográfica de esos casos se muestra en la inserción que aparece en el mapa precedente.

Por primera vez desde 1942, se notificaron en las Américas casos sin antecedentes de asociación directa con la selva, pero ocurridos en un área infestada de *A. aegypti*, uno en Puerto España y el otro en Laventille, ambos en el condado de St. Georges. A los fines del Reglamento Sanitario Internacional el 10 de septiembre se declaró a Puerto España área local infectada de fiebre amarilla y, de acuerdo con el párrafo 2 (b) del Artículo 6 de dicho Reglamento, la ciudad fué declarada libre de la enfermedad en diciembre, por haber transcurrido tres meses desde que se presentó el último caso.

Desde el comienzo del brote, la Oficina prestó la máxima cooperación posible a las autoridades sanitarias de Trinidad. El Director y otros miembros del personal visitaron la isla varias veces para asesorarla. Se asignó un consultor, con carácter temporal, a fin de que colaborara en la intensificación de la campaña de erradicación del *A. aegypti*, en el adiestramiento del personal local en las técnicas de vacunación y en el establecimiento de un servicio de viscerotomía para obtener especímenes de hígado. Se han proporcionado servicios de diagnóstico de laboratorio por medio del Instituto Carlos Finlay (Colombia) y el Instituto Oswaldo Cruz (Brasil). La Oficina gestionó también el suministro por medio de esos dos laboratorios, de vacuna contra la fiebre amarilla para una campaña general de vacunación en la isla, dirigida por las autoridades sanitarias locales. Hasta fines del año se había vacunado a más de 400,000 personas y se proyecta vacunar a 600,000 en una población aproximadamente de 683,000 habitantes.

Al final del año la situación relativa al *Aedes aegypti* en las ciudades importantes era satisfactoria, pero en ciertas zonas rurales y aldeas los índices eran todavía elevados.

Otro hecho importante en 1954 fué la presencia de fiebre amarilla en las vertientes de la altiplanicie del nordeste de Venezuela, donde no se había manifestado desde 1933.

El virus de la fiebre amarilla se encuentra activo en una extensa área del este de Venezuela. Pudiera propagarse aun más, puesto que las regiones selváticas se extienden más allá de los puntos en que ya se ha notificado la presencia del virus. Las autoridades sanitarias de Venezuela han procedido diligentemente a la vacunación de toda la población rural de la zona afectada. Por fortuna, se ha informado que las principales ciudades cercanas, Maturín, Barcelona y Cumaná, se encuentran ya libres del *A. aegypti*.

En el mes de octubre llegó por avión a Caracas un enfermo de fiebre amarilla procedente de la zona selvática próxima a Barcelona y Cumaná. Hasta entonces, no se había conocido ningún caso de fiebre amarilla transportado por avión y el hecho dió por resultado una intensificación de los trabajos de erradicación del *aegypti* en Caracas, donde, en algunos sectores, los índices alcanzaron un 50 por ciento. Se inició también una extensa campaña de vacunación. A fin de año se había logrado dominar la situación relativa al *A. aegypti* en la capital de Venezuela.

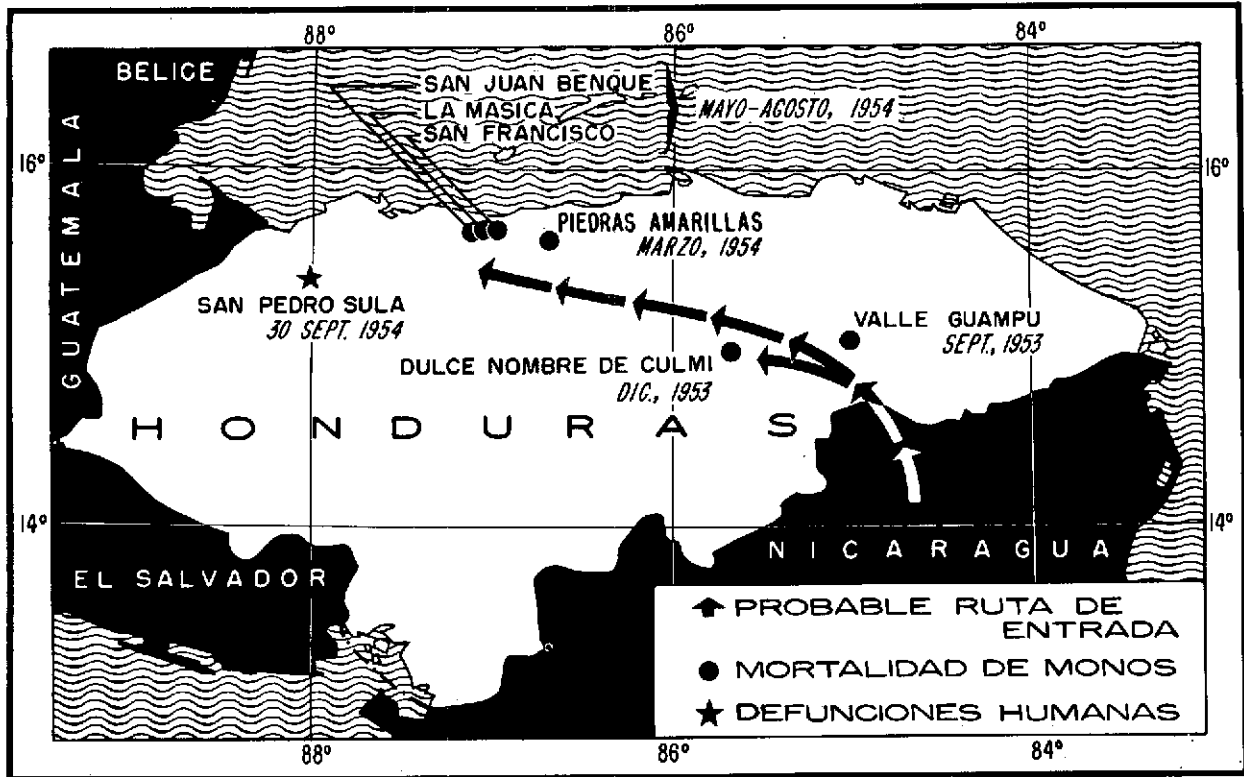
En Honduras, un individuo ingresó en el Hospital de San Pedro Sula el 28 de septiembre de 1954. Murió de fiebre amarilla el día 30, habiéndose establecido el diagnóstico por examen histopatológico. En esa época hubo intensas inundaciones en el Valle de San Pedro Sula, por lo que no fué posible averiguar los antecedentes del enfermo. Se inspeccionó dicha zona, pero no se descubrieron *A. aegypti*.

Todas las observaciones efectuadas en Honduras parecen indicar que la epizootia se introdujo en el país a lo largo del valle del Guampú. En septiembre de 1953 murieron algunos monos en la desembocadura del río Guampú y en diciembre del mismo año, se notificaron casos sospechosos en seres humanos y muertes de monos en la zona del Dulce Nombre de Culmi, situada en el nacimiento del río.

En marzo de 1954 comenzaron a morir monos en grandes números, en un lugar denominado Piedras Amarillas, aldea internada en las colinas de la selva a 25 kilómetros del sudeste de La Ceiba. En esa zona los monos quedaron prácticamente exterminados. De mayo a agosto murieron en las llanuras de La Masica, Benque y San Francisco. Así, pues, al parecer la epizootia llegó a la región de La Ceiba no por los estrechos llanos costeros, sino más bien moviéndose desde el sur a través de una ancha ruta en las estribaciones montañosas al sur de los Cerros de Cangrejal.

Un aspecto notable de este brote fué la muerte de monos en las llanuras de La Masica, en las proximidades de la cordillera. Si bien se ha encontrado el *Haemagogus spegazzinii-falco* en las colinas y en la vertiente septentrional que domina La Masica, las minuciosas investigaciones realizadas no han descubierto su presencia en las selvas devastadas ni en los matorrales de las llanuras, teatro de la última mortalidad de monos. Puesto que la especie de monos afectados por la enfermedad, *Alouatta palliata*, no tiene hábitos

## ESTADO DE LA FIEBRE AMARILLA SELVATICA EN HONDURAS-1954



migratorios acentuados que pudieran explicar una infección adquirida a varias millas de distancia del lugar en que mueren, es necesario tomar en consideración la posibilidad de que exista un vector nuevo, desconocido entre la abundante fauna de los llanos, o de que se haya producido una invasión de *Haemagogus spegazzinii* procedente de las montañas. Apoya esta última hipótesis el hecho de que no se generalizó la mortalidad, como cabría esperar, si se tratara de un vector local permanente, y que cesó espontáneamente, dejando grupos de monos supervivientes y al parecer sanos en una época en que no se había reducido la población de mosquitos culicinos.

Sin embargo, no puede descartarse la posibilidad de un nuevo vector. Está en ejecución un amplio plan de investigación del que forman parte una abundante captura de mosquitos, clasificación de las especies y conservación en hielo seco para la inoculación en ratones - en el *Gorgas Memorial Laboratory* - con objeto de descubrir el virus.

La Oficina Sanitaria Panamericana y el *Gorgas Memorial Laboratory* estudian tanto la inmunidad de los monos como las especies de mosquitos con la esperanza de lograr, anticipándose al movimiento de la ola, información sobre los vectores que existen en los lugares hacia donde es más probable que se extienda la enfermedad. El Valle de Ulúa, con su amplia área de tierras cultivadas o cenagosas y su escasez de vegetación selvática puede representar una barrera a la invasión de Guatemala por la ola epizootica. Pero en la extremidad septentrional del Valle, al norte del Lago Yojoa, existen restos de una selva que puede servir de pasadizo entre la cordillera al este y las montañas al oeste. Sin embargo, los valles de Negrito y Morazán han sido talados para la explotación de maderas y la colonización a tal extremo que se ha hecho difícil el avance de la enfermedad hacia el oeste.

Si la ola de fiebre amarilla pudiera superar este obstáculo y llegar a las estribaciones arboladas que hay al oeste del Valle de Ulúa, se extendería más hacia la zona de Petén en Guatemala y hasta Belice.

La Oficina prosiguió en cooperación con varios países, proporcionándoles servicios de diagnóstico de laboratorio y vacunas contra la fiebre amarilla, por medio del Instituto Oswaldo Cruz, de Río de Janeiro, y el Instituto Carlos Finlay, de Bogotá (AMRO-57, Brasil-51, Colombia-52).

## Malaria

Hasta hace poco tiempo la malaria representaba un gran obstáculo para el progreso en extensas regiones del Hemisferio al reducir el efecto beneficioso de los programas generales de salud pública. Desde la introducción de los insecticidas residuales la Oficina ha podido apreciar que su adecuado empleo ha hecho cambiar radicalmente los antiguos métodos de las campañas -que, debido a su alto costo, limitan la extensión del área bajo control - por otros que permiten a los países una solución económica y definitiva del problema de la malaria.

Por medio de los recursos tanto de sus presupuestos ordinarios como de los del Programa de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, la Oficina ha intensificado cada vez más sus campañas antimaláricas. Por lo tanto, ha sido posible colaborar con un gran número de países y territorios, la mayoría de los cuales han recibido además la colaboración del UNICEF, que ha proporcionado los materiales y equipo necesarios para las actividades de campo.

Algunos países han realizado notables adelantos en sus programas contra la malaria. Sin embargo, todavía existen extensas e importantes áreas del Continente donde la situación ha permanecido estática y en las que la malaria, con sus estragos, retarda todo progreso social y económico.

En las Américas, unos 135 millones de personas habitan en lo que pudieran denominarse zonas maláricas. Aproximadamente 60 millones (44.4%) de estas personas están fuera de peligro porque viven en "zonas de erradicación"; 45 millones (33.3%) se encuentran relativamente seguras porque habitan en "zonas protegidas", pero quedan 30 millones (22.2%) que viven en "zonas no protegidas".

Cuatro países (Argentina, Estados Unidos, Venezuela y Chile) y dos territorios (Guayana Británica y Guayana Francesa) notifican que la malaria ha sido erradicada en gran parte. La Guayana Británica ofrece un notable ejemplo de erradicación en el sentido de que no sólo se ha erradicado la malaria, sino también el vector *Anopheles darlingi* en tres condados de la costa que comprenden 5,000 kilómetros cuadrados y 442,000 habitantes, o sea, el 95% de la población. Aunque sin dar datos ni cifras que permitan la evaluación, Trinidad notifica que la malaria ha desaparecido de muchos distritos. La Guayana Francesa y Puerto Rico notifican que aun cuando todavía no pueden hablar de erradicación, la malaria ha dejado de ser endémica en sus territorios.

El cuadro con respecto al control de la malaria es favorable, especialmente en los países que hacen pleno uso de los nuevos insecticidas. Cabe decir que, gracias a esos insecticidas, la erradicación de la malaria está ya a punto de lograrse en grandes áreas del Continente.

Los insecticidas residuales que destruyen a los mosquitos adultos son el factor decisivo en las campañas antimaláricas en las Américas. Los mosquitos mueren al posarse en una superficie rociada, aun cuando haya transcurrido largo tiempo desde el rociamiento. La substancia que más se usa en estas operaciones es el DDT. También se emplean en el 10 por ciento de los trabajos, aproximadamente; el BHC (hexacloruro de benceno) el Dieldrín y el Clordano. En casi todos los países, las actividades de campo están a cargo de brigadas adiestradas y bien organizadas. En los países donde las zonas maláricas son muy extensas, se utilizan unidades motorizadas. Además de las cuadrillas, a veces se asignan rociadores individuales para que rocíen las casas dispersas.

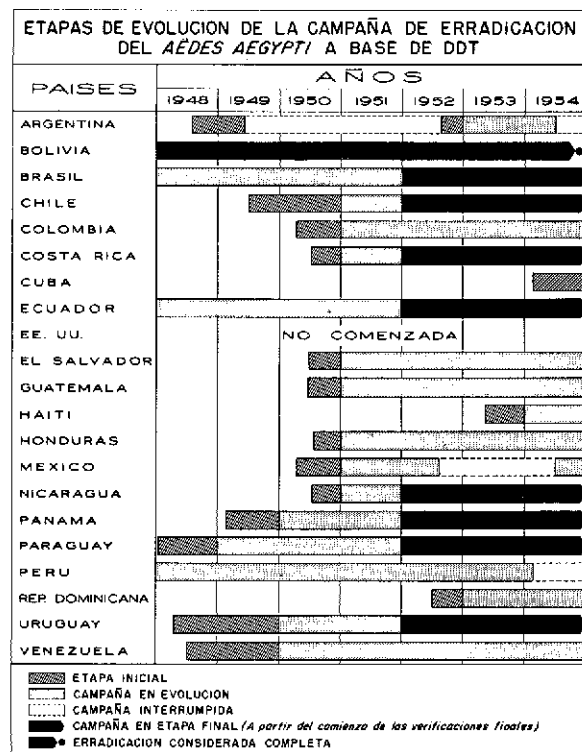
Zonas maláricas no protegidas y población expuesta en el Continente\*

País	Zonas maláricas		Población expuesta	
	Kms. <sup>2</sup>	Porcentaje	Población	Porcentaje
México	1,800,000	44.8	19,159,100	63.7
Colombia	786,341	19.6	3,928,700	13.1
Brasil	355,000	8.8	1,900,000	6.3
Perú	613,582	15.3	1,229,000	4.1
Paraguay	69,677	1.7	397,000	1.3

\*Se conocen además las cifras siguientes sobre poblaciones no protegidas: Haití, 1,800,000 (6%); El Salvador, 526,400 (1.7%) y otros 12 países, 1,050,600 (3.8%); y sobre zonas no protegidas, en Kilómetros cuadrados: Guayana Británica 180,556 (4.5%), Bolivia 150,000 (3.7%), y otros 9 países 1.6%.

En catorce países y nueve territorios, el servicio nacional de malaria tiene también a su cargo la erradicación del *Aedes aegypti*. Cinco países (Argentina, Brasil, Ecuador, Estados Unidos y Venezuela) cuentan con medios y servicios de adiestramiento para personal de todas las categorías, que pueden extenderlos a personal de otros países. Hay dos países que conceden becas: Ecuador y Venezuela. Colombia, Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Panamá, Paraguay y Perú cuentan con medios de adiestramiento para personal de campo solamente.

Debe citarse especialmente la deuda que han contraído todos los países con la Escuela de Malaria de Venezuela, donde se han adiestrado la mayoría de los malariólogos profesionales que dirigen ahora los trabajos en todos los países de la América Latina.



Un hecho alentador e importante en la campaña antimalárica del Continente es la expansión de los programas fomentados por la Oficina Sanitaria Panamericana, con el apoyo financiero del UNICEF. En 1954, se prestó ayuda a doce países y seis territorios.

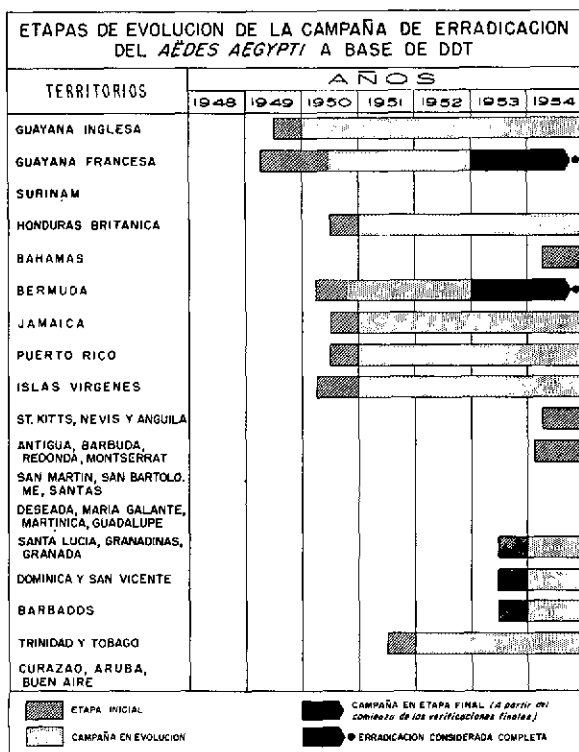
### Programas de control de insectos

Estas actividades continuaron recibiendo gran atención, además de absorber una importante parte del presupuesto y del trabajo. Durante el año se trabajó en varios programas nacionales y dos programas inter-países de campañas monovalentes, para la erradicación del *A. aegypti*, o de campañas combinadas de control de la malaria y erradicación del *A. aegypti*.

Los países de la Región de las Américas realizaron grandes adelantos en 1954. La Oficina Sanitaria Panamericana contrató a un consultor especial (AMRO-78) con el propósito de repetir una encuesta continental sobre la frecuencia de la malaria y el estado de erradicación de la misma. Sus resultados (Erradicación de la Malaria en las Américas, Documento CSP14/36), fueron discutidos en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana y sirvieron de base para la importante resolución aprobada por dicha Conferencia con respecto a la erradicación de la Malaria.

Los esquemas que aparecen a la izquierda muestran el estado de las campañas contra el *A. aegypti* en todos los países y territorios

sobre los cuales se cuenta con información. Un país, Bolivia, ha erradicado el *A. aegypti* de su territorio, y en otro, Brasil, se comprobó tras minuciosa investigación que sólo existían algunas casas aisladas infestadas en una localidad. Cuatro países se encuentran ya en el período final de la erradicación: Ecuador, Perú, Uruguay y Costa Rica. Además, Cuba en 1953 y México en 1954, emprendieron campañas similares. Existen razones para esperar que finalmente los Estados Unidos inicien una campaña contra el *A. aegypti*. Argentina firmó un acuerdo, en 1954, para la ejecución de un programa, habiéndose ultimado los planes para comenzar las operaciones a principios de 1955.



La resolución adoptada por la Conferencia Sanitaria Panamericana, encargando de nuevo a los gobiernos que participen en una campaña continental de erradicación de la malaria, constituye, sin duda alguna, uno de los más importantes acontecimientos del año en el campo de la salud pública.

Esta decisión está basada en varios hechos. La desaparición espontánea del parásito de la malaria en los seres humanos dentro de un período de tres años de interrumpida la transmisión, indica que en ese tiempo puede erradicarse la enfermedad de un área determinada. El peligro de la reinfestación procedente de distritos no controlados revela que, para lograr el máximo beneficio de la erradicación, es necesario extender la campaña a todas las zonas malaricas de todos los países de la región. El posible desarrollo de resistencia a los insecticidas residuales por los mosquitos *Anopheles*, obliga a los expertos a planear la erradicación en las Américas en un período no mucho mayor de cuatro a cinco años. La gran carga económica que representa la malaria para las poblaciones afectadas y el costo de mantener las actuales medidas de control parcial, justifican plenamente el esfuerzo que se requiere de los países.

En 1951 se emprendió, en pequeña escala, un programa combinado de erradicación del *Aedes aegypti* y de control de la malaria en la región del Caribe (AMRO-8). Desde el principio comprendió cierto número de proyectos distintos, cada uno de los cuales correspondía a una isla. Para 1954 ya se habían concertado once acuerdos para el desarrollo de proyectos. Se comenzó la labor en todos menos dos, y para éstos se había previsto iniciarla a principios de 1955.

Aunque sólo hay once proyectos cubiertos por acuerdos oficiales, la Oficina coopera actualmente con 16 gobiernos. Se ha completado la erradicación en dos (Bermuda y Guayana Francesa) de los 21 territorios a cargo de la Oficina de Campo del Caribe. En seis territorios, Jamaica, Dominica, Santa Lucía, Granada, Trinidad y Surinam se encuentran en ejecución programas combinados de control de la malaria y erradicación del *A. aegypti*.

La Oficina no tiene programa de control de insectos en la Guayana Británica. En 1954 se notificaron focos circunscritos de *A. aegypti*, habiéndose introducido la reinfestación por vía marítima, después de varios años de haber estado libre de infección. La erradicación de la malaria es completa en las zonas costeras densamente pobladas, pero a menos de que se tomen medidas especiales, es probable que la infección continúe en zonas aisladas del interior.

En siete territorios (Bahamas, San Cristóbal, Antigua, San Vicente, Barbados, Aruba y Curazao) se están preparando planes para la erradicación del *A. aegypti*. Un grupo de consultores, integrado por un malariólogo, un ingeniero sanitario y cuatro inspectores sanitarios, colaboró en este proyecto en 1954. Aun cuando ni Puerto Rico ni las Islas Vírgenes están incluidos oficialmente en este programa, se les prestó servicios de asesoramiento técnico sobre erradicación del *A. aegypti*. En Puerto Rico el problema se limita mayormente a la infestación de las principales ciudades.

En 1954, con la colaboración de la Oficina, se iniciaron campañas en dos grupos de las Islas de Sotavento (R.U.). El programa prevé el rociamiento con insecticidas residuales de todas las casas en los dos grupos de islas de San Cristóbal, Nieves y Anguilla, y Antigua y Barbados, respectivamente.

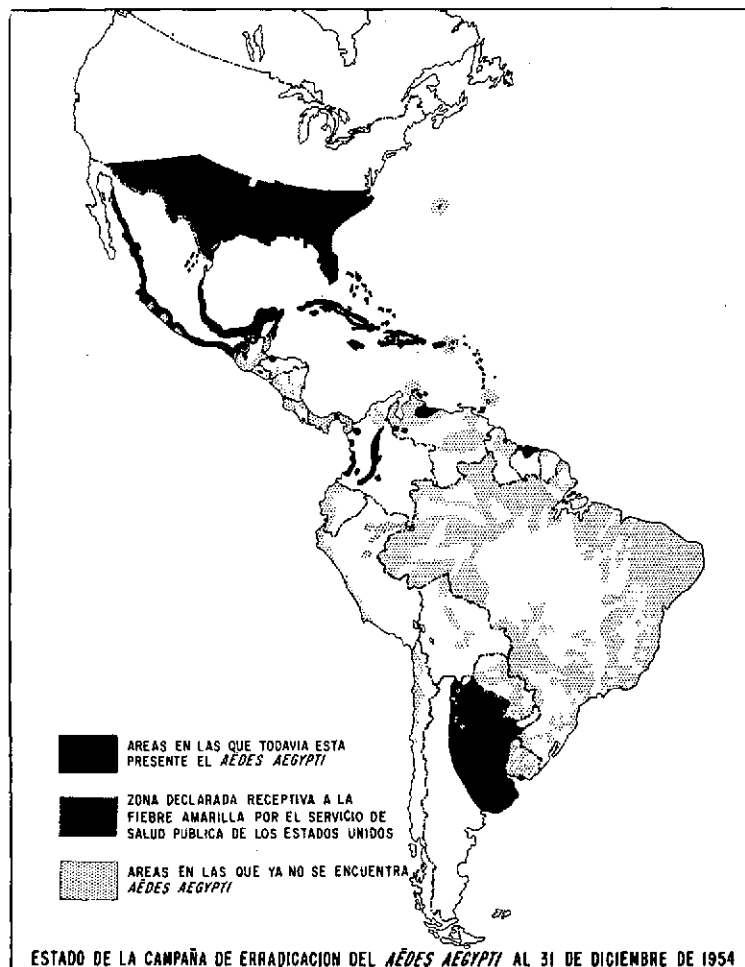
En Dominica se elaboraron planes en 1954, para un programa combinado de control de la malaria y erradicación del *A. aegypti*. Una encuesta efectuada en la isla reveló un alto índice de infestación de *A. aegypti* en los centros urbanos. La malaria, sin embargo, constituye un problema secundario.

Por lo que respecta a Centro America (AMRO-7), en 1954 se desarrollaron actividades no sólo en Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, países con los que se han firmado acuerdos, sino también en Belice y El Salvador.

Los estudios realizados durante el año en el Valle de San Pedro Sula de Honduras, así como en Nicaragua y en Panamá no descubrieron la presencia de *A. aegypti* en áreas habitadas. En Guatemala y El Salvador existen todavía zonas que dan resultados positivos, pero han disminuído considerablemente durante el año.

Se llevó a cabo una intensa labor encaminada a alcanzar los siguientes objetivos: reorganización de los servicios encargados del control de insectos, dotándolos de una adecuada estructura administrativa y técnica; revisión de los programas con vistas a extender las actividades de control de la malaria y erradicación del *A. aegypti*; coordinación de ambas campañas; estandarización de los métodos; adiestramiento de personal, y evaluación de los resultados. Se han coordinado, con resultados satisfactorios, las actividades en todos los países antes mencionados, con excepción de Belice, que no cuenta con un servicio específico contra el *A. aegypti*.

Se establecieron métodos estándar de notificación para las campañas antimaláricas que se desarrollan en El Salvador, Nicaragua, Guatemala y Panamá. En 1954, el asesor adscrito al proyecto participó en una conferencia de mesa redonda con los funcionarios encargados de los programas, en la que se estudiaron detenidamente los métodos de evaluación de la labor realizada. Guatemala ha establecido una comisión nacional con el objeto de que estudie un plan para fortalecer el servicio nacional de malaria y fiebre amarilla.





En septiembre de 1954, se nombró asesor para los programas de erradicación del *A. aegypti* (AMRO-88) a un consultor que ha venido trabajando en el control de insectos desde 1952. La Oficina, en colaboración con el Gobierno de Cuba (AMRO-71.2) organizó un curso de adiestramiento en técnicas de erradicación, cuyo objetivo era ofrecer una demostración práctica de los métodos que actualmente se emplean en las campañas contra el *A. aegypti*. Con ello se trató de lograr que las personas adiestradas para la labor de erradicación se

consideraran, no como elementos aislados interesados solamente en campañas locales, sino más bien como integrantes de un gran equipo encargado de la misión de erradicar este mosquito en las Américas.

Al planear estos cursos, la Oficina tuvo en cuenta las ventajas que ofrecía la campaña contra el *A. aegypti* que se realiza en La Habana así como los medios facilitados por el Gobierno de Cuba.

El curso, de dos semanas de duración, tuvo lugar en el mes de noviembre, impartiendo primero en español para los participantes del Area del Caribe y México, e inmediatamente después en inglés para los que procedían de los Estados Unidos y los territorios británicos del área.

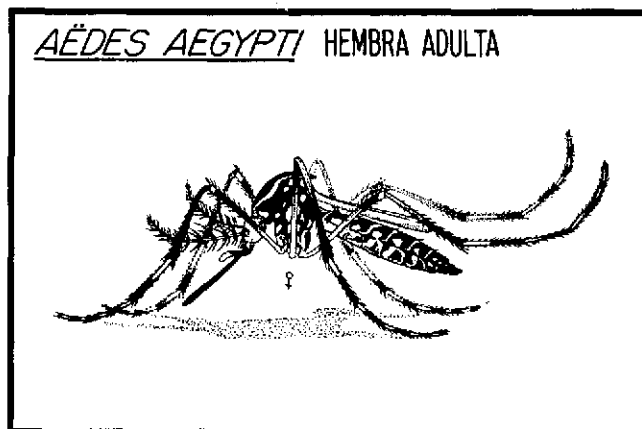
En el curso en español hubo diez participantes: cuatro de México, dos de Guatemala y uno de cada uno de los siguientes países: República Dominicana, El Salvador, Panamá y Venezuela, respectivamente. En el curso facilitado en inglés tomaron parte nueve personas: cuatro de los Estados Unidos y los restantes de Belice, Jamaica, Puerto Rico, Trinidad e Islas Vírgenes, respectivamente.

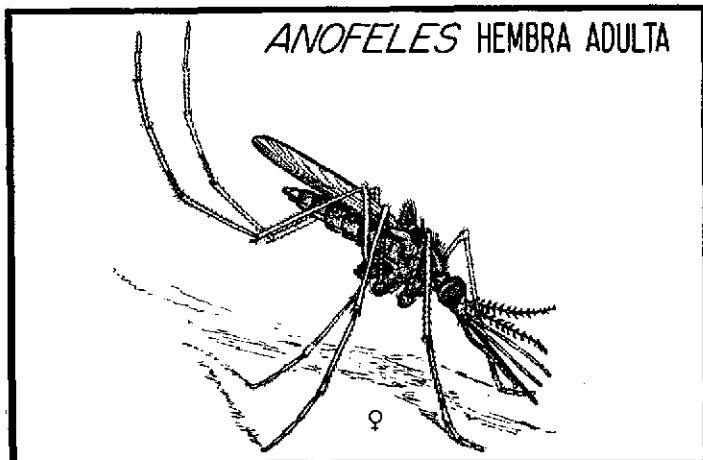
La participación de cuatro médicos de México y cuatro de los Estados Unidos refleja un creciente interés en las campañas de erradicación del *Aedes aegypti* en América del Norte. La coordinación de esos cursos estuvo a cargo del asesor en erradicación del *A. aegypti* de la Oficina de Washington.

El 5 de noviembre de 1953 se firmó un acuerdo entre el Gobierno de Cuba y la Oficina Sanitaria Panamericana (Cuba-1), para la ejecución de un programa de erradicación del portador urbano de la fiebre amarilla en toda la isla, que tiene una población de 5,800,000 habitantes.

Se procedió a la selección cuidadosa del personal, integrado por unos 12 inspectores jefes y 75 inspectores. Funcionaron doce equipos, seis en La Habana, dos en Marianao, dos en Santiago de Cuba, uno en Santa Clara y uno en Camagüey.

La campaña de erradicación comenzó el 20 de enero de 1954, empleándose el método perifocal de aplicación de DDT, de conformidad con las normas establecidas en trabajos similares en el Brasil. En marzo se encontraba ya en plena actividad, y en septiembre se extendió a Marianao, Santa Clara y





Camagüey, y el mes siguiente a Santiago de Cuba. A fines de año, el área tratada en La Habana tenía una extensión de 87.7 km.2, y comprendía 4,308 manzanas y 123,769 casas. Se inspeccionaron 14,934 casas de las cuales 3,343 o sea, un índice de 22.4%, dieron resultados positivos. Se aplicó el tratamiento a 116,452 casas, es decir, el 94.1% del total, así como a más de 5,000,000 de vasijas de agua.

En mayo de 1954 se firmó un nuevo acuerdo con México (México-53). Se trata de un programa conjunto de control de la malaria y erradicación del *A. aegypti*, en dicho país.

Se escogió a Mérida como centro de las operaciones de erradicación del *Aedes aegypti*. El adiestramiento del personal local comenzó el mismo año. Cuatro médicos asistieron al curso sobre técnicas de erradicación del *A. aegypti*, celebrado en La Habana en el mes de noviembre. Al iniciarse la labor en Merida, se encontró un índice de *A. aegypti* de 82.7 por ciento en un área que comprendía 1,481 manzanas de casas.

El consultor en malaria emprendió la labor de inspección, habiendo establecido su sede en la Oficina de la Zona II, situada en la ciudad de México. Se habían recibido suministros del UNICEF y se esperaba la llegada de dos inspectores internacionales a principios de 1955.

En Haití, el programa de control de insectos abarca la malaria y el *A. aegypti* (Haití-4). Se ha emprendido la erradicación del *A. aegypti* en la capital y sus alrededores. A fin de facilitar el rociamiento de las casas, así como la inspección de los barcos, la ciudad fué dividida en 18 distritos, uno de los cuales comprende únicamente la zona del puerto. Se aplicó el tratamiento a todos los recipientes de agua, tales como cántaros, jarras, latas y barriles. Aunque el índice de *A. aegypti* al terminar el año llegaba a 9.2 por ciento, representa una notable mejora en comparación con el de 30.4 por ciento a fines de 1953. La población protegida asciende ahora a casi medio millón de personas.

Aproximadamente la quinta parte del país está amenazada de malaria. En 1954 se inició el tratamiento en el área expuesta, habiéndose proporcionado protección a unas 450,000 personas que viven en una zona de 3,000 km.2.

La población cooperó espléndidamente en las campañas con DDT, hecho notable puesto que no se dictaron disposiciones especiales. La campaña continuará desarrollándose el próximo año, añadiéndose tres brigadas para la labor antimalárica y otras dos para la campaña contra el *A. aegypti*.

En la República Dominicana continuaron las actividades de control de la malaria y erradicación del *Aedes aegypti*, tanto en Ciudad Trujillo como en muchas zonas urbanas y rurales del país (República Dominicana-2).

En Bolivia, la Oficina ha cooperado en un programa de control de la malaria iniciado en 1953 (Bolivia-4). El UNICEF proporciona el equipo y suministros necesarios. En 1954 se nombró un consultor que comenzó sus actividades en agosto, en colaboración con el personal local. Hasta el mes de octubre se había aplicado el rociamiento a 43,703 viviendas, protegiendo a 96,953 habitantes. El promedio de casas rociadas por día-hombre fué de nueve.

Un programa en cooperación que se desarrolla en Colombia (Colombia-5) tiene por objeto lograr la erradicación del *A. aegypti* y de la malaria mediante la aplicación sistemática de insecticidas residuales. Durante 1954 se proporcionaron los servicios de un consultor y un inspector sanitario.

En Argentina, los mosquitos *A. aegypti* predominan en un área del noreste que corresponde aproximadamente a la tercera parte del territorio del país y comprende la capital, Buenos Aires. La Oficina colaboró el año pasado en el adiestramiento de personal y en la organización de programas para la preparación de inspectores (Argentina-51). Esta labor de adiestramiento prosiguió durante los primeros seis meses de 1954.

A fines de septiembre de 1954 se firmó un acuerdo oficial, y en noviembre, una comisión integrada por representantes del Ministerio de Salud Pública, el Director de la Oficina y el Representante de Zona, procedió a elaborar un plan detallado de operaciones que fué aprobado por el Gobierno. El plan prevé que las actividades se iniciarán en un área que comprende tres de los seis sectores en que se ha dividido el país, y en la que se encuentran Buenos Aires y sus alrededores y el delta del Tigre. Se proyecta comenzar la labor en abril de 1955, con personal de plantilla reforzado con otros 500 trabajadores.

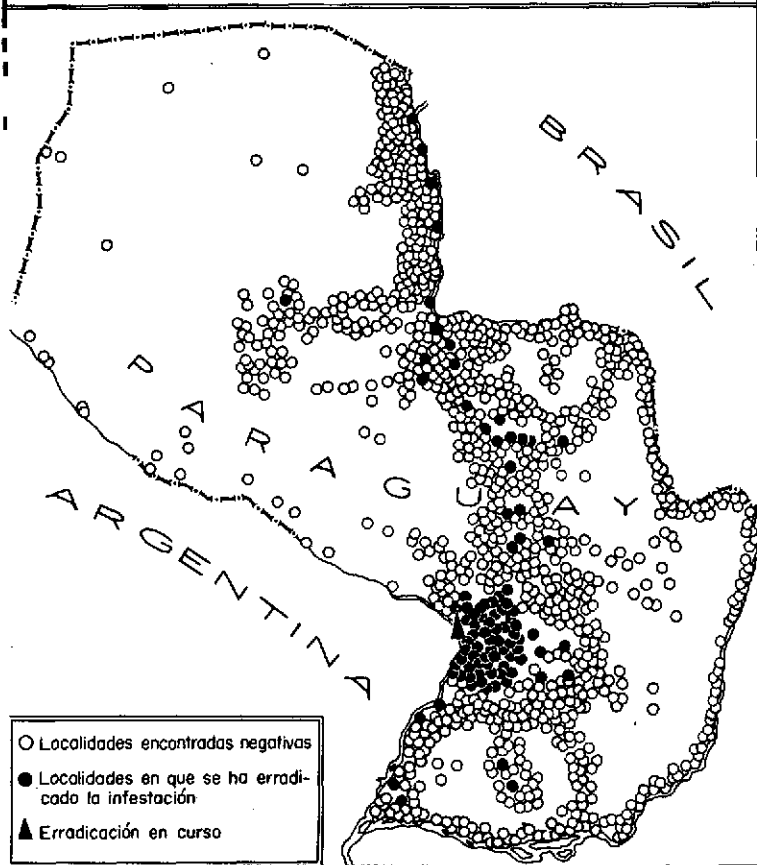
El programa de erradicación del *A. aegypti* en Paraguay ha progresado firmemente (Paraguay-1). A principios del año se descubrieron dos focos de infestación en Asunción, que fueron tratados inmediatamente. Salvo esos focos en la capital, las inspecciones han resultado negativas en todo el país.

Al comenzar la campaña en 1948, una encuesta preliminar reveló que de 1,476 localidades inspeccionadas, 98 daban resultados de *Aedes aegypti*. Esta situación puede apreciarse en el mapa que aparece abajo, a la izquierda. Asunción es el único lugar donde queda por hacer alguna labor.

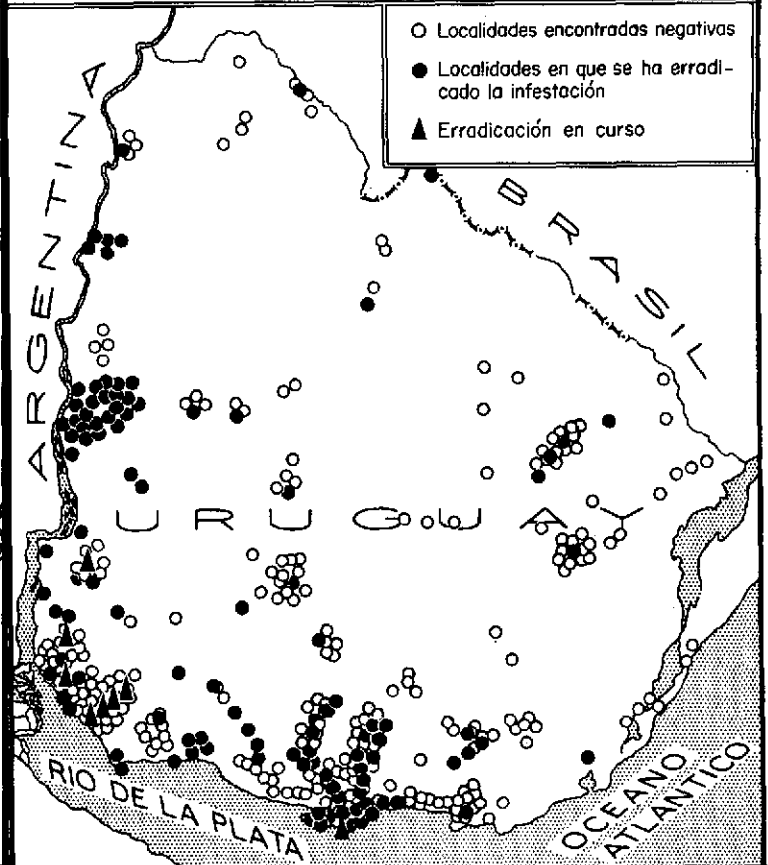
En Uruguay, un programa de control de *A. aegypti* que ha estado en ejecución desde 1948, se encuentra a punto de ser completado (Uruguay-51). Se espera que para mayo de 1955, las restantes zonas rurales serán declaradas libres del mosquito y que sólo quedará por completar la labor en Montevideo. El mapa que aparece abajo, a la derecha, indica la extensión de la infestación anterior, los lugares que se han limpiado y la situación de las siete zonas que no están todavía completamente libres. Estas últimas zonas se encuentran en el extremo sudoeste del país y todas han dado resultado negativo, por lo menos en una inspección. Algunas lo han dado en la segunda y tercera inspección.

En Montevideo se ha realizado la tarea inicial de rociar 150,000 locales. La ciudad se ha dividido en 14 distritos. Trece de ellos, inicialmente positivos, son ahora provisionalmente negativos. Se presta especial atención a impedir la reinfestación de la ciudad. El aeropuerto se mantiene bajo estricta observación.

ENCUESTA PRELIMINAR Y ESTADO ACTUAL DE LA  
CAMPAÑA DE ERRADICACION DEL AÈDES AEGYPTI  
EN PARAGUAY



ENCUESTA PRELIMINAR Y ESTADO ACTUAL DE LA  
CAMPAÑA DE ERRADICACION DEL AÈDES AEGYPTI  
EN URUGUAY



### La oncocercosis y el control de la mosca negra

La oncocercosis, que produce nódulos, lesiones cutáneas y, hasta la ceguera en algunos casos, es una enfermedad africana propagada por la mosca negra *Simulium*. Esta enfermedad existe en Guatemala, México y Venezuela.

La Oficina preparó informes finales de las actividades sobre la oncocercosis realizados en Guatemala y los envió al Gobierno de ese país. Este programa se llevó a cabo conjuntamente por la Oficina, los Institutos Nacionales de Higiene del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y el Ministerio de Salud Pública de Guatemala. Duró cinco años y terminó en 1953.

Como resultado de este programa, uno de los consultores preparó una monografía titulada *Black Flies (Simuliidae) and Their Relationship to the Transmission of Onchocerciasis in Guatemala*, que se va a publicar en la *Smithsonian Miscellaneous Collection*, con una subvención concedida por la Oficina.

Se han tomado las medidas adecuadas para atender en 1955 a la solicitud de colaboración formulada por Venezuela en la solución de su problema de oncocercosis. En una zona de ese país la tasa de frecuencia de la enfermedad se eleva al 24,6 por ciento. La Oficina proporcionará los servicios de un consultor a fin de que preste asesoramiento en estudios entomológicos y en el control del *Simulium*.

### Zoonosis importantes

Desde los primeros tiempos, el hombre ha vivido en contacto con los animales y, por lo tanto, las enfermedades de éstos que le afectan tienen suma importancia para la salud pública. Algunas de las zoonosis o enfermedades transmitidas por los animales vertebrados al hombre, merecen especial atención, no sólo porque constituyen una amenaza para la salud humana, sino también porque causan graves pérdidas a la industria ganadera y disminuyen los suministros de carne y leche de un país cuando atacan al ganado vacuno, ovejas, cerdos y cabras. Otras zoonosis, como la hidatidosis y la rabia afectan a los perros y otros animales domésticos.

### Hidatidosis

Esta enfermedad quística causada generalmente por la larva de la tenia canina, tiene numerosos huéspedes naturales, entre los que figuran las ovejas, el ganado vacuno y los cerdos. La Oficina continúa cooperando con los Gobiernos de la Argentina, Chile y Uruguay en el estudio y control de la hidatidosis. En Argentina y Chile, estos estudios tienden a descubrir un tenicida más eficaz para el tratamiento de los perros. También se estudia la importancia de los reservorios de animales silvestres en la ecología de esta enfermedad parasitaria.

En Uruguay se ha facilitado equipo completo a una unidad de campo para que efectúe un programa de control en zonas escogidas, que incluye actividades de educación sanitaria del público, el mejoramiento de los métodos de sacrificio del ganado y el tratamiento de los perros. El personal de la Zona VI proporciona la orientación técnica para este proyecto (AMRO-43), y además coordina los programas nacionales contra la hidatidosis en las zonas situadas a lo largo de las fronteras internacionales (Vease mapa, pag. 172).

### Brucelosis

Se ha progresado en el constante esfuerzo para conocer mejor la brucelosis humana y animal, en las Américas. Se han adoptado medidas para determinar la magnitud del problema en los distintos países y para organizar los sistemas de control adecuados. En muchos países sólo se tienen escasos conocimientos de los estragos que causa esta enfermedad. Son muy pocos los laboratorios que están preparados para verificar las pruebas estándar de diagnóstico.

A principios de año se celebró un seminario de adiestramiento, como parte del programa de la Oficina para establecer en cada país del Hemisferio, un núcleo de personal adiestrado, con preparación suficiente para proporcionar buenos servicios de diagnóstico y para proyectar la labor de control

(AMRO-26.2). Dicho seminario tuvo lugar en México, D. F., en abril de 1954, para personal de los Ministerios de Salud Pública y Agricultura de Centro América y del Area del Caribe, y fué equivalente al celebrado en Santiago, Chile, en diciembre de 1952, para personal de los países sudamericanos.

Estos seminarios, los primeros de una serie de tres, se dedicaron a los métodos de diagnóstico, prestando particular atención a las técnicas de laboratorio, para lo cual se proporcionaron a cada participante los medios y orientación relativos a las pruebas estandar. Los seminarios finalizaron con sesiones dedicadas a las técnicas de muestreo, métodos agropecuarios adecuados, especímenes y evaluación de resultados de las pruebas, proporcionando a los concurrentes una buena base de conocimientos esenciales que les permitirán establecer, en sus respectivos servicios nacionales, los medios para obtener datos fidedignos y comparables sobre la existencia de la brucelosis tanto en el hombre como en los animales.

El seminario sobre brucelosis celebrado en México, en el mes de abril, ofreció una oportunidad, al personal de ese país y de los países del Caribe y de Centro América, para intercambiar información y dar a conocer sus experiencias. El manual que se preparó para el seminario fué acogido con tanto entusiasmo que la limitada edición del mismo resultó insuficiente para satisfacer la demanda.

Casi todos los países participantes han iniciado encuestas nacionales. Los informes preliminares han revelado ya la gravedad del problema de la brucelosis, especialmente en países en que la industria lechera se encuentra en una fase incipiente. El hecho de que se utilice antígeno estandarizado y un criterio de diagnóstico uniforme, en los doce países participantes, indica que se han alcanzado los objetivos del seminario.

Ha continuado la labor de los Centros de Brucelosis OMS-FAO (Inter-Regional-8), establecidos en Argentina y México, y, mediante una subvención independiente, se han realizado otros trabajos en la Universidad de Pensilvania. En el Centro de la Argentina se efectuaron estudios en cabras, para descubrir o mejorar pruebas de diagnóstico de la brucelosis. En Pensilvania se hicieron experimentos en cobayos de las distintas vacunas contra la *Brucella*, y se estudió la biología intracelular de la *Brucella*. Los trabajos efectuados



Toma de muestras para la prueba del anillo en la leche durante el curso de adiestramiento sobre brucelosis celebrado en la ciudad de México, en abril de 1954.

en el Centro de México versaron sobre la evaluación de las pruebas de diagnóstico en el hombre y en animales, la terapia de la brucelosis humana y el estudio de la brucelosis en el ganado que suministra la leche a la capital del país. El Centro de México produce antígenos estándar, de diagnóstico, para otros países, especialmente para los de América Central.

Se ha dedicado considerable atención a proporcionar a los países información técnica, cultivos, antígenos y otros productos biológicos de *Brucella*. El tipo y la cantidad de material solicitado indican que ha aumentado notablemente la atención prestada al problema de la brucelosis en muchos lugares del Hemisferio.

Las peticiones recibidas para que se celebrara en México, en 1954, el Cuarto Congreso Interamericano sobre Brucelosis se estudiaron cuidadosamente con los especialistas en dicha enfermedad, y, de acuerdo con lo recomendado por un congreso anterior, se decidió dejar transcurrir cinco años entre la celebración de dos congresos. La opinión general fué la de que no se disponía de información suficiente que justificara la convocatoria antes de 1955.

## **Rabia**

Con el descubrimiento de la rabia en variedades de murciélagos distintas de los llamados vampiros, los funcionarios de salubridad están más que nunca conscientes del problema que representa esta enfermedad. Se han recibido solicitudes de cooperación técnica para diagnósticos, producción de vacunas y programas de control de la rabia. Dichas solicitudes provienen de los países interesados en el control de la enfermedad en escala nacional (AMRO-61).

El descubrimiento de anticuerpos neutralizadores, y, en algunos casos, de verdaderos virus, en murciélagos no pertenecientes a la especie del vampiro, ha ampliado el problema de la rabia. El problema de los murciélagos vampiros y de la rabia es de interés primordial para México. Pero también se produjo un brote, recientemente, en Trinidad, y la Oficina facilitó servicios de asesoramiento.

Por la falta de precisión de los datos disponibles, acerca del papel de los murciélagos y otros animales silvestres en la conservación del virus de la rabia, la Oficina decidió utilizar los servicios de un mamólogo especializado en esta labor. Los estudios llevados a cabo se coordinan cuidadosamente con los realizados por organismos nacionales y de los estados y por ciertas universidades. Todos estos estudios están encaminados a determinar el origen de los constantes brotes de rabia en los perros, con el consiguiente peligro para las poblaciones humanas.

La rabia en los murciélagos vampiros es un problema económico de bastante importancia cuando afecta al ganado. En algunas zonas de México fué tan considerable la cantidad de ganado que murió de rabia contraída por la mordedura de vampiros que hubo que abandonar las tareas agrícolas. El desarrollo de una vacuna eficaz para el ganado representa un importante paso en la lucha contra esta enfermedad. En México, fueron vacunadas casi 1,000,000 de reses.

La Oficina colaboró con el Gobierno de México en la producción de vacuna antirrábica avianizada, de muchos países, adecuada para el ganado. La



Los niños acuden a una clínica antirrábica de Saltillo, Coahuila, México, para vacunar a sus perros.

producción de esta vacuna es hoy suficiente para abastecer a otros países. Asimismo, se ha colaborado con Chile en el ensayo de una nueva vacuna antirrábica irradiada de cerebro de ratón con un elevado contenido de virus (Chile-14). Se estableció un servicio de coordinación en las zonas de la frontera internacional entre Estados Unidos y México, con objeto de facilitar los programas de vacunación de perros, técnicas de diagnóstico de laboratorio y métodos de combatir a los animales de presa.

La Organización Mundial de la Salud cooperó con el Laboratorio de Virus, del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, Montgomery, Alabama, en la obtención de animales de laboratorio necesarios para los trabajos experimentales sobre la rabia (Inter-Regional-7.)

Se ha efectuado un estudio muy completo sobre el material educativo visual que se puede utilizar en los cursos de adiestramiento. A fines de año, se seleccionó en los Estados Unidos una película de dieciséis milímetros y diapositivas seriadas, para una adaptación de sonido en lengua española. Se distribuyeron carteles policromos, en español, a las zonas en que podían ser más útiles, y se acordó publicar una traducción al español del libro *Laboratory Techniques in Rabies*, perteneciente a la Serie de Monografías de la Organización Mundial de la Salud.



## Enfermedades bacterianas y parasitarias corrientes

### Difteria

Mediante un proyecto en el que cooperan la Oficina Sanitaria Panamericana y el laboratorio del Servicio de Salud Pública del Estado de Michigan, se proporciona a los Gobiernos Miembros un servicio para el ensayo de vacunas producidas en los laboratorios nacionales. Se presentan muestras para la evaluación biológica de los productos de elaboración nacional. Durante el año se enviaron al laboratorio de Michigan muestras de vacunas contra la difteria, la pertussis, la tifoidea y la rabia humana y animal. Se informó de las evaluaciones a la correspondiente Oficina de Zona (ARMO-76).

En Perú, se está organizando y equipando, con ayuda del UNICEF, el laboratorio del Instituto Nacional de Higiene, para la producción de vacuna contra la difteria y la pertussis, y para llevar a cabo una campaña de vacunación colectiva contra dichas enfermedades (Perú-16). El UNICEF proporcionó el equipo para una campaña preliminar de vacunación y la vacuna necesaria para iniciarla. Hasta el 31 de octubre, se realizaron 168,081 vacunaciones. La instalación del equipo se completó en agosto de 1954 y se espera que la producción local de vacuna empiece a principios de 1955. El personal de la Oficina de Zona continúa prestando servicios de asesoramiento.

Con asistencia del UNICEF, el Instituto Oswaldo Cruz, de Río de Janeiro, empezó, en 1951, a preparar la instalación de un laboratorio para la producción de vacuna contra la difteria y la pertussis. La producción de vacuna comenzó en 1953, y, hacia fines de 1954, se producían mensualmente 10,000 dosis de vacuna (Brasil-4).

### Tifo

El descubrimiento de una cepa avirulenta del microorganismo del tifo, la *Rickettsia prowazekii*, cepa-E, permitió la preparación de una vacuna viva más eficaz que la vacuna tratada con formalina, como agente para la inmunización del hombre contra el tifo.

Aunque los experimentos preliminares habían demostrado la eficacia de esta vacuna, se consideró aconsejable realizar pruebas de campo en grandes masas de población. Los experimentos de vacunación empezaron, en 1953, en el Perú, con la cooperación del Departamento de Epidemiología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Tulane y continuaron durante 1954 (Perú-54). Se vacunó a dos grupos de población. Unas 3,514 personas recibieron diferentes dosis de la misma vacuna por vías distintas, y se procedió a medir las reacciones y las respuestas serológicas inmediatas.

Los resultados de estos experimentos de campo, notificados a la Universidad de Tulane, mostraron que tanto la frecuencia como la intensidad de las reacciones y el nivel de uniformidad de las respuestas seroinmunes aumentan en proporción con las dosis de vacuna. Las dosis más reducidas que se emplearon (4.0 a 5.0 EID) estimularon una respuesta serológica mínima en el 92 por ciento, por lo menos, de las personas vacunadas. Pero el nivel y la persistencia de los anticuerpos de fijación del complemento fueron decididamente superiores en el grupo que recibió una inoculación mayor. Parece,



Administración de la vacuna antitífica  
en el Perú.

pues, que la vacuna de la Ceba-E puede administrarse en dosis tolerables y eficaces.

En otro experimento, fueron inoculadas unas 16,200 personas, bien con la vacuna o con un placebo, para determinar la eficacia de la vacuna en la prevención de la enfermedad. Las pruebas de laboratorio se efectuaron en la Universidad de Tulane. Las investigaciones prosiguen satisfactoriamente, y tanto el grupo vacunado como el de control se mantienen en completa observación.

Otro de los proyectos en que colabora la Oficina Sanitaria Panamericana tiene por objeto el control del tifo, en ciertas zonas rurales de Perú y Bolivia, mediante la aplicación de DDT en polvo a las personas, ropas de cama y prendas de vestir. En los departamentos

del Cuzco y de Puno, en el Perú se ha efectuado dicha operación en varias provincias de un modo regular cada seis meses. En Bolivia, se ha aplicado el tratamiento en la zona limítrofe con Puno. En el curso de este año, se aplicó DDT en polvo a 374,323 personas, 100,828 camas y 1,767,656 prendas de vestir. Estas actividades se han traducido en una reducción muy halagadora de los índices tíficos de morbilidad y mortalidad (AMRO-83).

### Esquistosomiasis

En el Brasil, se desarrolla un proyecto relativo a la esquistosomiasis, en el que cooperan el Ministerio de Salud de dicho país, la Oficina Sanitaria Panamericana y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (Brasil-53). El proyecto tiene por objeto estudiar la ecología de los caracoles huéspedes de la enfermedad, ensayar varios moluscocidas y seleccionar los que ofrezcan más posibilidades para las pruebas de campo. El objetivo final es el de encontrar métodos prácticos de control de los caracoles.

En 1954, se terminaron los estudios, sobre la ecología de los caracoles huéspedes de la enfermedad, que se habían realizado durante dos años, y se presentó al Gobierno un informe final. Se observó que los caracoles que albergan el parásito presentan, en el Brasil, características distintas de las que tienen en otras regiones endémicas, particularmente una mayor resistencia a los cambios de medio, y que deben elaborarse cuidadosamente técnicas de control.

En tres distintas zonas del Brasil se llevaron a cabo experimentos de campo con moluscocidas, principalmente pentaclorofenato de sodio y sulfato de cobre. Los resultados obtenidos fueron muy alentadores. En diciembre, después de terminar los experimentos de campo, el consultor fué adscrito,

como especialista en esquistosomiasis, al Servicio Nacional de Malaria, organismo que tiene a su cargo el programa de control en escala nacional.

### Treponematosis

Las principales enfermedades de este tipo son la frambesia y la sífilis.

Los programas que se encuentran en ejecución son el de erradicación de la frambesia en Haití (Haití-1), el de erradicación de la frambesia y control de la sífilis en el Caribe (AMRO-47), y los de control de las enfermedades venéreas en la República Dominicana (República Dominicana-52) y en Paraguay (Paraguay-4).

En Guatemala, ha funcionado desde hace varios años con muy buenos resultados, un laboratorio y centro de adiestramiento dedicado a enfermedades venéreas (AMRO-21). Se estableció en 1946, por un acuerdo entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, los Institutos Nacionales de Higiene de los Estados Unidos y la Oficina Sanitaria Panamericana. La finalidad perseguida era estudiar los diversos aspectos de las enfermedades venéreas en Centro América, adiestrar personal y estandarizar los métodos de diagnóstico que deben utilizarse en los laboratorios serológicos de Centro América y Panamá. En 1954, no trabajó en el programa personal internacional pero se asignó un subsidio para la ampliación de las instalaciones del laboratorio. Todos los laboratorios de Centro América efectúan, actualmente, pruebas serológicas, y los informes obtenidos indican que se ha logrado elevar el nivel de eficiencia. El programa terminó en diciembre de 1954.

En Brasil, se prestó ayuda a un laboratorio de enfermedades venéreas y centro de adiestramiento. El programa tiene por objeto mejorar las técnicas para el diagnóstico serológico de la sífilis, y adiestrar en las mismas a personal de laboratorio (Brasil-52).

El tercer curso de adiestramiento se inició el 1 de febrero y terminó el 30 de abril, fecha en que siete estudiantes recibieron el certificado de aptitud.

El cuarto curso de adiestramiento empezó el 2 de agosto, y asistieron a él diez brasileños, un uruguayo, un argentino y un paraguayo. Los tres últimos disfrutaron de becas concedidas por la Escuela de Higiene y Salud Pública de los Estados Unidos como parte del Programa de Asistencia Técnica (AMRO-89).

Antes de la terminación del programa, en diciembre de 1954, se hicieron recomendaciones relativas a los futuros cursos y se preparó un informe final. Se espera que, en el futuro, la escuela lleve a cabo cursos de adiestramiento similares.



Un médico toma una muestra sanguínea a una mujer embarazada. En segundo plano, se ve una vivienda rural paraguaya.

En la República Dominicana, se trabaja en la erradicación de la frambesía y el control de las enfermedades venéreas (República Dominicana-52). La labor de erradicación de la frambesía se inició en las comunas de Moca y Gaspar Hernández, provincia de Espaillat. En Moca, desde el 17 de julio al 6 de septiembre, se examinó al 40 por ciento de una población de 74,932 habitantes, y se descubrieron y trataron 1,203 casos y 1,893 contactos. En Gaspar Hernández, hasta el 10 de noviembre, se había examinado al 60 por ciento de una población de 20,131 habitantes, y se descubrieron y trataron 1,937 casos y 4,393 contactos. Se espera que con el considerable aumento que se asigna en el presupuesto de 1955, estas actividades se extenderán a todas las zonas afectadas del país. El consultor ha ayudado también a mejorar los métodos de control de las enfermedades venéreas en el país.

En el Ecuador, el programa de control de las enfermedades venéreas se completó el 30 de abril de 1954. Hasta aquella fecha, la OMS facilitó los servicios de un consultor médico y otro de enfermería, destinados a Bahía para inspeccionar la eficacia clínica de los métodos de control colectivo de las enfermedades venéreas, principalmente la sífilis y la gonorrea (Ecuador-7).

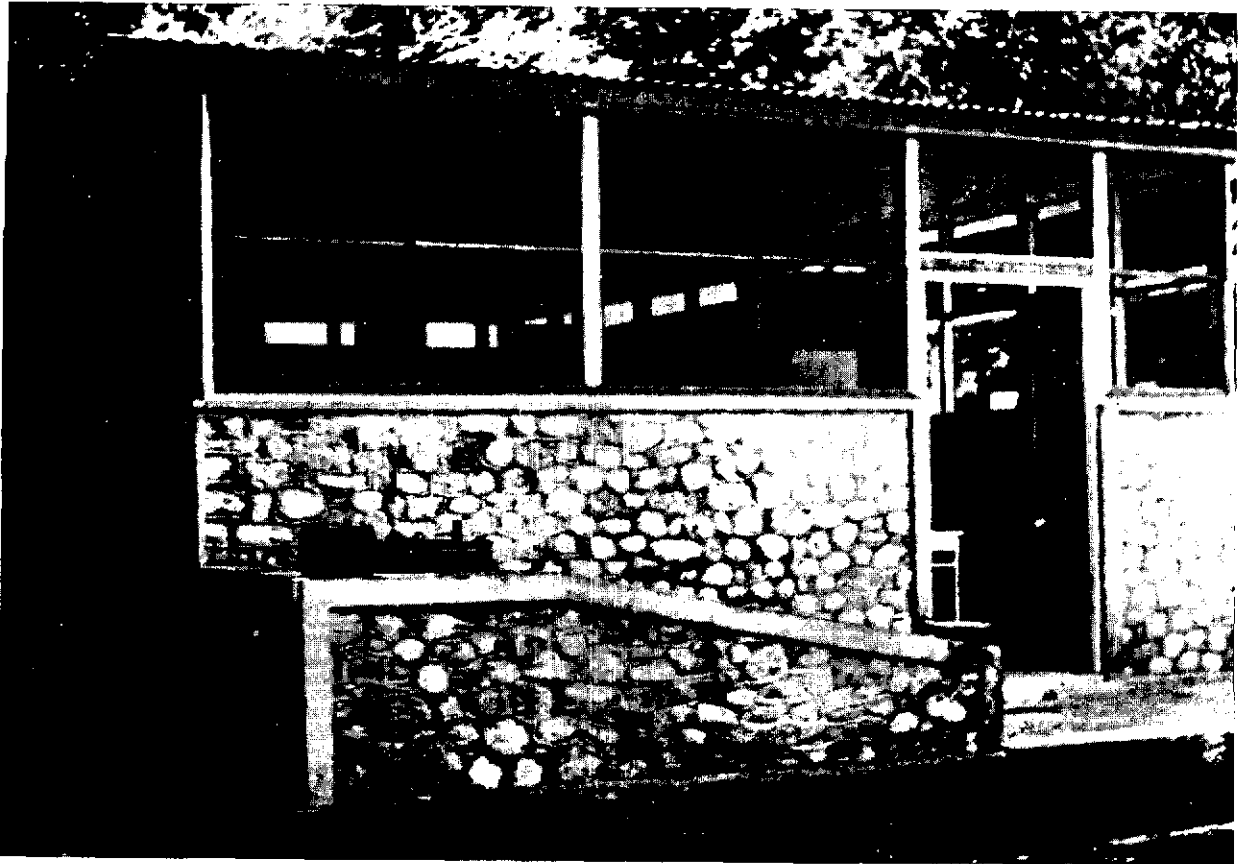
En Paraguay, las principales actividades de control de las enfermedades venéreas consistieron en la continuación de los exámenes médicos colectivos y el tratamiento de los casos serológicamente positivos, el mantenimiento de los programas de enfermedades venéreas y su incorporación a las actividades ordinarias de los centros de salud pública, la estandarización de las técnicas serológicas y el adiestramiento en serología de los técnicos de laboratorio (Paraguay-4).

Durante el año, se llevaron a cabo cuatro importantes encuestas sobre enfermedades venéreas, tres de las cuales se combinaron con las actividades de control de la tuberculosis. Además, se completó una quinta encuesta iniciada en 1953. En la sífilis, la proporción de reactivos positivos, entre las 36,526 personas sometidas a prueba, se calculó en un 12.3 por ciento, de cuyo total el 1.6 por ciento eran casos sífilíticos primarios, el 5.5 casos secundarios y el resto otros tipos de sífilis, predominando los casos de sífilis latente tardía.

Se calcula que el promedio de personas examinadas - y tratadas en los casos necesarios - fué de 71 por día de trabajo. El costo por persona examinada fué de 11.75 guaraníes, o sea 0.19 dólares de los Estados Unidos, y el costo por persona que recibió tratamiento ascendió a 106.24 ¢ (\$1.71).

Se va aproximando la feliz terminación de la campaña de erradicación de la frambesía en Haití (Haití-1). Durante ella, se ha logrado que sus beneficios alcanzasen, constantemente, a más del 97 por ciento de la población. Hasta fines de diciembre de 1954, habían sido tratadas 3,503,564 personas desde que empezó la labor.

Las encuestas realizadas en varias regiones del país indican que, en la actualidad, la frambesía prevalece, aproximadamente, en un 0.6 por ciento de la población. Durante el período que comprende este Informe (enero a febrero de 1954), recibieron tratamiento 854,132 personas en el Departamento del Sur, lo que constituye más del 91 por ciento de los 936,028 habitantes de dicho departamento. De estas personas, 61,043 fueron tratadas como casos, y 793,089 como contactos. El promedio diario de inyecciones aplicadas por cada inspector fué 87.



Este dispensario moderno fué edificado para substituir a la choza de madera que anteriormente servía de clínica para los habitantes del valle de Marbial, Haití.

El acuerdo sobre la erradicación de la frambesia y el control de la sífilis en Haití se prorrogó hasta el 31 de diciembre de 1955. El Congreso de Haití aprobó en el presupuesto de 1954-1955, la considerable suma de \$196,000, con destino a la erradicación de la frambesia, más \$12,900 para las actividades urbanas de control de la sífilis.

En 1954, el Gobierno proporcionó nuevas oficinas para este programa y el consultor continuó prestando sus servicios como representante del UNICEF en Haití. Se establecerá un nuevo sistema de zonificación que ya ha sido aprobado. Las actividades de control de las enfermedades venéreas aumentarán en 1955, y se someterá a la aprobación del Gobierno un proyecto de reglamento sobre dichas enfermedades. Asimismo, proseguirán las encuestas relativas a la frecuencia de la frambesia en Haití.

Se ha establecido en México, un centro de adiestramiento para la lucha contra las enfermedades venéreas. Anteriormente, se había colaborado mediante el envío de equipo y la concesión de tres becas para instructores (México-13). El 15 de noviembre se inauguró el primer curso para investigadores no profesionales, y asistieron a él diez estudiantes mexicanos y un becario de la OMS, procedente de la República Dominicana. Más adelante se organizarán nuevos cursos del mismo tipo para estudiantes de otros países que muestren interés en este adiestramiento. El Director de la Oficina y el Ministro de Salubridad y Asistencia de México han firmado, este año, el acuerdo que regula estas actividades.

Asimismo, en 1954, se prepararon anteproyectos para San Vicente, San Cristóbal y Granada, en donde la frambesia constituye un grave problema, y se tiene el propósito de iniciar en 1955 unas campañas en las que se emplearán técnicas de erradicación. Cada uno de los programas abarcará toda la isla. A fines de 1954, un consultor a corto plazo de la OMS colaboró con las autoridades de Jamaica en el estudio de los problemas de la frambesia y de las enfermedades venéreas y en la preparación de un anteproyecto y un plan de operaciones para presentarlos a la OMS y al UNICEF. Se confía en que, en 1955, se podrá colaborar con Dominica, Sta. Lucía, Guadalupe, Martinica y Trinidad en la elaboración de programas de carácter similar. Se calcula que el programa general llegará a estar integrado por nueve proyectos. (AMRO-47).

Se prorrogó el acuerdo establecido entre la Oficina y la *Health Research Incorporated*, del Estado de Nueva York, para realizar un estudio sobre la prueba de inmovilización del treponema. La prórroga es necesaria por el retraso que han sufrido los trabajos de este proyecto (Estados Unidos-6) y por la conveniencia de continuar las investigaciones y obtener, de esta manera, los mayores beneficios de la labor ya realizada. La *Health Research Incorporated* es una corporación privada, sin fines de lucro, creada de conformidad con las leyes del Estado de Nueva York. La corporación recibe limitados fondos, de organismos privados y públicos, en beneficio de la labor que realiza el Departamento de Sanidad del Estado de Nueva York.

## Shigelosis

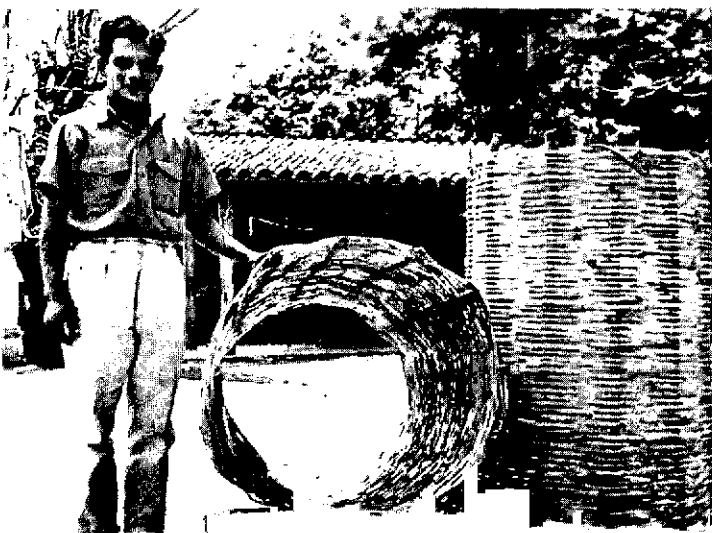
Para estimular el intercambio internacional de información sobre esta importante enfermedad y para coordinar las investigaciones de laboratorio, los centros de shigelosis de Atlanta, Georgia, EE. UU., y de Londres, Reino Unido, han convenido combinar su labor y dividir el campo de trabajo de forma que evite la duplicación de esfuerzos. Se otorgó una subvención en 1954, y un representante de la OMS visitó los laboratorios con el objeto de facilitar la coordinación (Inter-Regional-13).

## Anquilostomiasis

En el Paraguay, el programa de demostración sobre el control de la anquilostomiasis consta de tres partes principales: saneamiento del medio, tratamiento de los enfermos y educación sanitaria del público (Paraguay-5). A la labor de control de la anquilostomiasis se añadió después una campaña de vacunación colectiva contra la viruela, a fin de aprovechar las visitas de casa en casa. El acuerdo correspondiente se firmó en 1951, pero debido a las demoras en la llegada de los suministros, especialmente drogas y vacunas, no fué posible comenzar la campaña en toda su intensidad hasta fines de 1953.

En 1954 se hicieron notables adelantos. Se realizaron campañas

Cestas tubulares de bambú que se emplean en ciertos sectores rurales de Paraguay para evitar los hundimientos de las letrinas.



colectivas en cinco zonas rurales y en cuatro zonas suburbanas de Asunción; se visitaron 24,228 casas con un total de 136,998 habitantes, y se administraron medicamentos a 59,963 personas, es decir, al 44% de la población visitada, pero en las zonas rurales se logró un porcentaje más satisfactorio.



En Asunción funciona a plena capacidad un taller en el que se fabrican cestas

de bambú así como losas de concreto reforzado para letrinas. Desde que comenzó la campaña se han instalado o reparado 5,967 letrinas, elevando así del 46 al 72 por ciento la proporción de viviendas dotadas de medios adecuados de eliminación de excrementos en la zona en que se desarrolla la campaña.

El número de personas vacunadas contra la viruela ascendió a 92,646, o sea, el 68 por ciento de la población de la zona, y de ellas 40,353 fueron vacunadas por primera vez. El porcentaje de primeras vacunaciones fué de 55 y el índice de protección lograda se elevó a veces hasta el 90 por ciento. Se está tratando de mantener esos índices por medio de los programas ordinarios que llevan a cabo los centros de salud.

Se calcula que la mitad de la población de la zona está infestada de anquilostomas y que la infestación en el grupo de 5 a 19 años de edad asciende a un 70 por ciento. Se descubrió un promedio de 2.1 huevos por miligramo de heces.

Se ha intensificado el adiestramiento de personal. Durante el año tuvo lugar el cuarto curso para inspectores sanitarios; se concedieron becas a dos inspectores sanitarios a fin de que pudieran seguir un curso en Chile, y un inspector que anteriormente recibió una beca se ha reincorporado a la campaña. También se contrató a un ingeniero, al que después se le adjudicó una beca para que pudiera emprender estudios especializados en el extranjero.

## Lepra

En Paraguay, la lepra constituye un grave problema para cuya solución el Gobierno solicitó la colaboración de la OMS y del UNICEF y se nombró un consultor que cooperó con el Gobierno en la formulación de un programa para el control de la enfermedad, habiéndose ultimado los planes para iniciarlo en 1955 (Paraguay-9).

## Peste

En una reunión del Comité de Control del Convenio Sanitario Fronterizo entre Bolivia, Chile y Perú, celebrada en Arica en julio de 1953, se convino en que debían realizarse estudios epidemiológicos sobre la situación de la

peste en Bolivia y Perú (AMRO-74). Desde hace muchos años, la Oficina ha venido cooperando con el Gobierno del Perú en los estudios epidemiológicos sobre esta enfermedad.

En Bolivia, la zona infectada se extiende de sur a norte, desde la frontera con la Argentina y hasta la provincia de Ichilo, a 80 kilómetros al norte de Santa Cruz de la Sierra; y de este a oeste, desde Charagua, en la provincia de Cordillera, hasta la de Zudanez, abarcando una extensión total de unos 26,000 km.<sup>2</sup>. Durante estos últimos años la enfermedad muestra una tendencia a extenderse hacia la Cuenca del Amazonas, lo que representa un grave peligro para una vasta área.

A solicitud del Gobierno de Bolivia, se proporcionaron los servicios de un consultor. El plan de actividades incluye acuerdos con instituciones científicas de Inglaterra y Brasil, para que se encarguen de la clasificación de roedores, pulgas y otros artrópodos recogidos durante los estudios.

En Ecuador se prestó asesoramiento técnico en el control de la peste, especialmente en las zonas donde la enfermedad es endemo-epidémica. En 1954, la OMS proporcionó también equipo e insecticidas (Ecuador-52).

Durante un brote de peste ocurrido este año en la isla de Puná, un consultor técnico colaboró con las autoridades locales para establecer medidas de control. Según datos del Servicio Nacional de Control de la Peste, en 1954 se notificaron 82 casos humanos de la enfermedad: tres en Chimborazo, 70 en Loja, uno en El Oro y ocho en Guayas. En este total están incluidos seis casos fatales no notificados a tiempo para que pudieran recibir tratamiento. El Servicio continúa su programa de control de ratas y de sus ectoparásitos, así como el de inspección de los barcos a su llegada a puerto. Se espera que en 1955 aumente y extienda sus actividades.

## Tuberculosis



En un reciente estudio de la OMS sobre la tuberculosis, con referencia especial al problema<sup>1</sup> de la vacunación con BCG, se señala que esta enfermedad constituye una amenaza constante para la salud y la vida en todo el mundo, especialmente en las zonas de escasos recursos médicos. En vista de que no es posible pensar en el control inmediato de esta enfermedad, las esperanzas para la prevención en gran escala se han concentrado en la vacunación con BCG.

<sup>1</sup> Oficina de la OMS de Investigaciones sobre la Tuberculosis, Copenhague. BCG Vaccination. Ginebra, 1953, 307 pp. (Serie de Monografías No. 12).



Durante los últimos años se han realizado amplias campañas internacionales, en las que millones de personas han sido sometidas a la prueba de la tuberculina y vacunadas.

Sin embargo, falta mucho por conocer sobre la vacunación con BCG. Aunque las pruebas de laboratorio han demostrado que esta vacuna protege a los animales contra la infección virulenta y los estudios realizados indican que también protege al hombre, cuando se iniciaron las campañas colectivas, hace unos siete u ocho años, se contaba con escasa información exacta sobre la vacuna misma, su variabilidad, sus cualidades de conservación, la forma de aplicarla y, especialmente, sus efectos inmediatos y a largo plazo.

Desde entonces se han efectuado numerosos estudios internacionales coordinados. Según el Sexto Informe del Comité de la OMS de Expertos en Tuberculosis, publicado en octubre de 1954, existen pruebas convincentes de que se desarrolla una resistencia específica después de una infección natural de tuberculosis primaria, y que se puede inducir una resistencia semejante por medio de la vacunación.

El Comité consideró que al realizar una campaña de vacunación colectiva en un país solo debe emplearse un método de vacunación, a fin de evitar posibles confusiones entre las vacunas de diferentes concentraciones. También recomendó que se lleven a cabo encuestas preliminares antes de emprender un programa de vacunación colectiva con BCG en un área. El Comité abogó por la integración de la vacunación con BCG en el programa de control de la tuberculosis y por la integración de este programa en el servicio general de salud pública de un país.

Con respecto a los programas aislados de vacunación con BCG, la OMS tiene por norma no dar la aprobación técnica hasta que se haya efectuado un estudio sobre la forma en que pueden integrarse estas actividades en los servicios generales de salud pública.



Envase de vacunas de BCG para uso local, Instituto Nacional de Higiene, Ecuador.

Se distribuyeron dos documentos, *Standard Methods for Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis in WHO-Assisted Centers e Instructions for Statistical Work in Connection with WHO Tuberculosis Control Projects*, entre el personal de campo que se dedica a esta labor.

Durante 1954 se proporcionaron servicios técnicos de asesoramiento en relación con numerosos programas de control de la tuberculosis y de vacunación con BCG, la mayoría de los cuales vienen ejecutándose desde hace bastante tiempo.

En Belice se desarrolla un programa de vacunación con BCG iniciado en septiembre de 1953 (Belice-2). En Costa Rica, la primera campaña nacional de

vacunación con BCG llegó a su etapa final a principios de 1954. Un consultor de la Oficina colabora en la preparación del informe final (Costa Rica-5).

En Ecuador se ha prestado ayuda en el estudio de la reorganización del Servicio Nacional Antituberculoso, inclusive el laboratorio de BCG de Guayaquil. El programa tiene también por objeto desarrollar en el Ecuador un centro de adiestramiento en control de la tuberculosis para personal nacional y extranjero, así como mejorar el programa de control en ese país (Ecuador-5).

Un experto en patología colaboró, hasta septiembre de 1954, en la planificación del Departamento Patológico de Tuberculosis y en el adiestramiento de personal técnico. Este consultor dió varios cursos y conferencias durante el año.

El primer curso internacional para médicos se celebró del 23 de agosto al 7 de octubre. La Oficina proporcionó los servicios de un consultor a corto plazo para este curso y adjudicó becas a estudiantes extranjeros. Asistieron médicos de los siguientes países: uno de Guatemala, El Salvador, Honduras y Panamá, respectivamente, dos de Paraguay, dos de Bolivia y 12 del Ecuador.

El curso consistió en 80 conferencias, 116 sesiones de prácticas de laboratorio, 21 debates de mesa redonda, dos seminarios y varias visitas a centros antituberculosos del Ecuador.

En 1954 el laboratorio de BCG, equipado por el UNICEF, continuó produciendo vacuna para uso en el Ecuador (Ecuador-6). Se nombró un consultor a corto plazo con el fin de que cooperara en el desarrollo del laboratorio y en el adiestramiento de personal local. Hasta el 30 de noviembre se habían preparado 90,000 dosis de BCG y una cantidad similar de Derivativo de Proteína Pura (PPD) y se dió un curso completo de adiestramiento para el personal del laboratorio. Se espera que la vacuna de BCG preparada, una vez aprobada por la OMS, será usada en Ecuador y otros países de la América Latina.

Un programa que se desarrolla en Colombia, con la colaboración de la OMS, tiene por objeto la organización de una campaña de vacunación colectiva con BCG y el adiestramiento de personal, tanto profesional como auxiliar, en las técnicas de vacunación con BCG y en la realización de pruebas de tuberculina (Colombia-15). Se dió un curso de preparación práctica de tres meses de duración, a 60 vacunadores. También recibieron adiestramiento práctico diez médicos. En Bogotá se prepararon varias películas para las actividades de educación popular que precedieron a la campaña. Esta se inició el 20 de septiembre. Para fines de diciembre se había aplicado la prueba de la



Niños esperando turno para la vacunación.  
Campaña de BCG en Trinidad y Tobago.

tuberculina a 625,392 personas y se habían realizado 343,931 vacunaciones con BCG. El equipo y suministros necesarios fueron provistos por UNICEF. La OMS proporcionó los servicios de un experto y también concedió una beca a corto plazo.

Uno de los objetivos de un programa de control de la tuberculosis en Paraguay (Paraguay-2), fué la instalación de un laboratorio de diagnóstico con modernas técnicas para el diagnóstico de la enfermedad. El personal internacional asignado a este programa terminó su labor en el mes de diciembre. Por primera vez en el Paraguay, se cultivó el bacilo de la tuberculosis en el nuevo laboratorio y además se facilitó adiestramiento a un gran número de personas a fin de que puedan prestar servicio en los centros de salud, tanto en trabajos de campo como de laboratorio.

Las campañas colectivas de vacunación con BCG y examen de rayos X deben dar una idea exacta de la situación de la tuberculosis en el país. Se dió un breve curso sobre técnicas de radiología a varios trabajadores auxiliares, para que pudieran encargarse de este aspecto del programa.

En la campaña de BCG, que comenzó en agosto, la colaboración del pueblo fué excelente, a pesar de que no se pudieron exhibir todas las películas de publicidad. Un factor que contribuyó al éxito del trabajo fué el buen adiestramiento proporcionado a los técnicos nacionales y la colaboración experta de miembros del personal adscritos a la Zona VI (Paraguay-7).

El Gobierno de Chile terminó durante el año la construcción de un edificio especial en los terrenos del Instituto de Bacteriología (Chile-10). Se ha instalado todo el equipo suministrado por UNICEF, con excepción del sistema de aire acondicionado. Se ha comenzado la producción de vacuna y después de un tiempo prudencial el laboratorio será inspeccionado por un experto de la OMS. El UNICEF proporciona también equipo de campo y se espera que la campaña de vacunación en las zonas rurales comenzará en marzo de 1955.

En 1954 se completaron las campañas de vacunación colectiva con BCG desarrolladas en San Cristóbal, Granada y Trinidad, con la ayuda de la OMS/UNICEF. Los resultados, evaluados de acuerdo con el total de pruebas realizadas y de vacunados "negativos", fueron buenos. En cada una de las tres islas se han establecido programas de vigilancia y de exámenes radiográficos ulteriores de los casos "positivos" (Islas de Sotavento-1, Islas de Barlovento-1, Trinidad-1).

La campaña iniciada en la Guayana Británica en marzo de 1954, quedará terminada a principios de 1955 (Guayana Británica-1). El número de personas sometidas a prueba hasta el 18 de diciembre de 1954, ascendía a 177,799, de las cuales 96,478 habían sido vacunadas.

El estadístico de BCG encargado del análisis estadístico de los programas OMS/UNICEF, visitó la Guayana Británica, Belice, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Ecuador, Guatemala, Jamaica, Paraguay y Trinidad. En 1955 preparará un informe final para la Oficina de la OMS de Investigaciones sobre la Tuberculosis, establecida en Copenhague, Dinamarca (AMRO-31).

En relación con la planificación de la labor futura, se prepararon propuestas sobre la continuación de las actividades de vacunación con BCG en los países, una vez que se retire el personal proporcionado por la OMS/UNICEF, y enviándolas a la Sección de Tuberculosis de la Oficina Central de Ginebra.

Se envió información a la Oficina Regional para el Pacífico Occidental sobre un plan propuesto para un estudio comparativo de vacunación oral e intra-dérmica con BCG, en el Brasil. Este estudio está pendiente de la aprobación de las autoridades sanitarias brasileñas. En el Paraguay prosiguieron los estudios sobre la hidrazida del ácido isonicotínico.

### Otras enfermedades virales no transmitidas por mosquitos

Aun cuando la información disponible sobre la frecuencia de la viruela es incompleta, demuestra claramente que esta enfermedad va disminuyendo. Un ligero examen de la siguiente tabla revela que de Alaska a Panamá, no hubo casos de viruela en 1954. Canadá, Estados Unidos, México, América Central e incluso ciertas áreas situadas más al sur, están todas libres de la enfermedad. En ninguna otra parte del mundo ha habido una región tan extensa libre de viruela, pero en América del Sur sigue constituyendo un grave problema.

La viruela en las Américas  
Casos notificados, 1951-1954

AREA	1951	1952	1953	1954 <sup>a</sup>
Argentina	984	740	336	202
Bolivia	759	590	398	... <sup>c</sup>
Brasil <sup>b</sup>	1,190	1,318	875	649 <sup>d</sup>
Colombia	3,844	3,235	5,467	7,146
Chile	44	14	7	0
Ecuador	233	670	703	2,516
Estados Unidos	11	21	4	0
Guatemala	3	0	1	0
México	27	0	0	0
Paraguay	282	313	0	27 <sup>d</sup>
Perú	1,218	1,370	161	136
Uruguay	0	16	7	1
Venezuela	206	127	250	14
Guayana Británica	11	0	0	0

<sup>a</sup>Cifras preliminares      <sup>c</sup>No se dispone de datos

<sup>b</sup>Únicamente capitales      <sup>d</sup>Datos incompletos de los Estados

Con el fin de erradicar esta enfermedad en las Américas, la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Ciudad Trujillo, en 1950, recomendó a los Estados Miembros el desarrollo de un programa sistemático de vacunación y revacunación antivariólica. El Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana asignó fondos especiales, en 1953 y 1954, para esta finalidad. En 1953 se emprendió un programa complementario y en 1954 se tomaron medidas encaminadas a la erradicación (AMRO-60).

Una de las principales dificultades en toda campaña de vacunación antivariólica, es la conservación adecuada de la vacuna. Se ha prestado ayuda a las autoridades locales para la producción de cantidades suficientes de vacuna seca que sea potente y se conserve bien. Esto resolvería los problemas de transporte, importación y almacenaje.

Desde 1951, un experto en la producción de vacuna seca contra la viruela ha venido visitando varios países y ha colaborado con las autoridades sanitarias en el establecimiento de laboratorios de producción de dicha vacuna. En 1954 visitó Cuba, México, Costa Rica, Guatemala, El Salvador, Panamá, Ecuador, Perú y Brasil. Durante el año se facilitaron servicios de asesoramiento técnico así como suministros y equipo esenciales a Ecuador, Bolivia, Argentina, Cuba y Chile. Se estableció un acuerdo con el *Serum Institute* de Copenhague para que se encargue de efectuar las pruebas de la vacuna antivariólica seca producida por los laboratorios nacionales.

En la preparación y ejecución de las campañas antivariólicas nacionales, la Oficina proporciona los servicios de consultores especializados en este campo, fomenta el adiestramiento del personal y suministra cierta cantidad de equipo necesario. Con la participación activa de las Oficinas de Zona se ha iniciado un programa de este tipo en Colombia y se encuentran muy adelantados los planes para otros en Cuba, Bolivia y Ecuador.

Los planes para la expansión de los programas de erradicación de la viruela recibieron nuevo impulso por una resolución de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana autorizando el uso, para este fin, del superávit en efectivo de 1953, que asciende a la suma de \$144,089. Este programa ampliado, ya en ejecución en su mayor parte, proporciona: 1) servicios de asesoramiento con respecto a las técnicas de laboratorio para el diagnóstico de la viruela y la producción de vacuna antivariólica; 2) servicios consultivos para el planeamiento y ejecución de las campañas nacionales de erradicación de la enfermedad, concediendo especial atención a su integración en los servicios generales de salud pública del país; 3) ayuda y asesoramiento en la preparación de legislación en los distintos países, encaminada a la prevención de la enfermedad; 4) suministros y equipo de laboratorio y para las campañas de vacunación; 5) medios y servicios para el adiestramiento de



Un aspecto de la campaña de vacunación colectiva (Perú).

La policía pide a los pasajeros del automóvil que muestren el certificado de vacunación; cuando no lo hacen, son vacunados en el acto. (Perú).



personal local en las técnicas de producción de vacuna y en la planificación y ejecución de las actividades de campo; y (6) ayuda para mejorar el sistema de notificación de casos de la enfermedad.

En la página 59 se describe un programa combinado de control de anquilostomiasis y de la viruela que se desarrolla en el Paraguay (Paraguay-5).

## **Poliomielitis**

De acuerdo con las recomendaciones formuladas por su Comité de Expertos en Poliomiélitis, la OMS se ha ocupado activamente del desarrollo de una red mundial de centros regionales para esta enfermedad, cuyas funciones son las siguientes: (1) identificar, tipificar y estudiar el virus de la poliomiélitis y los virus causantes de enfermedades semejantes; (2) poner las cepas de virus aisladas a la disposición de otros centros de la OMS para la poliomiélitis, y de otros laboratorios de investigación que trabajan en este campo; (3) preparar y distribuir cantidades limitadas de reactivos estándar de laboratorio a fin de facilitar la labor de los laboratorios nacionales dedicados al estudio de la enfermedad; (4) realizar investigaciones en los centros de la OMS para la poliomiélitis y coordinarlas con las de los laboratorios que trabajan en esta rama; (5) emprender el adiestramiento de virólogos en las nuevas técnicas de cultivos en tejidos, empleadas en el estudio de la enfermedad; (6) notificar a la correspondiente Oficina Regional de la OMS y a la Oficina Central de Ginebra la presencia de epidemias de poliomiélitis en las zonas atendidas por los respectivos centros; (7) publicar informes anuales o más frecuentes de la labor realizada en los mencionados centros.

El Servicio de Poliomiélitis de la Sección de Medicina Preventiva de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale, ha sido designado como Centro Regional de la OMS para las Américas, en relación con esa enfermedad. Un consultor visitó Jamaica en el mes de diciembre a fin de estudiar el brote de poliomiélitis que ocurrió en dicha isla. La Oficina cooperó también con las autoridades sanitarias de México (Inter-Regional 14-15, México-20), en los preparativos para llevar a cabo investigaciones sobre esa enfermedad.

Con el fin de prestar ayuda al Gobierno de Costa Rica en la situación de emergencia creada por la intensa epidemia de poliomiélitis que ocurrió en ese país a principios de año, la Oficina proporcionó los servicios de un consultor para la rehabilitación de los enfermos paráliticos (Costa Rica-11).

La Oficina mantuvo estrecha relación con la Fundación Nacional contra la Parálisis Infantil (Estados Unidos) a fin de estar perfectamente informada de los diversos programas que aquella desarrolla y, especialmente, de las pruebas de vacunación.

## **Influenza**

La Oficina, en su carácter de Oficina Regional de la OMS, continuó teniendo a su cargo el desarrollo del programa de la OMS de lucha contra la influenza en este Hemisferio (Inter-Regional-10). Los objetivos fundamentales de este programa consisten en planear las medidas necesarias contra la posible recurrencia de una pandemia, elaborar métodos de control que limiten la propagación y gravedad de la enfermedad, y mitigar las repercusiones

económicas de una epidemia. Se ha establecido una red mundial de centros y observadores para el descubrimiento de brotes, rápida identificación del virus y coordinación de las investigaciones en este campo. Durante 1954, al igual que el año anterior, varios epidemiólogos y clínicos prestaron servicio como observadores de la OMS en relación con la influenza. Su misión consiste en estar alerta a los brotes, notificarlos a la Oficina cuando ocurran y, siempre que sea posible, colaborar con los laboratorios en la recogida de muestras para establecer diagnósticos específicos. Se designaron nuevos Observadores de Influenza en Cuba, Haití, República Dominicana y Estados Unidos.

Un nuevo centro, la Sección de Virus del Instituto Adolfo Lutz, de São Paulo, Brasil, ha convenido en colaborar en este programa. Existen ahora 17 Centros de Influenza en las Américas, 10 en los Estados Unidos, dos en el Brasil y los restantes en Argentina, Canadá, Chile, Jamaica y México, respectivamente.

Al Instituto Bacteriológico Carlos Malbrán, que es el Centro de Influenza en la Argentina, se le proporcionaron antígenos y antisueros para la tipificación e identificación del virus de la enfermedad. En 1954, este centro clasificó cuatro cepas del virus aislado en el brote de 1953, empleando reactivos facilitados por la OMS y las envió al Laboratorio de Referencia para las Américas, que tiene establecido la OMS en Nueva York. Del Centro de Influenza de São Paulo se recibieron muestras del virus liofilizado, aislado durante la epidemia de 1953 en dicha ciudad, las que igualmente fueron remitidas al Laboratorio de Referencia.

### Fiebre Aftosa

El Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, situado cerca de Río de Janeiro, Brasil, bajo la dirección técnica de la Oficina (véanse pags. 18 y 175), se encuentra ahora en su cuarto año de actividad (AMRO-77). Durante 1954 continuó desempeñando sus funciones de adiestramiento, consultas, diagnóstico e investigación. Se llevaron a cabo dos cursos de adiestramiento. El primero se celebró de abril a junio, con la participación de nueve veterinarios del Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. El segundo, en forma de seminario, de dos semanas de duración, tuvo lugar en Panamá en el mes de noviembre, asistiendo 24 funcionarios principales de agricultura y especialistas en fiebre aftosa de los países y territorios de Centro América, el Area del Caribe, Colombia y Venezuela.

Durante 1954 no hubo casos de fiebre aftosa en ningún país de este Hemisferio donde no hubiera existido la enfermedad anteriormente, aunque hacia fines de año un brote que ocurrió en una parte del Brasil ya infectada, amenazaba propagarse al ganado de la Guayana Británica. En



Inspección del ganado durante la campaña contra la fiebre aftosa.

México no ha ocurrido ningún nuevo brote y como la enfermedad no reapareció dentro del período de tiempo prescrito (un año desde el último caso), el 31 de diciembre de 1954 se revocó la prohibición impuesta por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos de importar productos del ganado de México a los Estados Unidos. Los países de Norte y Centro America y del Area del Caribe, así como Ecuador fueron declarados de nuevo libres de la enfermedad.

Durante el año se examinó el equipo disponible y se estudió la compra de material para la instalación de una planta piloto de producción de vacuna. Con este equipo se ensayará la aplicación práctica de las nuevas vacunas descubiertas en los trabajos de investigación. Aumentaron las solicitudes de servicios de diagnóstico. El incremento en la producción de vacuna hizo necesario el nombramiento de un virólogo. En el informe anual del Centro, que se publica por separado, aparece una descripción más amplia de este programa.





**ADMINISTRACION DE SALUD PUBLICA**

## ADMINISTRACION DE SALUD PUBLICA

	<i>Página</i>
<b>Alcance de las actividades de salud pública</b>	73
Fortalecimiento de los Departamentos de Sanidad	73
Integración de las actividades sanitarias	73
Estadísticas sanitarias	74
Información epidemiológica	75
Las estadísticas y la preparación de programas	76
Servicios consultivos	78
Preparación especial	78
<b>Saneamiento del medio</b>	80
Preparación de los programas	80
Servicios de asesoramiento y otros	80
Proyectos en ejecución	81
<b>Higiene maternoinfantil</b>	83
Programas simultáneos	83
Mortalidad infantil	84
Normas generales de la OSP	85
Proyectos en ejecución	87
<b>Enfermería</b>	92
Un homenaje a la enfermera	92
Programa actual	92
<b>Nutrición</b>	94
La labor del INCAP	94
Bocio endémico	95
Otros servicios	96
<b>Otras actividades</b>	96
Odontología de salud pública	96
Laboratorios de salud pública	96
Higiene mental	97
Antropología cultural	97
Bancos de sangre	97
Servicios locales de salud pública	97

## ADMINISTRACION DE SALUD PUBLICA

### Alcance de las actividades de salud pública

#### Fortalecimiento de los Departamentos de Sanidad

La labor de salud pública no consiste solamente en la realización de programas de control y erradicación de las enfermedades. El exterminio de las enfermedades debe ir acompañado del fortalecimiento de la salud.

Esta sección del Informe Anual trata de la ayuda que se presta a actividades de carácter tan constructivo como son la higiene maternoinfantil, la enfermería, la nutrición, la higiene mental y los laboratorios de salud pública. También se describe, en primer lugar, el apoyo que reciben ciertas actividades fundamentales que orientan, sostienen y fortalecen toda la labor de salud pública, es decir, las estadísticas sanitarias, información epidemiológica y saneamiento del medio.

Por último, un objetivo principal de la Oficina Sanitaria Panamericana ha sido el de colaborar con los Gobiernos para fortalecer y desarrollar los departamentos de sanidad.

Es evidente que si los servicios nacionales de sanidad no toman medidas ulteriores como complemento de las campañas contra las enfermedades, no sólo se podrían anular los resultados obtenidos mediante los programas de erradicación del *Aedes aegypti*, erradicación de la malaria, vacunación con BCG, erradicación de la frambesia, control de enfermedades venéreas y vacunación contra la viruela, sino que más adelante sería necesario repetir totalmente o en parte esas campañas colectivas a fin de recuperar el terreno perdido. Los departamentos de sanidad son los organismos permanentes que mantienen la vigilancia contra la reimportación de las enfermedades y se ocupan de elevar el nivel de salud de las poblaciones a su cargo.

#### Integración de las actividades sanitarias

En 1954 se formaron comités de planificación en los Ministerios de Sanidad de varios países que tienen en ejecución programas coordinados de salud pública. En estos comités, encargados de la preparación de amplios proyectos de largo alcance, participan los asesores internacionales y el personal nacional homólogo. También forman parte, a veces, representantes de otros ministerios. Panamá y El Salvador constituyen un notable ejemplo de este sistema.

En otra sección de este Informe se trata más extensamente de la labor de educación en salud pública, pero cabe señalar aquí que los cursos de adiestramiento facilitados en esos programas coordinados incluyen la preparación de médicos, enfermeras de salud pública, inspectores sanitarios, educadores sanitarios y personal auxiliar. Un importante aspecto de esta labor consiste en el adiestramiento durante el servicio y que abarca actividades tan diversas como el control de insectos, saneamiento del medio, control de las enfermedades transmisibles, nutrición, estadística, higiene maternoinfantil, atención médica y administración de salud pública.

Los programas coordinados de salud pública pueden tener su origen en una o en varias actividades, o bien en una zona de demostración sanitaria. En Paraguay, por ejemplo, los programas de saneamiento del medio, higiene maternoinfantil, educación sanitaria, y control de la tuberculosis, enfermedades venéreas, viruela y anquilostomiasis, que hasta ahora constituían actividades separadas, se han reunido en un programa coordinado bajo la dirección de una sola persona que asume la responsabilidad general de todos ellos. Esas actividades integradas representan la función natural de un departamento de sanidad bien organizado.

La actual tendencia hacia la integración de las actividades sanitarias en un solo programa de servicios coordinados tiene por objeto eliminar la duplicación a que pueden dar lugar las actividades dispersas. De aquí también que la Oficina se muestre cada vez menos propicia a apoyar solicitudes de asistencia técnica para actividades diversas e independientes. Para ser efectivas, esas actividades deben formar parte de un programa integrado que a su vez, requiere el apoyo de un departamento de salud pública, bien organizado, centralizado y dirigido por un cuerpo de profesionales empleados a tiempo completo, competentes y adecuadamente remunerados.

### Estadísticas sanitarias

El Código Sanitario Panamericano, aprobado en 1924, contiene muchas referencias a datos estadísticos y recomendaciones para la estandarización de las estadísticas de morbilidad y mortalidad, así como para el intercambio de información que pueda ser de utilidad para la salud pública y la lucha contra las enfermedades del hombre. Así, pues, hace muchos años quedaron sentados los cimientos para el desarrollo de un programa de estadística.

La inclusión del estudio de métodos para mejorar la exactitud y fidelidad de los datos estadísticos primarios, entre los temas para las discusiones técnicas de la

Población aproximada sobre la que existen estadísticas de mortalidad, por continentes, 1950<sup>1</sup>

Continente	Población aproximada, 1950	Comprendida en las estadísticas	
		Población	Porcentaje
Africa	198,000,000	45,094,000	23
América del Norte	216,300,000	212,655,000	98
América del Sur	111,400,000	56,055,000	50
Asia	1,272,000,000	556,865,000	44
Europa	396,300,000	334,111,000	85
Oceanía	12,900,000	11,192,000	87
URSS	193,000,000 <sup>2</sup>		

XIV Conferencia Sanitaria Panamericana (Santiago, Chile, 1954), dió mayor importancia a la colaboración de la Oficina en los trabajos de estadística. Las diez resoluciones que figuran en el Acta Final de la Conferencia proporcionan a la Oficina una excelente base para un futuro programa de estadística.

Por su importancia, y con el fin de demostrar la extensión del programa de estadística en las Américas, a continuación se resumen las citadas resoluciones. En la primera de ellas se

<sup>1</sup> *Demographic Year Book*, Naciones Unidas, 1951.

<sup>2</sup> Estimado en 1946.

establece claramente que la expresión "estadísticas sanitarias" incluye estadísticas de población, de nacimientos y defunciones, de morbilidad, de recursos y servicios de salubridad y de carácter económico y social relacionadas con la salud. La segunda resolución recomienda que los organismos sanitarios fomenten la obtención de estadísticas demográficas fidedignas y colaboren en la planificación de los censos de población. En otras resoluciones se recomienda la explicación de las normas publicadas para mejorar los sistemas de estadística y de notificación de casos y para proporcionar datos que permitan la comparabilidad tanto en escala nacional como internacional y que los Países Miembros tomen medidas para la obtención de estadísticas de los recursos nacionales destinados a salubridad, con el fin de facilitar la planificación, evaluación y perfeccionamiento de los programas sanitarios. También debe fomentarse el uso de las estadísticas económico-sociales con el objeto de dar unidad a las actividades que tienden a elevar el nivel de vida de la población.

Puesto que la estadística es indispensable en todas las fases del programa sanitario, se aprobó una resolución recomendando que los Estados Miembros fomenten y fortalezcan los servicios de estadística en los organismos de salubridad, dotándolos de medios materiales y de personal debidamente adiestrado. Asimismo, con el fin de mejorar la fidelidad y exactitud de los datos estadísticos se recomienda que las escuelas de medicina, de enfermería y de servicio social incluyan en sus planes de estudios la enseñanza de estadística y que se desarrollen programas para la formación de estadísticos sanitarios.

A este respecto debe mencionarse el Resumen de Informes de los Estados Miembros, correspondientes al período 1950-53. Este resumen revisado y completado por la Oficina antes de imprimirse presenta por primera vez en forma detallada datos estadísticos de morbilidad y mortalidad en los países americanos.

La Conferencia consideró que este Resumen de Informes de los Estados Miembros es un valioso documento para conocer los problemas sanitarios de las Américas. Recomendó a los Estados Miembros que comenzaran inmediatamente a mejorar la información estadística que habrá de incluirse en los próximos informes. En una resolución final se recomienda que la Oficina colabore con los Estados Miembros en el desarrollo de programas de educación y adiestramiento en estadísticas aplicadas a la salubridad.

### **Información epidemiológica**

La compilación de información relativa a las enfermedades cuarentenables y otras enfermedades transmisibles es práctica establecida en la Oficina. Inmediatamente que se reciben informes sobre enfermedades cuarentenables, se cablegrafían a los países vecinos de los afectados y a las oficinas de la OMS en Ginebra, Singapur y Manila.

Todos los martes se prepara el *Informe Epidemiológico Semanal* para enviarlo el miércoles, por correo aéreo, a las autoridades sanitarias de las Américas. Esta publicación contiene datos sobre las enfermedades cuarentenables, informes especiales sobre la influenza y la poliomiélitis, así como otros relativos a la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional.

Durante el año se agregó en la primera página de este informe un cuadro resumen del total general de los casos de fiebre amarilla, peste, tifo

transmitido por piojos, y viruela notificados durante el curso del año y en el año anterior, así como el número de casos durante la semana de que se trata. También contiene información especial sobre al *Aedes aegypti*, a fin de atender a las necesidades en esta materia.

Los datos recibidos mensualmente sobre enfermedades de notificación obligatoria en las Américas, se publican en *Estadística Sanitaria*, (trimestral), que se distribuye ampliamente a los Estados Miembros y a las instituciones y personas interesadas. Esta publicación contiene también informes, en español y en inglés, sobre las actividades internacionales e interamericanas en el campo de la estadística vital y sanitaria.

En Santiago, Chile, se celebró del 30 de noviembre al 11 de diciembre de 1953, un seminario sobre la notificación de enfermedades transmisibles, patrocinado por la Oficina Sanitaria Panamericana y el Gobierno de aquel país. Las recomendaciones formuladas en ese seminario fueron publicadas en julio de 1954 en un folleto titulado "Procedimientos Básicos para la Notificación de las Enfermedades Transmisibles". Una tirada de 1,000 ejemplares en inglés y 4,000 en español resultó insuficiente para atender a las peticiones de ese folleto, por lo que se procede a una segunda edición. Esta publicación, el Reglamento Sanitario Internacional y otras relativas a temas afines se pusieron a la disposición de los estudiantes de las escuelas de salud pública de las Américas.

Como un nuevo paso en el programa para mejorar la notificación, se proyecta celebrar un seminario sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, en el que se pondrá de relieve la necesidad de informar sobre las enfermedades de notificación obligatoria y de desarrollar sistemas de notificación claros y eficientes, todo lo cual es esencial para la aplicación adecuada del Reglamento.

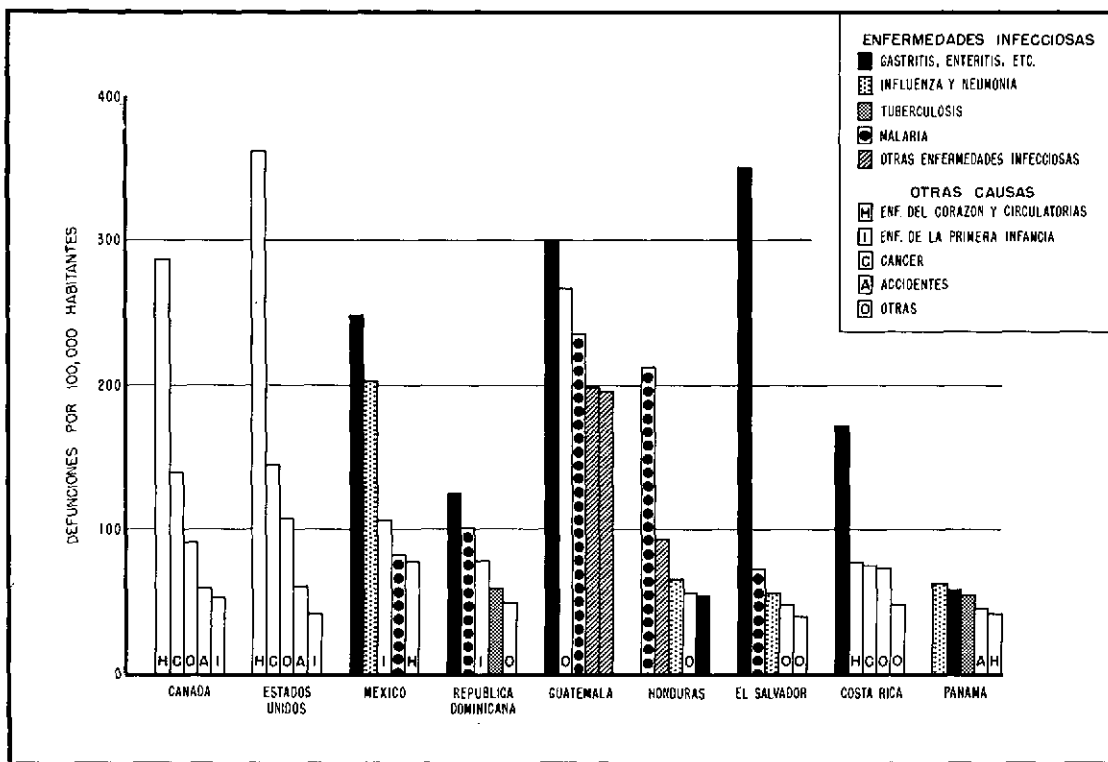
La compilación de información relativa a los requisitos necesarios para los viajes internacionales y a la aplicación e interpretación del Reglamento son funciones que corresponden a la Oficina. La reciente declaración de un área local infectada (fiebre amarilla en Trinidad) dió lugar a una extensa correspondencia relativa a la interpretación del Reglamento. En 1954 se imprimió una segunda edición española del Reglamento para su distribución en las Américas.

### **Las estadísticas y la preparación de programas**

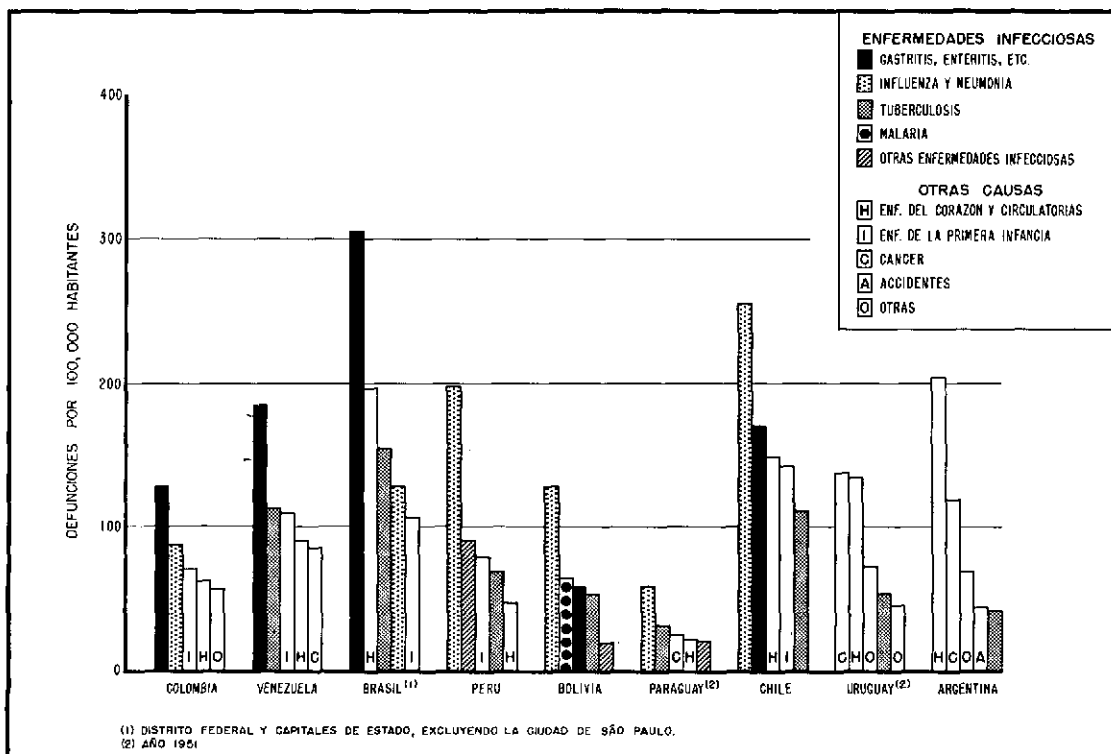
Además de compilar y distribuir estadísticas de las enfermedades de notificación obligatoria, la Oficina hace lo propio con la información relativa a las condiciones de salud en las Américas, a fin de que sirva de base para la preparación de programas. Se ha hecho referencia al Resumen de los informes cuadriennales, principalmente de carácter estadístico, sobre las condiciones sanitarias en los países, preparado para la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana (véanse páginas 1 y 5).

Los diagramas que aparecen en la página 77 relativos a las causas principales de defunción en ciertos países de América del Norte y del Sur, constituyen un ejemplo de la forma en que las estadísticas revelan las condiciones sanitarias de un país. Enfermedades que todavía predominan en algunos países han quedado reducidas en otros hasta el punto de que ya no figuran entre las causas principales de defunción.

LAS CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION, POR 100,000 HABITANTES  
EN NUEVE PAISES DE AMERICA DEL NORTE, 1952



LAS CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION, POR 100,000 HABITANTES  
EN NUEVE PAISES DE AMERICA DEL SUR, 1952



(1) DISTRITO FEDERAL Y CAPITALES DE ESTADO, EXCLUYENDO LA CIUDAD DE SÃO PAULO.  
(2) AÑO 1951



Se han preparado formularios para la obtención de información básica de cada país. Se elaboraron, en primer lugar, los relativos al saneamiento del medio, porque se necesitaban inmediatamente datos sobre estas actividades para utilizarlos con motivo del Día Mundial de la Salud (1955), para el que se había escogido el lema "Agua pura, base de la salud". La información solicitada en esos formularios incluye diagramas sobre la estructura y relaciones entre los servicios sanitarios nacionales y locales, en materia de estadísticas sanitarias, una lista de personalidades sanitarias, tablas sobre los sistemas de abastecimiento de agua y alcantarillado, y datos sobre la higiene de los alimentos, personal, presupuesto y formación profesional de ingenieros, veterinarios e inspectores sanitarios.

Se resumen, para su publicación, los informes mensuales y trimestrales que se reciben sobre las campañas de erradicación del *Aedes aegypti* (véanse páginas 127 y 128 para información sobre otras publicaciones). Durante el año se dieron a conocer nuevas formas y procedimientos en una "Guía para la preparación de los Informes sobre la Campaña de Erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas" (publicada en español y en inglés). Se ha observado un notable aumento en el número de países que envían informes.

Se han preparado análisis de datos estadísticos sobre varias materias, entre las que figuran la morbilidad y mortalidad causadas por la malaria, mortalidad maternoinfantil y diarrea y enteritis.

### Servicios Consultivos

Con el fin de cooperar en el mejoramiento de las estadísticas sanitarias en las Américas, la Oficina presta servicios consultivos a los países. Además de los servicios prestados desde la Sede, se han asignado créditos en 1955 para nombrar un consultor en estadística con destino a las Zonas II y III. Por medio de este programa se prestarán los siguientes servicios: (1) asesoramiento a los países, de conformidad con las normas recomendadas sobre el mejoramiento de estadísticas sanitarias, especialmente las que se relacionan con las enfermedades de notificación obligatoria; (2) ayuda en el desarrollo de seminarios y cursos de adiestramiento en estadística, en la selección de candidatos a becas y en la supervisión ulterior de los estudiantes que hayan completado los cursos y el adiestramiento en los programas de becas; y (3) asesoramiento sobre la evaluación estadística de los programas de la Oficina y ayuda en la compilación y análisis de información para planear los programas.

### Preparación Especial

Se están desarrollando programas de educación y adiestramiento, en varias escalas, con el fin de mejorar los servicios estadísticos en las Américas, de conformidad con las necesidades de los diversos países.

Un hecho importante en materia de educación y adiestramiento en relación con la estadística en las Américas, fué el informe preparado por una Comisión nombrada en Chile para que formulara recomendaciones sobre la organización de la enseñanza universitaria para aquellas personas que deseen dedicarse a la carrera de estadística. La Comisión propuso que, para este fin, se utilizaran los cursos que se facilitan en la Facultad de Filosofía y Educación. Se proyecta realizar en la Escuela de Salud Pública de la Universidad

de Chile un curso en bioestadística para médicos y estadísticos profesionales, con vistas a la obtención de licenciatura en esa especialidad.

El Centro Interamericano de Bioestadística (AMRO-10), patrocinado por el Gobierno de Chile, la Oficina Sanitaria Panamericana y las Naciones Unidas, fué creado en 1952 con el objeto de mejorar la estadística vital y sanitaria de los países latinoamericanos mediante el adiestramiento del personal técnico de los diversos servicios estadísticos. La facultad de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile facilita un curso de seis meses de estudios académicos y tres meses de prácticas. La primera clase del Centro completó el curso de nueve meses el 27 de noviembre de 1953 y la segunda el 30 de noviembre de 1954. Durante los primeros dos años completaron el curso 53 estudiantes, procedentes de los siguientes países:

Argentina	2	Chile	25	Nicaragua	1
Bolivia	1	Ecuador	1	Panamá	2
Brasil	1	El Salvador	2	Paraguay	4
Colombia	1	Guatemala	1	Perú	2
Costa Rica	2	Haití	2	Uruguay	3
Cuba	1	México	2		

Veintitrés de estos estudiantes recibieron becas de la Organización Mundial de la Salud/Oficina Sanitaria Panamericana.

Otro objetivo del Centro es el de cooperar al desarrollo de las oficinas del Gobierno de Chile relacionadas con los diversos aspectos de las estadísticas vitales y sanitarias. Los expertos internacionales, incluido un miembro del personal de plantilla, participaron tanto en calidad de profesores, en las actividades académicas del programa, como de consultores del Gobierno, para el desarrollo de los servicios de estadística.

Del 29 de noviembre al 15 de diciembre de 1954, se celebró un seminario interamericano para directores de oficinas del registro civil, patrocinado y organizado por el Gobierno de Chile, el Servicio del Registro Civil e Identificación, el Centro Interamericano de Bioestadística y el Instituto de Asuntos Interamericanos.

Además del Centro de Adiestramiento de Chile, se necesitan cursos de adiestramiento a corto plazo, en escala nacional y regional. El primer curso de adiestramiento a corto plazo, en bioestadística, para personal del Area del Caribe (AMRO-79) se celebró en Kingston, Jamaica, del 1 de noviembre al 10 de diciembre de 1954. El curso tenía por objeto proporcionar adiestramiento en estadísticas vitales y sanitarias y en métodos elementales de estadística a personal encargado de compilar y analizar los datos estadísticos de los servicios sanitarios y médicos de los territorios de habla inglesa. El curso estuvo patrocinado por la *British West Indies Public Health Training School*, los Servicios Médicos de Jamaica y la Organización Mundial de la Salud. Asistieron diecinueve estudiantes procedentes de doce territorios. Se trataba de un grupo homogéneo y los estudiantes mostraron gran interés y participaron activamente en los trabajos.

Las notificaciones de casos recibidas durante la reciente epidemia de de poliomiélitis en Jamaica resultaron de utilidad en este curso para la enseñanza relativa a la notificación, clasificación, análisis e interpretación de los datos. Existe una gran necesidad de adiestramiento de esta clase

tanto en el Area del Caribe como en otras de las Américas. Es posible que la *British West Indies Training School* incorpore la preparación de escribientes de estadística a su programa de adiestramiento de trabajadores sanitarios auxiliares.

Se están realizando otros tipos de programas, tales como institutos y la celebración de seminarios, para el adiestramiento durante el servicio del personal empleado en trabajos de estadística. En el Ministerio de Sanidad de Venezuela se está desarrollando un Centro Latinoamericano para facilitar la utilización e interpretación de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades en los países de habla española de las Américas.

## Saneamiento del Medio

### Preparación de los programas

Los informes de los Países Miembros a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Santiago, Chile, en 1954, exponían claramente la necesidad, especialmente en las áreas rurales, de contar con buenos servicios de ingeniería sanitaria que funcionen como parte integrante de los departamentos nacionales de sanidad. Extensas áreas y poblaciones del Continente carecen todavía de adecuados sistemas de suministros de agua y alcantarillado.

A fin de conseguir las mejoras necesarias, se preparó un juego de formularios que tienen por objeto facilitar el análisis, por parte de los servicios nacionales de sanidad, de sus requerimientos en esta materia, análisis que servirá de base para elaborar programas de saneamiento bien concebidos. Al organizar nuevos programas de saneamiento del medio se hace todo lo posible por incorporar esas actividades a un plan más amplio de actividades coordinadas de salud pública.

Teniendo en cuenta la gran necesidad de contar con mayor número de personal de saneamiento debidamente adiestrado, la Oficina Sanitaria Panamericana prestó mayor atención, en 1954, a la organización de seminarios, cursos y centros de adiestramiento y a la concesión de becas. La decisión del UNICEF de colaborar en la labor de saneamiento del medio como parte de los programas que incluyen actividades de higiene materno-infantil, abre nuevas perspectivas para la planificación eficaz a largo plazo.

### Servicios de asesoramiento y otros

Se prestó ayuda a varios comités proporcionando los servicios de expertos en el control de insectos y saneamiento del medio. Se facilitó información sobre especificaciones para insecticidas, tamaño de las partículas de polvos para espolvorear, envío separado de preparaciones concentradas de emulsión, establecimiento de una colonia de *Anopheles aztecus*, así como sobre otros problemas relacionados con las actividades antimaláricas y de saneamiento del medio.

La información técnica proporcionada a los Gobiernos Miembros comprendía materias tales como la eliminación e incineración de basuras, toxicidad de materias inertes, agentes humectantes y de dispersión contenidos en las fórmulas de insecticidas, resistencia del mosquito al DDT, estudios del

dieldrín en Venezuela, "uperización" de la leche en Suiza, estreptomices en el agua, tratamiento de los desperdicios, higiene de los alimentos, abastecimiento de aguas subterráneas, funcionamiento de sistemas de abastecimiento de aguas, uso de tintes en los alimentos, saneamiento de barcos, toxicidad de los componentes de los insecticidas, prevención de reflujo en los sistemas de distribución de aguas, cloración, biología del tratamiento de las aguas servidas, tratamiento del agua y de aguas servidas por ionización de la radiación, digestión de lodos negros, fluoridación del agua, higiene rural e ingeniería de salud pública.

Se mantuvo coordinación con varios organismos del Gobierno de los Estados Unidos así como con organismos e institutos privados que desarrollan actividades relacionadas con el saneamiento del medio.

### Proyectos en ejecución

En Bolivia, se preparó un informe provisional sobre el estudio del abastecimiento de agua de La Paz. Se hicieron recomendaciones sobre los servicios de un consultor permanente y sobre la conveniencia de realizar un



La eliminación de los desperdicios constituye un problema en todas partes. Utilización de los desperdicios de las desmotadoras de algodón para el relleno de terrenos.

estudio más completo de los problemas del abastecimiento de agua de la Capital (Bolivia-6).

Con motivo de unos trabajos relacionados con el centro de demostración y adiestramiento en salud pública del Callao, Perú, se hicieron recomendaciones sobre el equipo de fluoridación y los productos químicos destinados a la misma que se requieren para el tratamiento del agua de la ciudad (Perú-13). Para estos trabajos, se preparó un estudio sobre el papel que desempeña el silicofluoruro de sodio en el tratamiento del agua.

El 27 de agosto de 1954, finalizó, en la ciudad de Guatemala, un proyecto sobre eliminación en basuras, al que se había asignado un plazo de 18 meses. Se reorganizó el servicio municipal de recogida de desperdicios domésticos en una gran parte de la ciudad, que abarca 20,000 casas, y se hizo amplio uso del sistema de relleno de terrenos. Actualmente se emplean doce camiones cerrados y un tractor de oruga. Se proyecta que el nuevo servicio -inspirado por un antiguo becario de la OMS- se extienda, en breve, por toda la ciudad (Guatemala-10).

En 1952, se inició un proyecto, destinado a fomentar el adiestramiento en saneamiento del medio en la América Latina, contando con la cooperación de las tres escuelas de salud pública de São Paulo, México, D. F. y Santiago, Chile. En 1954, las actividades no experimentaron variaciones esenciales. En ese año, cinco becarios asistieron al curso para ingenieros sanitarios, en São Paulo, y se concedieron otras cinco becas para el curso de 1955. Al curso para inspectores sanitarios, celebrado en la escuela de Santiago, asistieron quince becarios. Se proporcionó equipo y material docente a ambas instituciones. Con motivo del curso para inspectores sanitarios, un consultor a corto plazo efectuó una breve visita a Santiago. Asimismo, estuvo en São Paulo con motivo del seminario que allí se celebró sobre enseñanza de ingeniería sanitaria en las escuelas de ingeniería del Brasil.

En relación con el adiestramiento de personal en saneamiento del medio, en las escuelas de salud pública de São Paulo, Brasil, y Santiago, Chile, se realizaron gestiones para adscribir un consultor, durante seis meses, a la escuela de salud pública de Santiago.

Actualmente, en la Escuela de Ingeniería de la Universidad Nacional de México, se celebran cursos completos de ampliación de estudios sobre ingeniería sanitaria. Dichos cursos son independientes de la enseñanza general que facilita la Escuela de Salud Pública.

En San José, Costa Rica, tuvo lugar del 17 al 24 de marzo, un segundo seminario sobre ingeniería sanitaria para los países centro-americanos (AMRO-13.2). Asistió personal procedente de todos los países de la Zona III.

El curso de adiestramiento para personal de las instalaciones de abastecimiento de agua, que debía celebrarse en Guatemala en octubre de 1954, tuvo que ser aplazado por la situación política del país, pero se decidió llevarlo a cabo en marzo de 1955. Se han adjudicado varias becas para este curso destinado principalmente a estudiantes de América Central y Panamá.

En Caracas, Venezuela, tuvo lugar, del 17 al 24 de mayo, un seminario para ingenieros de las Zonas IV y V (AMRO-64.2). Los concurrentes desarrollaron intensa actividad y el Gobierno de Venezuela concedió considerable

apoyo, haciéndose cargo de gran parte del costo de la publicación de un informe final.

La Oficina contribuyó a un proyecto relativo a saneamiento rural en Nicaragua. Una de las finalidades de este proyecto es la de adiestrar a ingenieros e inspectores sanitarios del Gobierno que trabajan en las obras de saneamiento del medio (Nicaragua-51).

## Higiene materno infantil

### Programas simultáneos

Volviendo a programas ya examinados, conviene señalar la influencia directa que ejercen los programas de saneamiento del medio y de control de los insectos en la reducción del índice de mortalidad infantil.

El abastecimiento de agua potable y los medios higiénicos de eliminación de basuras contribuyen a combatir las diarreas, una de las principales causas de la mortalidad infantil. El programa de saneamiento no es más que uno de los varios que contribuyen al bienestar infantil. El control de las moscas es de una importancia extraordinaria. Cualquier programa de control de los insectos será especialmente beneficioso como complemento de otros medios, tal vez más directos, encaminados a mejorar la salud del niño.

Actualmente, se va comprendiendo, cada vez mejor, que la atención al bienestar infantil no sólo requiere los servicios clínicos y visitas domiciliarias normales, sino unos servicios adecuados de higiene escolar y una buena educación sanitaria. Asimismo, se reconoce, en general, que el amamantamiento protege al niño contra las enfermedades diarreicas. Cuando la higiene no es rigurosa, el uso de biberones se presta muy fácilmente a la contaminación de los alimentos. Claro que el amamantamiento requiere, a su vez, que las madres se alimenten adecuadamente para mejorar la calidad de la leche y para prolongar su duración. En caso de que no se pueda amamantar al niño, se recomienda el uso de la leche en polvo. En general, hoy son muchos los programas sanitarios que se coordinan para mejorar las condiciones de salud de la madre y el niño.

Población total de las Américas, y su distribución por grupos de edades en 18 países, Puerto Rico y 18 territorios

Area	Población calculada 1950	Porcentaje de población por grupos de edades			
		Menos de 15	15-34	35-54	55 o más
El Hemisferio	326,337,000	33.7	32.0	22.0	12.1
América del Norte	165,105,000	27.2	30.5	25.5	16.8
América Central	51,280,000	41.2	32.9	18.1	7.8
América del Sur	109,952,000	39.9	34.2	18.5	7.4

En América del Sur, el 40 por ciento de la población es menor de 15 años de edad. De examinar cualquier aspecto del bienestar general, la salud de este grupo de población ocupa un lugar muy destacado. Quedan comprendidos en ese

grupo la infancia y la puericia, y son precisamente las defunciones de niños menores de un año o en los primeros años de la infancia las que, con frecuencia, frustran una situación sanitaria que, por lo demás, es digna de loa. En cualquier población en que el elemento joven constituya una parte tan importante, es natural que los gobiernos y organismos sanitarios dediquen especial atención a los servicios de higiene maternoinfantil y a las enfermedades transmisibles. La elevada frecuencia que, en América Latina, presentan las enfermedades intestinales y las transmitidas por insectos, causantes de tanta mortalidad entre los niños, vincula todos los problemas sanitarios. Es también motivo para que la atención a la salud de la infancia conduzca directamente al estudio de toda una red de programas sanitarios íntimamente relacionados.

### Mortalidad infantil

La mortalidad infantil en todo el mundo fué el tema de un comunicado de prensa, facilitado por la OSP/OMS, el 14 de abril de 1954. Bajo el título "La mortalidad infantil experimenta un rápido descenso: un informe de medio siglo", se facilitaron datos relativos a la publicación de un informe estadístico de la OMS sobre la situación mundial.

Cálculo de población y tasas de natalidad y mortalidad, por 1,000 habitantes, y tasas de mortalidad infantil, por 1,000 nacidos vivos, en las Américas-1952

Area	Población calculada	Nacidos vivos, por 1,000 habitantes	Defunciones, por 1,000 habitantes	Mortalidad infantil, por 1,000 nacidos vivos
Argentina	18,053,913	24.6	8.7	67.5
Bolivia	3,089,479	42.1	15.6	184.6
Brasil <sup>(a)</sup>	6,062,537	27.1	15.7	172.9
Canadá	14,009,000	29.9	8.7	38.0
Colombia	11,844,090	36.8	13.0	110.8
Costa Rica	853,412	54.6	11.6	80.2
Chile	5,945,415	36.5	13.7	121.8
Ecuador	3,350,000	46.5	17.0	109.5
El Salvador	1,905,240	50.8	17.0	85.5
Estados Unidos	155,755,000	24.7	9.6	28.4
Guatemala	2,975,143	51.0	24.2	112.2
Honduras	1,512,668	40.1	12.7	64.3
México	27,283,148	43.3	14.8	89.7
Nicaragua	1,128,409	42.8	10.6	77.5
Panamá	785,285	36.9	8.6	50.4
Paraguay <sup>(b)</sup>	1,183,000	20.8	7.0	87.7
Perú	8,428,392	31.4	11.2	100.1
República Dominicana	2,236,228	42.2	10.1	78.7
Uruguay <sup>(c)</sup>	2,438,995	18.6	7.9	54.7
Venezuela	5,245,504	44.0	10.8	74.7
Puerto Rico	2,233,000	35.9	9.2	66.6
Territorios (E.U.A.)	737,000	30.1	6.1	27.3
Territorios (franceses)	630,290	28.0	11.0	66.2
Territorios (británicos)	3,366,132	35.6	12.5	87.5

(a) Distrito Federal y capitales de estado, excepto la ciudad de São Paulo

(b) 83 por ciento de la población, 1951

(c) 1951

El informe señala que, en general, la mortalidad infantil ha disminuido en forma espectacular, en todos los países acerca de los que se dispone de datos exactos, y que son los que han experimentado un amplio progreso social y económico. Todo progreso social y sanitario repercute, naturalmente, en la supervivencia del niño. Hace cincuenta años, las tasas de mortalidad infantil oscilaban entre 264 y 75, por mil nacidos vivos. En los países más favorecidos de Europa occidental y América del Norte, así como en Australia y Nueva Zelandia, las defunciones entre los niños menores de doce meses eran, en 1952, inferiores a un 30 por 1,000. En contraste con esta situación, existen todavía regiones del mundo en que las tasas de mortalidad infantil se calculan en más de 250 por 1,000 nacidos vivos.

En el cuadro de la página anterior figuran las tasas de mortalidad infantil en los países americanos.

Al examinar los datos relativos a los países americanos se observará que la mortalidad infantil sólo ha alcanzado los niveles más bajos en Canadá y Estados Unidos. En 1952, existían todavía 14 países cuyas tasas de mortalidad oscilaban entre 50 y 100 por 1,000 nacidos vivos, y había otros siete países con tasas superiores a 100 por 1,000 nacidos vivos. Estos datos muestran las grandes diferencias que se observan en el progreso de los servicios de salud pública y, en general, en el desarrollo económico y social. Se puede deducir, por la información de que se dispone, que, desde principios de siglo ha disminuido la mortalidad infantil prácticamente en todos los países de las Américas. No obstante, la gran variedad que se observa en las tasas de mortalidad infantil de estos países (en 1952) indica que aún es mucho lo que queda por hacer.

### Normas generales de la OSP

La norma general de la OSP es que la higiene maternoinfantil, no sólo comprenda los servicios clínicos normales y las visitas a domicilio para las madres, los recién nacidos y los niños de edad preescolar, sino los servicios de higiene escolar. Estos servicios deben organizarse en completa relación con los programas de control de las principales enfermedades transmisibles y con el programa fundamental de saneamiento, relativo al abastecimiento de agua y la eliminación de excreta. Deberán incluirse, además, todos los aspectos pertinentes de la educación sanitaria.

En el caso de que exista un problema importante de enfermedades transmisibles, se le debe conceder prioridad incluso en un programa de higiene maternoinfantil. Un interesante ejemplo de esto ocurrió en un país en que, al planear las actividades de higiene maternoinfantil como parte integrante de un programa coordinado, se encontró que la sífilis era uno de los problemas más urgentes, pues afectaba, en las zonas rurales, al 20 por ciento de las mujeres embarazadas, y en los centros urbanos, al 30 por ciento. Dada la situación, se recomendó que, junto con las actividades de higiene maternoinfantil, se efectuara un tratamiento colectivo, bajo cuidadosa vigilancia, como parte integrante de un programa coordinado.

En la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Santiago, Chile, en 1954, se discutió el tema de las diarreas infantiles. En una reunión celebrada ulteriormente en Washington, se acordó recomendar ciertas medidas de acción futura, a base de la información obtenida de aquellos países en que se ha logrado reducir la elevada frecuencia a que daba lugar las



condiciones insalubres antes existentes, y en los que, mediante adecuados estudios de control, se ha obtenido una información más exacta sobre la etiología y la epidemiología de las enfermedades diarreicas. Es evidente que, en la actualidad, en muchos países americanos no se dispone de información exacta y completa, y que es necesario estudiar las posibilidades de establecer un mejor sistema de registro de las causas de defunción, así como adoptar una clasificación sencilla de los trastornos digestivos, de acuerdo con la Lista Internacional de Enfermedades y Causas de Defunción adoptada por la Organización Mundial de la Salud. A raíz de dicha reunión, se preparó un plan de actividades, con arreglo a los siguientes principios:

1) Para la prevención de la shigelosis, una de las principales enfermedades diarreicas, hay que lograr un grado conveniente de saneamiento del agua, y se ha de procurar, especialmente, que en cada vivienda se disponga de un adecuado suministro para la higiene personal. Estos son los requerimientos mínimos para los casos en que sólo se disponga de fondos limitados, y a base de que el agua disponible para tal suministro no se halle seriamente contaminada.

2) Para el control de las enfermedades diarreicas es esencial un sistema adecuado de eliminación de excreta. Es muy importante evitar que las moscas penetren en las letrinas. En las zonas menos desarrolladas, en las que, por ahora, no se puedan poner en práctica programas para la construcción de letrinas, conviene enseñar a los habitantes la forma de protegerse, directa o indirectamente, contra la contaminación, enterrando los excrementos.

3) Los programas de control de insectos han contribuido decididamente a la reducción de la diarrea aguda. Desgraciadamente, se observa hoy en las moscas el desarrollo de una resistencia a los insecticidas, y ésto constituye un serio contratiempo. En realidad, lo más importante es evitar que las moscas entren en contacto con las heces. Otro punto importante es impedir que las moscas tengan acceso a las viviendas y los alimentos. Una medida muy oportuna, para aliviar la situación, es procurar que los establos queden convenientemente distanciados de las viviendas.

4) Es muy importante que exista un programa de educación sanitaria, en el que se insista en la necesidad de extender el consumo del agua para la higiene personal.

5) Se ha demostrado que el amamantamiento protege la salud de los niños. En cuanto a las enfermedades diarreicas, el peligro de la lactancia artificial estriba en la contaminación que se puede producir al preparar y guardar los alimentos.

6) Los progresos realizados en el tratamiento de las diarreas agudas, se basan en la corrección inmediata de los trastornos de flúidos y electrólitos mediante la administración simultánea de flúidos, electrólitos, glucosa, plasma y sangre. El empleo de determinados antibióticos y de sulfonamidas tiene menos importancia desde el punto de vista de la salud pública. Sin duda, serían muchos los casos que no necesitarían hospitalización si se identificara más rápidamente la enfermedad y se aplicasen, sin pérdida de tiempo, métodos sencillos de tratamiento, en el propio hogar, a fin de evitar la deshidratación. Como medida general para evitar que las enfermedades diarreicas adquieran caracteres graves, parece ser que la aplicación sistemática y temprana de la rehidratación por vía bucal es el método que produce mejores

resultados en un programa encaminado a reducir los casos de diarrea tóxica grave que requieran hospitalización.

### Proyectos en ejecución

En el curso del año se iniciaron, en el Perú, los servicios de higiene maternoinfantil en que colabora la Oficina. Figuran entre ellos los de higiene escolar, los dentales y los de enfermería. Asimismo, funcionó, a toda capacidad, un laboratorio equipado por el Gobierno (Perú-10). Este proyecto tiene por objeto establecer servicios de salud pública, en la zona de Lima-Pativilca-Huaylas, que se extiende por dos regiones diferentes, una costera y otra montañosa. Dicha zona servirá como área de demostración y adiestramiento para personal de salud pública.

Durante 1954, la OMS facilitó los servicios de tres consultores internacionales - un oficial médico, una enfermera de salud pública y un especialista de laboratorio - así como abundante equipo para saneamiento del medio

En 1955, el programa se extenderá, con la ayuda del UNICEF, al Callejón de Huaylas. La OMS proporcionará servicios de asesoramiento, mediante personal de la Oficina de Zona, y adjudicará una o varias becas.

El programa de higiene maternoinfantil en el Ecuador tiene por objeto cooperar con el Gobierno en la ampliación de estos servicios y en su extensión a las zonas rurales (Ecuador-4). La OMS ha facilitado los servicios de un oficial médico y de una enfermera de salud pública. La Administración de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas (AT/NU) ha proporcionado los servicios consultivos de una trabajadora social, y el UNICEF ha suministrado material y equipo para los centros de higiene maternoinfantil. Uno de los centros se inauguró en diciembre, y se tiene el propósito de que, en 1955, comiencen a funcionar por lo menos otros cinco.



Examen médico preescolar en Venezuela.

En el curso del año se celebraron con muy buenos resultados, varios cursos para el adiestramiento de personal local. Asimismo, hubo cursos para trabajadores sociales, médicos y enfermeras auxiliares.

En la esfera maternoinfantil, el Gobierno del Paraguay, en cooperación con la Oficina y el UNICEF, emprendió la instalación de diez centros de salud. En diciembre de 1953, funcionaban ya cuatro centros, y en 1954 se inauguraron otros dos. Se calcula que, para fines de año, se habían beneficiado de los servicios de tales centros, 79,000 personas de las zonas rurales y 42,000 de la capital. En este cálculo se incluyen 5,360 embarazadas, 11,260 niños lactantes y 16,100 niños de edad preescolar (Paraguay-3).

El fin que se persigue es establecer servicios coordinados de salud pública, que presten especial atención a la higiene maternoinfantil. El plan incluye la organización de servicios de enfermería, en escala nacional y local, así como la educación sanitaria del público en general. En todos los centros se organizan clubs de madres y grupos que cooperan en las actividades de higiene maternoinfantil. Se han llevado a cabo cursos breves de preparación y programas de adiestramiento durante el servicio, para personal de todas las categorías. Merece especial mención el adiestramiento durante el servicio para personal de enfermería, que tiene lugar, en diferentes ocasiones, en todos los centros de salud. Se organizan periódicamente seminarios y discusiones para fomentar los esfuerzos aunados y la coordinación.

En 1954, prosiguieron las actividades del proyecto de higiene materno-infantil de Colombia, al que se hizo referencia en Informes Anuales anteriores. Se proporcionaron los servicios de dos consultoras en enfermería hasta el 31 de agosto, y los de una consultora a partir de dicha fecha. La Oficina concedió también una beca para estudios de enfermería en Puerto Rico (Colombia-4).

Se celebró un curso sobre enfermería obstétrica, en combinación con la enfermería de salud pública, al que asistieron 13 personas. Al curso de demostración para parteras no diplomadas, celebrado en Cali, asistieron 40 personas. Se organizó un centro de salud, para fines docentes, en el mismo edificio de la Escuela de Salud Pública. El UNICEF proporcionó el equipo necesario.

Se tiene el propósito de ampliar, en 1955, las actividades de este proyecto y colaborar con el Gobierno en el desarrollo de un programa sanitario coordinado, a través de los servicios locales de sanidad de cinco regiones. El UNICEF proporcionará equipo y suministros, y la Oficina, los servicios técnicos de un oficial médico, de una enfermera de salud pública y de un consultor en veterinaria de salud pública. Estos consultores prestarán asesoramiento, colaborando con el Gobierno en la planificación y ejecución del programa.

Después de prolongadas negociaciones entre el Gobierno de Chile, el UNICEF y la Oficina Sanitaria Panamericana, se firmó un plan tripartito de operaciones relativo a un centro de demostración y adiestramiento en el cuidado de niños prematuros. Este proyecto tiene por objeto reducir, mediante una mejor atención, el índice de mortalidad entre los niños prematuros, crear un centro de demostración y adiestramiento para personal profesional y auxiliar, establecer procedimientos estándar y encuadrar el cuidado del niño prematuro en el actual plan general de servicios sanitarios familiares.

Esta fotografía de El Salvador se ha utilizado para carteles con mucha frecuencia.



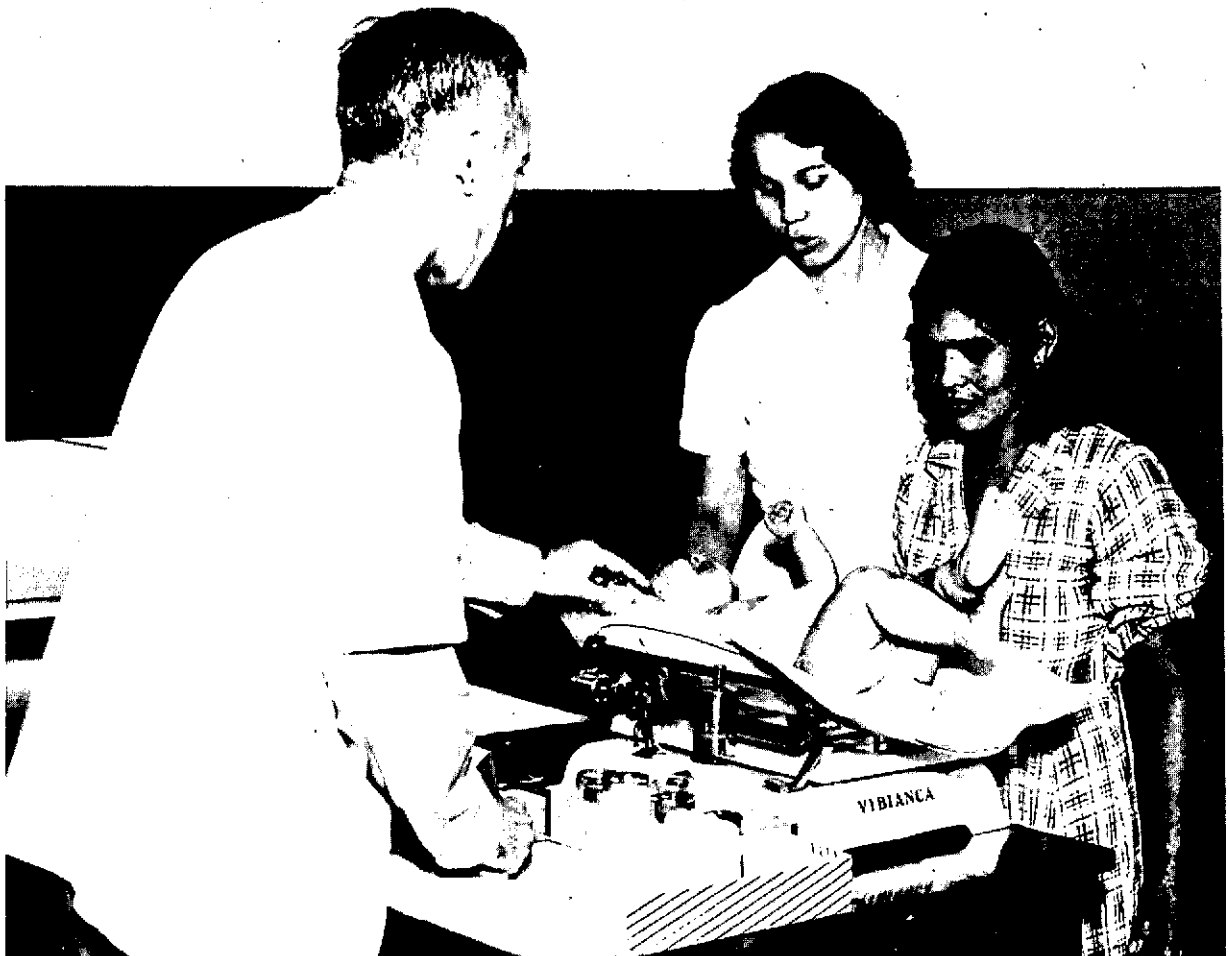
Las clínicas modernas (Unidades Sanitarias) de El Salvador están instaladas en edificios reformados bajo la dirección de ingenieros sanitarios. Las madres charlan y los niños juegan mientras esperan turno.





Una enfermera practica una demostración de higiene elemental.

Labor de higiene maternoinfantil en un Centro del Paraguay.



Se han iniciado planes para la modernización del centro y para el adiestramiento durante el servicio, de personal profesional y auxiliar, y se han hecho los preparativos necesarios para que comiencen las labores docentes en la segunda mitad de 1955 (Chile-12).

En Brasil, se proporcionaron servicios consultivos al Departamento Nacional del Niño y al Departamento Nacional de Salud y, a través de ambos organismos, a varios Departamentos de Salud de los Estados. La supervisión técnica y aprobación de los programas sanitarios que cuentan con la ayuda del UNICEF se lleva a cabo por personal de la Oficina de Zona. Entre los hechos que destacan en el curso del año, merece mención expresa la presentación de solicitudes, por el Departamento Nacional del Niño, para obtener la ayuda del UNICEF y de la OMS en los siguientes programas: higiene maternoinfantil, saneamiento del medio, educación sanitaria, control de la frambesia y control del tracoma. En estrecha relación con el Departamento Nacional de Salud y el UNICEF, se ha podido organizar un programa coordinado de higiene maternoinfantil, saneamiento del medio y educación sanitaria en nueve Estados noroccidentales. El programa, iniciado en distritos sanitarios seleccionados, se va extendiendo gradualmente. Por el momento, se han aplazado las actividades de control de la frambesia y del tracoma, en espera de obtener una idea más clara de los métodos y la administración. Con arreglo a este programa, el Departamento Nacional del Niño seleccionó candidatos para becas de administración de salud pública (Brasil-3).

Desde hace algún tiempo, el Gobierno de México ha tratado de extender a las zonas rurales los servicios de higiene maternoinfantil organizados mediante la cooperación del UNICEF. En México, como en otros países, son muchas las pequeñas colectividades rurales que no disponen de ningún servicio de salud pública. De las 90,603 colectividades de este tipo que hay en el país, únicamente 900 poseen centros de salud. El hecho de que el 63.8 por ciento de estos núcleos de población tenga menos de 100 habitantes, y el 27.4 por ciento oscile entre 100 y 500 habitantes, viene a complicar la situación. Como no es posible establecer un centro de salud completo en cada colectividad, hay que recurrir a un procedimiento de extensión de los servicios sanitarios. Desde 1936, existe en la región de Torreón (Coahuila) un sistema "regional", "auxiliar" y "comunal", de centros, pero la falta de personal adiestrado y de equipo no ha permitido que este servicio se extienda a otras partes del país. La solicitud dirigida al UNICEF fué para que proporcionase ayuda material en la organización de un servicio similar en otras zonas rurales (México-15).

En enero de 1954, se concertó con la OSP/OMS la prestación de asistencia técnica al proyecto. A continuación, se celebraron varias entrevistas con las autoridades mexicanas, y tuvieron por resultado la asignación de un consultor, durante tres o cuatro semanas, para que preparara un plan preliminar de operaciones. Además, desde marzo hasta fines de junio, una asesora en enfermería cooperó con las autoridades mexicanas en cuanto a la ampliación de estudios de las enfermeras-parteras.

En el mes de marzo, la Junta Ejecutiva del UNICEF aprobó una asignación de fondos para la ejecución de este programa, y se contrataron los servicios de un consultor en higiene maternoinfantil. En septiembre, el nuevo consultor efectuó una visita de inspección a todos los Estados en que se había proyectado extender los servicios de higiene maternoinfantil. A base del informe presentado por el consultor y de las conversaciones celebradas entre el personal de la Oficina de Zona y la Secretaría de Salubridad, se preparó un plan tripar-

tito de operaciones para someterlo a la aprobación de la OMS, del Gobierno de México y del UNICEF. En la actualidad se están ultimando los detalles del programa con las autoridades de México.

## Enfermería

### Un homenaje a la enfermera

Hace un siglo, tras persistentes esfuerzos y numerosos sinsabores, Florencia Nightingale, consiguió llegar al frente de Crimea donde inició su sin par y benemérita labor como precursora de los servicios de enfermería. En aquella época, la enfermería se encontraba, en todas partes, en un estado muy rudimentario.



En su visita diaria, una enfermera de salud pública del Perú, se interesa por la salud de una madre y un niño.

En 1954, la obra de aquella mujer, cuyo nombre es sinónimo de todo cuanto honra a la enfermería, sirvió como tema del Día Mundial de la Salud. Se envió a todas partes material de información, y la prensa de todo el mundo, especialmente la del Hemisferio Occidental, lo acogió con entusiasmo y publicó centenares de notas y artículos sobre los servicios de enfermería. Los elogios dedicados a la profesión constituyeron un estímulo muy oportuno dada la escasez de enfermeras que aún se sufre, especialmente en la América Latina.

Aun en los Estados Unidos, donde la profesión de enfermera es, desde hace casi 50 años, una carrera para jóvenes instruídas y donde hay una enfermera por cada 400 habitantes, se aprecia dicha escasez. Esta es tan considerable que muchas salas de hospital tienen que permanecer cerradas y son muchos los centros de salud pública que no se han podido abrir.

Según un cálculo aproximado, se necesitan otras 30,000 enfermeras profesionales para atender a la población actual de los países latinoamericanos. Por fortuna, se está avanzando por buen camino. En la actualidad, existen unas 80 escuelas de enfermería en América Latina, que cuentan con la aprobación oficial de las autoridades de los países respectivos.

### Programa actual

El examen de los proyectos de enfermería de salud pública, ejecutados bajo la supervisión de la Oficina Sanitaria Panamericana, en 1954, revela que, durante el año, 11 enfermeras internacionales de salud pública trabajaron en siete proyectos en Colombia, Ecuador, El Salvador, Panamá, Paraguay y Perú.

En tres de estos proyectos (Colombia, Ecuador y Perú) se prestó especial atención a la higiene maternoinfantil, y en los cuatro restantes -programas sanitarios coordinados- se atendió a la salud pública en general. En todos ellos, las asesoras en enfermería de salud pública colaboraron con las autoridades nacionales en la organización de los servicios sanitarios. En cinco de los siete proyectos se establecieron servicios de enfermería, especialmente para las zonas rurales.

Cada día es más evidente que existe una gran escasez de personal de enfermería en los proyectos. A medida que se van adiestrando nuevas enfermeras, se va acentuando la necesidad de supervisión. Se continuará dedicando el mayor esfuerzo a la solución de este urgente problema.

En la organización de los nuevos servicios de enfermería de salud pública que se van a establecer en Bolivia, Colombia, Nicaragua, Venezuela y Barbados, intervinieron asesoras de enfermería. Debido a dificultades de contratación, la asesora regional de la Sede en enfermería de salud pública, pasó unas seis semanas en la República Dominicana dedicada a las actividades de uno de los programas (República Dominicana-4).

En 1954, la asesora regional en enfermería de salud pública colaboró con las autoridades de Haití en la organización de la Sección de Enfermería del Departamento de Salud Pública del Ministerio. Dicha Sección empezó a funcionar en el mes de octubre.

En Paraguay, el programa de enfermería pasó a ser, en 1954, un servicio generalizado (Paraguay-3). Esto ha sido resultado de un desarrollo gradual. La situación actual es fruto de la labor esencial que se realizó en el pasado, cuando la Oficina colaboró con el Gobierno del Paraguay, desde 1951, en el desarrollo de centros de salud, dedicando especial atención al mejoramiento de los métodos de enfermería. Se han realizado los siguientes progresos:

1) Se ha establecido un programa de educación durante el servicio y de supervisión, celebrándose con regularidad, reuniones de directores y jefas de los servicios de enfermería de los centros de salud.

2) El centro de salud de Caacupé dispondrá de servicios para pacientes internos, especialmente para casos de maternidad. Tres parteras que han ingresado en el personal de este centro se están preparando para la labor proyectada.

3) Se creó el cargo de enfermera supervisora en el programa, que será ocupado por una antigua becaria que estudió en el Brasil.

4) Las conversaciones celebradas con representantes de las graduadas de las tres escuelas del Instituto Dr. Andrés Barbero han mejorado la colaboración entre el personal de enfermería, y se están elaborando conjuntamente planes para futuras actividades.

5) Se celebraron reuniones mensuales con las consultoras en enfermería, del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), a fin de coordinar la labor realizada por el personal de enfermería de salud pública de los diversos servicios.





Una especialista determina la seroproteína, empleando la técnica de densidad del gradiente.

la agricultura desempeña un papel de capital importancia. Las actividades conjuntas que ahora se realizan en Centro América y Panamá muestran cómo los países pueden llevar a cabo con éxito obras que no podrían emprender aisladamente. Las seis naciones que participan en este Instituto han sentado un ejemplo de labor eficaz con beneficio inmediato para la salud de sus respectivas poblaciones.

Durante 1954 se realizaron progresos en todos los aspectos del programa del INCAP. El 11 de septiembre se trasladó la sede a un edificio más amplio, construido especialmente para este objeto por el Gobierno de Guatemala. Nicaragua entró oficialmente a formar parte como miembro activo en el mes de febrero, ascendiendo así a seis el número de ellos, es decir, todos los países de Centro América y Panamá.

Las encuestas dietéticas llevadas a cabo en Panamá, Nicaragua, Guatemala y El Salvador confirman que predominan las dietas deficientes en vitamina A, riboflavina y proteína de buen valor biológico. Los estudios de laboratorio muestran valores bajos para riboflavina y fosfatasa alcalina y valores normales o altos para proteína y vitamina C. Aunque rara vez se observaron deficiencias manifiestas en los grupos estudiados, se encontraron muchos síntomas que pudieran atribuirse a una baja ingestión de vitamina A.

6) El manual de enfermería, preparado originalmente para el curso de auxiliares de enfermería, ha dado muy buenos resultados, y se procede a su revisión para que responda a las necesidades actuales del programa.

La labor de enfermería desempeño, además, un importante papel en varios proyectos en que se concedió especial atención a la higiene materno-infantil. Los detalles correspondientes figuran en las páginas

## Nutrición

### La labor del INCAP

En Centro América y Panamá, el organismo más importante en el campo de la nutrición es el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), fundado en 1946 (AMRO-54). El INCAP es una empresa conjunta financiada por los Gobiernos de esa región y administrada por la Oficina Sanitaria Panamericana.

La nutrición guarda una relación muy estrecha con la salud pública, y en la solución de los problemas planteados,

Se iniciaron estudios intensivos del síndrome pluricarencial infantil (kwashiorkor). El mejoramiento de la dieta, sin ningún otro tratamiento, fué suficiente para producir una reacción satisfactoria. En el examen inicial, los niños presentaron alteraciones cutáneas y del cabello, delgadez excesiva y otros síntomas. Siete casos fatales, a los que se practicó la autopsia, mostraron lesiones del hígado y del páncreas.

Se realizaron pruebas de campo relativas a la administración de vitamina B<sub>12</sub>, aureomicina, penicilina, y penicilina con vitamina B<sub>12</sub>, publicándose los resultados. La aureomicina pareció producir una reacción inicial significativa en dos aldeas, pero este efecto desapareció durante los segundos seis meses. La reacción a la penicilina y a la penicilina con B<sub>12</sub> fué negativa, salvo en una aldea.

Se llevaron a cabo experimentos sobre el enriquecimiento de las tortillas con productos alimenticios disponibles localmente, sobre el efecto del tratamiento con cal en el valor nutritivo del maíz, y sobre el desarrollo de una mezcla de proteína vegetal para la alimentación de infantes y niños.

Con respecto a la alimentación de los animales, en cooperación con el Instituto Agropecuario Nacional de Guatemala, se estudiaron algunas fuentes indígenas de vitamina A, siendo la más importante el ramio, planta de alto valor nutritivo que se cultiva bien y puede utilizarse como pasto o para forraje.

### Bocio Endémico

Se completaron encuestas sobre el bocio endémico en todos los departamentos de Honduras y de Guatemala (AMRO-87). En Honduras se examinaron 12,644 personas descubriéndose bocio en un 22.6 por ciento. En Guatemala se examinaron 39,000 personas, con una incidencia de 38.7 por ciento. El 21 de octubre se firmó un decreto en Guatemala haciendo obligatoria la yodación de la sal destinada al consumo humano. Se empleará el yodato de potasio que, según demostro satisfactoriamente el INCAP en 1952, es eficaz para el control del bocio endémico. Los estudios realizados revelan que, en condiciones ordinarias, el yodo agregado es estable, sin necesidad de envase especial, por lo menos durante un período de ocho meses.



## Otros servicios

La Oficina continuó prestando ayuda, en 1954, al Instituto Nacional de Nutrición del Ecuador (Ecuador-53). El Instituto ha llevado a cabo una labor eficaz en el análisis de productos alimenticios locales. También ha realizado investigaciones sobre el bocio endémico y estudios clínicos de nutrición. Se prestaron servicios de asesoramiento, tanto por la Oficina de Zona como mediante visitas del personal del INCAP.

En 1952, se terminó en Cuba un proyecto de bromatología, o sea, la ciencia de los alimentos y la dietética. Las recomendaciones basadas en los resultados de ese trabajo se incorporaron en 1954 al Reglamento Nacional de Control de Alimentos y formaron parte del proyecto de reforma del Código Sanitario Cubano.

## Otras Actividades

### Odontología de Salud Pública

En el mes de septiembre, la Oficina Sanitaria Panamericana nombró un odontólogo de salud pública, que se trasladó a Michigan con el fin de seguir un curso para la licenciatura en Salud Pública, antes de asumir sus funciones en 1955. La beca para estos estudios fué financiada con una subvención concedida por la Fundación Kellogg. La odontología de salud pública es una de las especialidades en que con más urgencia se necesita información general y concreta de varios países (AMRO-72).

Como parte del proyecto Perú-10 (véase la pagina 87), y después de celebrar una reunión con el Jefe de la División de Odontología del Ministerio de Salud Pública, se procedió a la fluoridación de los abastecimientos de agua en dicho país.

### Laboratorios de Salud Pública

Hoy se concede mayor importancia a los laboratorios de salud pública como parte integrante de los servicios de sanidad. En Haití se lleva a cabo un programa para el desarrollo de un laboratorio central de salud pública. También se realizan trabajos preparatorios sobre los servicios de laboratorio de salud pública en los programas coordinados de los países siguientes:

República Dominicana, Ecuador, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Perú. El programa de Haití comprende el adiestramiento de técnicos para el laboratorio de salud pública. Se concedió una beca a uno de los técnicos para que cursara estudios de parasitología, con el fin de que después asuma la dirección de la sección correspondiente del laboratorio, que se establecerá el año próximo (Haití-9).

### Higiene Mental

Un consultor de la OSP en higiene mental, informó acerca de las visitas que, a título de complemento, realizó a varios países que participaron en el seminario sobre alcoholismo celebrado en Buenos Aires en mayo de 1953. Cada vez es mayor el número de médicos que se interesan en este problema y se han llevado a cabo extensas investigaciones sobre el mismo. El interés creciente en esta materia desde el punto de vista de la educación sanitaria, indica la necesidad de realizar estudios básicos para determinar los "hábitos de bebida". Se hacen gestiones para celebrar otro seminario de higiene mental en 1955.

### Antropología cultural

Durante el año continuó desarrollándose un programa de antropología cultural (AMRO-29), que se extenderá a 1955. Está a punto de completarse la recopilación de datos; el antropólogo está preparando informes sobre El Salvador, Guatemala y Honduras; los relativos a Nicaragua y Panamá ya se han terminado y se publicarán en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*.

Los informes sobre el Centro de Salud de Ica han despertado gran interés. Continúan recibiendo peticiones de los artículos publicados, que llevan por título *Child Feeding and Food Ideology in a Peruvian Village, y Pregnancy, Childbirth and Midwifery in the Valley of the Ica*.

### Bancos de Sangre

Un consultor se trasladó al Uruguay con el fin de asesorar al Gobierno en la organización de un banco nacional de sangre. El informe que presentó contenía datos y orientaciones que pueden aplicarse a otros países. En el Paraguay se efectuó un estudio de carácter preliminar (Uruguay-3, Paraguay-11).

### Servicios locales de salud pública

En El Salvador prosiguieron durante el año las actividades en una zona de demostración sanitaria. Del 1 de marzo al 1 de septiembre, se llevó a cabo un segundo curso de adiestramiento para inspectores sanitarios, completándolo 22 estudiantes. El 18 de octubre dió comienzo un tercer curso para el adiestramiento conjunto de inspectores sanitarios y enfermeras, al que asistieron 12 enfermeras y 18 inspectores, tres de los cuales eran becarios de la OMS procedentes de Nicaragua y Guatemala. Durante el año se facilitó también un curso de adiestramiento durante el servicio, para personal local, participando 5 médicos, 10 enfermeras, 12 inspectores, 5 maestros y 20 ayudantes. Tres inspectores que siguieron el primer curso, han sido asignados



Un día de actividad normal en el Puesto Sanitario Rural No. 5 de la Zona de Demostración Sanitaria (El Salvador).

al Departamento Nacional de Sanidad y supervisan la labor de los inspectores sanitarios en todo el país (El Salvador-5).

Fueron muchas y variadas las actividades de salud pública desarrolladas durante el año en la mencionada zona de demostración sanitaria, que comprende el 75 por ciento de las plantaciones de caña de azúcar del país y el 10 por ciento de las plantaciones de algodón. Los diversos trabajos agrícolas de la zona atraen una elevada población flotante, lo que contribuye a que el problema de la vivienda sea sumamente difícil. Se han nombrado expertos agrícolas para que presten servicio en dicha zona.

Una medida importante adoptada en el país en los últimos años fué la de proporcionar atención médica por medio de los servicios de asistencia social. Los fondos se obtienen mediante el aumento del impuesto sobre la renta, pero las cantidades invertidas por los grandes terratenientes en beneficio de los trabajadores, están libres de gravamen. Aunque al principio resultaba difícil encontrar personas dispuestas a recibir adiestramiento en actividades educativas, en la actualidad hay gran número de candidatos, muchos de los cuales poseen instrucción secundaria.

A solicitud del Gobierno de la República Dominicana, un consultor se trasladó a dicho país, en febrero de 1954, con el objeto de asesorar en la preparación de un código sanitario. En julio de 1954 se presentó al Gobierno el informe final y se tomaron las medidas necesarias para promulgar una ley, de acuerdo con las recomendaciones formuladas (República Dominicana-5).

En 1954, se continuó facilitando ayuda al Instituto Nacional de Higiene de Guayaquil. Un consultor prestó servicios de asesoramiento a varios departamentos del Instituto, especialmente para el desarrollo del laboratorio bacteriológico, y también colaboró en la preparación de personal local. Se procede a la contratación de un consultor en el mantenimiento de colonias de animales y de un químico especializado en alimentos y drogas (Ecuador-11).

En el Perú se desarrolla un programa encaminado a la integración y ampliación de los servicios de salud pública en Callao. Comprende un Centro de Demostración y Adiestramiento en Salud Pública, que funcionará durante cinco años (Perú-13).



En 1954, varios departamentos del Centro ampliaron sus actividades, especialmente los de enfermedades transmisibles y enfermería. Se ha conseguido mejorar el servicio de notificación de enfermedades transmisibles por parte de los hospitales y los médicos particulares. Se nombraron cuatro enfermeras adicionales y se intensificaron las actividades relativas a educación sanitaria, higiene escolar, saneamiento del medio y, en especial, adiestramiento de enfermeras. Durante el mismo año, la OMS proporcionó los servicios de dos expertos y el equipo necesario para proceder a la fluoridación del agua.

La primera vez que una embarazada acude a una clínica rural se le practica un reconocimiento general, y se le dan instrucciones sobre su dieta y los cuidados que debe tener (El Salvador)

El Gobierno de Guatemala, con la colaboración de la OSP/OMS, ha elaborado un plan para una extensa reorganización de los servicios de salud pública del país. La primera parte de este plan comprende la reorganización completa de los servicios administrativos centrales, y la segunda, la de los servicios rurales (Guatemala-8).

En el mes de septiembre, el Gobierno nombró un médico de salud pública, y en octubre, un ingeniero sanitario y una enfermera de salud pública.

Después de numerosas visitas, y previa consulta con las autoridades competentes, se decidió establecer la unidad sanitaria modelo y centro de adiestramiento en la municipalidad de Amatitlán, y se escogieron otros lugares para las demás unidades.

Se procede a los preparativos para una labor intensiva en Nicaragua, relacionada con la reorganización y desarrollo de los servicios de sanidad en las zonas rurales. El plan comprende el mejoramiento del saneamiento del medio, extensión de los servicios locales y fortalecimiento del departamento central de sanidad (Nicaragua-3).

Un consultor visitó Brasil durante dos semanas, a fin de analizar la situación existente con referencia al control de las enfermedades endémicas en las zonas rurales del país y formular recomendaciones sobre la clase de organización que se requiere para combatir dichas enfermedades. El informe del consultor ha sido sometido a estudio del Ministerio de Salud (Brasil-15).

En Panamá se desarrolla uno de los primeros grandes proyectos en que se han tomado plenamente en consideración las directivas formuladas por los cuerpos directores de la OSP/OMS, en el sentido de que es necesario concentrarse en programas coordinados a largo plazo, encaminados a reforzar los servicios nacionales de sanidad (Panamá-1). Este proyecto, que comenzó a fines de 1952, cuenta con una asignación anual de \$75,000 aproximadamente y facilita los servicios de un administrador de salud pública, una enfermera, un ingeniero sanitario, y un asesor en servicios de laboratorio; la aportación de UNICEF hasta fines de 1954, en su mayor parte en suministros, ascendió a \$65,000. El Gobierno asignó la suma de \$134,000 como aportación del presupuesto ordinario de 1953. Esta cantidad se destinó, en gran parte, a aumentar el personal de los servicios locales y centrales, así como los sueldos correspondientes. Las autoridades nacionales han prestado el máximo apoyo al desarrollo y fortalecimiento del departamento central de sanidad, lo cual, según ha demostrado la experiencia, es indispensable para proseguir y ampliar las actividades en las zonas rurales, que comprenden el 64 por ciento de los 805,000 habitantes del país y el 55 por ciento de la población trabajadora.

Otro aspecto notable del desarrollo del proyecto consistió en la compilación realizada por el personal internacional, durante el primer año, de información completa, que puede servir de modelo, sobre las condiciones sanitarias del país. De esta información han hecho amplio y adecuado uso, en la ejecución del programa, tanto las autoridades sanitarias como el personal participante. En reciente visita a Panamá, el Jefe de la División de Salud Pública de la Oficina, discutió con las autoridades sanitarias las siguientes medidas encaminadas a la prosecución del programa: creación gradual de puestos permanentes bien remunerados, en el departamento de sanidad, con vistas a establecer un cuerpo profesional de salud pública; utilización plena y apoyo a la nueva Escuela de Medicina, de la que, en 1956, se graduarán los primeros médicos en Panamá, y fortalecimiento de la Escuela de Enfermería.

Los planes para el futuro inmediato comprenden: el desarrollo de los centros de salud, para los cuales ya se ha adiestrado al personal principal, y especialmente del centro modelo de Chorrera y de aquellos que cuentan con servicios de maternidad; mejoramiento de la organización de los servicios fundamentales del departamento central de sanidad; organización de un laboratorio central e intensificación y coordinación de la campaña antimalárica.

## EDUCACION Y ADIESTRAMIENTO



## EDUCACION Y ADIESTRAMIENTO

	<i>Página</i>
<b>Educación Profesional</b>	103
Enseñanza de la Medicina y de Salud Pública	103
<b>Enfermería</b>	107
Enseñanza de Enfermería	107
<b>Becas</b>	114
Sus fines y distribución	114
Campos de estudio	116
<b>Educación Sanitaria del Público</b>	118
Principios fundamentales	118
Proyectos de campo	120
<b>Conferencias y Publicaciones</b>	123
Discusiones Técnicas	123
Participación en otras Conferencias	124
Labor de información	125
Publicaciones periódicas	125
Publicaciones especiales	130
<b>Exposiciones y otros medios de información</b>	130
Exposiciones especiales	130
Prensa, Radio y Televisión	132
Conferenciantes	134
Películas	134
Solicitudes de información	134
Fotografías	135
Campañas educativas	135

## EDUCACION Y ADIESTRAMIENTO

Las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana relacionadas con la educación y el adiestramiento son numerosas, pero en general pueden resumirse bajo los cuatro títulos siguientes:

- I Promoción de la Educación Profesional
- II Programa de Becas
- III Educación del Público
- IV Conferencias, Publicaciones y Exposiciones

Siguiendo las orientaciones de los cuerpos directivos de la Oficina Sanitaria Panamericana, se ha dado primordial importancia en toda labor educativa a la asistencia en la preparación del personal encargado de ejecutar los numerosos proyectos en que la Oficina toma parte activa. Por lo tanto, el programa educativo tiene tantos aspectos como el propio trabajo. El año 1954 se caracterizó por la continuación de los programas existentes y el mantenimiento de las normas generales ya establecidas, más bien que por la iniciación de nuevos proyectos. Esto permitió que se dedicase una atención muy necesaria a la consolidación de los programas educativos ya iniciados.

En 1954 se prestó asistencia, directa e indirectamente, a las instituciones establecidas para educación de personal médico, de salud pública, y de enfermería; se organizaron cursos especiales, seminarios y conferencias; se proporcionó material de referencia y de enseñanza; se colaboró en el intercambio de conocimientos e ideas entre las escuelas; se concedieron becas a estudiantes que de otra manera no hubieran podido asistir a instituciones de enseñanza más avanzada; y se otorgaron becas para viajes a personal docente de esas instituciones con el fin de que, conociendo las condiciones existentes en otros países, pudiera adaptar más estrechamente la enseñanza a las necesidades de los estudiantes procedentes de ellos. Además, se dedicó especial atención a la educación del público, así como a un extenso programa de publicaciones.

### Educación Profesional

#### Enseñanza de la Medicina y de Salud Pública

Con el objeto de recopilar información sobre las actividades de los organismos y fundaciones oficiales y particulares, en lo que se refiere al desarrollo de la enseñanza de la medicina y de los programas de becas en la América Latina, en 1952 se decidió crear en la Oficina un Centro de Información de Educación Médica (CIEM). El propósito de este Centro es recibir, comparar y distribuir información sobre escuelas de medicina, planes de ayuda y concesiones de becas. Entre los organismos que colaboran con este Centro figuran los siguientes: la Fundación Rockefeller, la Fundación W. K. Kellogg, el Instituto de Asuntos Interamericanos, el *Unitarian Service Committee, Inc.*, la División de Higiene Internacional del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, la Asociación Americana de Facultades de Medicina y el Consejo de Educación y Licenciatura de la Asociación Americana de Medicina.

Durante el año 1954 el Centro continuó sus actividades, adelantando lentamente, pero con firmeza. Toda la información que llega al Centro se transcribe a un fichero organizado de forma que refleja fácilmente la situación



## ESCUELAS DE MEDICINA Y DE SALUD PUBLICA EN LA AMERICA LATINA

relativa a cualquier país o campo de adiestramiento y que permite una rápida identificación de las becas.

En el adiestramiento de profesores de medicina preventiva no se concedieron becas a los jefes de departamentos, pero se adjudicaron becas para viajes a dos miembros del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad de Buenos Aires. Se concedieron otras becas para el adiestramiento de un Profesor de Fisiología de la Universidad de Haití y de un Profesor Auxiliar de Psiquiatría de la Universidad de Chile (AMRO-18).

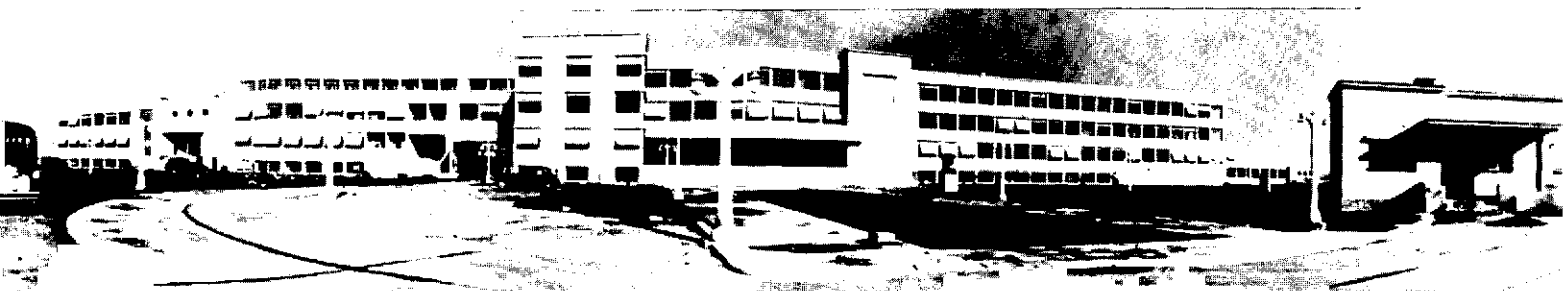
La mayor parte del trabajo relacionado con las escuelas de medicina, realizado de conformidad con este programa, está a cargo de las Oficinas de Zona. A principios de año se distribuyó una descripción detallada de la forma en que podrían desarrollarse los métodos de ayuda y planes de la Oficina. También por entonces, se distribuyó una descripción similar relativa a las escuelas de salud pública.

En el campo de la educación profesional en salud pública, se desarrollaron amplias actividades, sobre todo en lo que se refiere al intercambio de experiencias prácticas y al fomento de relaciones entre los miembros del personal docente de las escuelas. Se concedieron doce becas para viajes durante el año, a lo que hay que agregar que siete personas a las que se habían adjudicado becas en 1953, hicieron sus viajes en 1954. Para fines de año, todas las escuelas de salud pública del Continente que aceptan estudiantes extranjeros habían participado en el programa.

Se planeó la adjudicación de becas para viajes a profesores de los Estados Unidos con el propósito específico de que se familiarizaran con las condiciones sociales y sanitarias a que tienen que hacer frente los estudiantes de otros países, así como con el tipo de servicios sanitarios en que trabajan. Miembros del personal docente de las escuelas latinoamericanas visitaron también otras escuelas de salud pública con el propósito de observar los métodos de enseñanza e intercambiar ideas sobre los planes de estudio. Una medida útil es la de que los profesores visiten a antiguos becarios que se hallan en servicio activo y observen los frutos de las enseñanzas recibidas. Al mismo tiempo, el antiguo becario puede indicar procedimientos para mejorar el programa de becas.

Otra de las actividades de este programa es la de proporcionar los servicios de profesores visitantes que disertan sobre ciertos temas especiales. Se espera que el consultor que visitó Chile, en relación con un programa de la Oficina (AMRO-10), pase algún tiempo en São Paulo, en 1955, colaborando con la Escuela de Salud Pública y, de ser posible, con la Escuela de Medicina.

La Escuela de Salubridad, de Santiago, Chile, se halla instalada en el ala derecha del Instituto Bacteriológico, que aparece abajo.





Escuela de Medicina en la Ciudad  
Universitaria de Mexico.

Se ha rogado a las escuelas de salud pública de la América Latina que reúnan programas y material de enseñanza para fines de intercambio. Hacia fines de año, la escuela de México tenía listo ese material. La inestabilidad en la dirección de algunas de las escuelas hizo que se considerara conveniente aplazar la proyectada reunión de decanos de las escuelas latinoamericanas. Uno de estos últimos, recién nombrado, hizo una extensa visita a las otras escuelas de la América Latina y a ciertas escuelas de los Estados Unidos.

De conformidad con este programa se proporcionó cierto equipo básico de enseñanza, a una de las escuelas latinoamericanas, y, a dos escuelas más, equipo de enseñanza relacionado especialmente con el saneamiento del medio (AMRO-1). Se suministró gran número de ejemplares del Reglamento Sanitario Internacional a todas las escuelas de las Américas, para uso de los estudiantes.

Es difícil determinar los resultados de este programa. No se mide con facilidad el mejoramiento de las técnicas de enseñanza, y bien pueden transcurrir años antes de que se aprecien sus efectos en los estudiantes. Sin embargo, se observa ya claramente una concepción internacional más amplia; se conocen mejor los programas de enseñanza de otras escuelas y se aprecia mejor la importancia de hermanar la teoría con la práctica. No obstante aún no se ha generalizado la crítica comparativa mutua ni la recíproca adaptación de los planes de estudio; en cada escuela siguen predominando los ejemplos locales de problemas sanitarios y todavía no se han encontrado métodos que subsanen las diferencias de idioma y de cultura. El procedimiento es lento, pero existe una tendencia general progresiva.

Otro proyecto que se espera contribuya al mejoramiento de la enseñanza médica es el de reunir en una conferencia a todas las escuelas de medicina de la América Latina, para lo cual ya se han dado los pasos preliminares. En diciembre de 1953 se escribió sobre este asunto a 64 escuelas, y se han recibido 32 respuestas. Indiscutiblemente despertó gran interés la celebración de un seminario de medicina preventiva y en todas las respuestas recibidas se reflejó un firme deseo de participar en el mismo. Sólo cabía esperar participación financiera de un reducido número de escuelas, pero hubo una que, a pesar de sus escasos recursos, hizo una pequeña asignación.

Se contrataron dos consultores a corto plazo para comenzar a prestar servicios a principios de 1955 y se trazaron los planes preliminares para celebrar un primer seminario en julio o agosto, y otro unos seis meses después. El primero para ocho países de América del Sur y el segundo para los demás países de la América Latina.

Existe otro proyecto relativo a la enseñanza de la pediatría, que es uno de los aspectos principales de la educación clínica. El proyecto comprende, en primer lugar, una encuesta sobre educación pediátrica, semejante a la que se realizó anteriormente en los Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia y Nueva Zelanda. Como paso preliminar para la ejecución de este proyecto en 1955, se contrataron los servicios de un consultor a corto plazo. Se envió una carta circular a todos los profesores de pediatría de los Estados Unidos preguntándoles qué miembros del profesorado conocían el español, y se gestionó la participación de la Asociación Internacional de Pediatría, la Academia Americana de Pediatría y otras asociaciones pediátricas regionales.

## Enfermería

Al comenzar el siglo, despertaba gran admiración Florencia Nightingale, exponente de las más altas virtudes de la profesión de enfermera. Algunos médicos latinoamericanos que cursaban estudios en el extranjero, tuvieron oportunidad de observar la labor de esas enfermeras adiestradas y estimaron que en sus países se debía implantar una preparación semejante. Por iniciativa de estos médicos se contrató a enfermeras británicas para que organizaran escuelas de enfermería en Argentina, Chile y Uruguay. En Cuba, se fundó una escuela siguiendo el modelo de las de Estados Unidos.

La primera guerra mundial dió un segundo impulso a la enfermería. Los médicos latinoamericanos, obligados a suspender sus viajes por Europa, vinieron a los Estados Unidos para ampliar sus estudios de medicina. Estos médicos se dirigieron a las instituciones filantrópicas, solicitando su asistencia para fundar modernas escuelas de enfermería en la América Latina. Por medio de programas de becas y ayuda financiera directa para la construcción y para el equipo de las escuelas de enfermería de varios países, las fundaciones filantrópicas ejercieron, durante los 30 años siguientes, una gran influencia en el desarrollo de modernos servicios de enfermería en todo el Continente.

La segunda guerra mundial produjo otra ola de interés. Siete países de la América Latina organizaron escuelas de enfermería por primera vez; otros crearon nuevas escuelas y reorganizaron los planes de estudios, a fin de incluir la enseñanza de salud pública. En Brasil, son por lo menos 15 las escuelas de enfermería que se han creado desde 1940.

Los Gobiernos de la América Latina se han interesado, desde el principio, en la enseñanza de enfermería. A veces estas escuelas están instaladas en universidades sostenidas por el Gobierno y siguen las disposiciones y cursos de las escuelas oficiales. En Chile, las aspirantes a ingreso en la escuela de enfermería deben completar los mismos requisitos de educación que los aspirantes a ingreso en la escuela de medicina.

## Enseñanza de Enfermería

Durante el año se prestó considerable atención a la enfermería. Todos los años, el Día Mundial de la Salud (7 de abril), la Organización Mundial de la Salud difunde, por todo el mundo, un tema relacionado con la salud pública y la Oficina Sanitaria Panamericana se encarga de la labor de difusión en las Américas. En 1954, se escogió como tema la enfermería, por cumplirse 100 años de la fecha en que Florencia Nightingale llegó al frente de batalla, en Crimea, e inició su sin par labor precursora de la profesión de enfermera.



Ceremonia de graduación de enfermeras, en Costa Rica.

La Oficina inauguró su programa de enfermería en 1941, pero las solicitudes de ayuda para la organización de programas de enfermería de salud pública no comenzaron a llegar con frecuencia hasta después de la segunda guerra mundial. Con fondos proporcionados por los Estados Unidos, por medio de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos, la Oficina Sanitaria Panamericana prestó asistencia técnica al Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, Haití, Paraguay y Venezuela, en la creación de escuelas de enfermería, reorganización de las antiguas y organización de servicios de enfermería de salud pública.

En septiembre de 1947, la Oficina amplió su programa de enfermería, y envió consultoras especializadas a visitar todas las Repúblicas Americanas, con el fin de que se entrevistaran con dirigentes de la profesión y se familiarizaran con las organizaciones nacionales de enfermería y sus problemas. Se ordenaron los datos recogidos durante esas visitas y se prepararon como material de referencia.

En febrero de 1949 el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* comenzó a publicar artículos de interés para las enfermeras. La Oficina no tardó en convertirse en centro de información y distribución de textos de enfermería en español y publicó, entre muchos otros trabajos, un glosario de términos de enfermería en español, inglés, y portugués. Ha fomentado la concesión de becas, los cursos intensivos de corto plazo, los servicios consultivos y los congresos regionales de enfermería, en los que se reúnen, e intercambian ideas, las personalidades más prominentes de la profesión en este Hemisferio.

Uno de los objetivos de la OSP/OMS en sus actividades relativas a la educación de enfermería en este Hemisferio, ha sido desarrollar entre las enfermeras de la América Latina cualidades que las capaciten como dirigentes. Desde hace varios decenios, diversas organizaciones vienen concediendo becas a muchachas jóvenes para que estudien la carrera de enfermería, pero se necesita mayor asistencia a fin de que, al completar sus estudios, las becarias puedan aplicar los conocimientos adquiridos.

En Costa Rica se ha realizado una notable labor. Ya en 1951, una consultora especializada redactó un informe sobre la escuela de enfermería de Costa Rica, y, a raíz de la firma de un acuerdo, un grupo de cuatro enfermeras internacionales comenzó a trabajar en el mes de julio de mismo año (Costa Rica-3).

En 1954, recibieron diplomas de la Escuela de Enfermería 56 enfermeras. Fué aquélla la primera promoción de graduadas después de la reorganización del programa. Dichas enfermeras estudiaron tres años; se concedieron becas a dos instructoras de enfermería, las que, tras completar sus estudios en el extranjero, se unieron a las ocho instructoras nacionales que anteriormente habían ampliado sus estudios de conformidad con este programa. Se nombraron otras dos asesoras de enfermería para que colaboraran en la coordinación de los estudios de higiene mental y salud pública en los programas básicos de enseñanza y orientaran a las estudiantes en la elección entre una y otra de las mencionadas especialidades.

Con la ayuda de consultores internacionales de la Oficina Sanitaria Panamericana, el personal nacional hizo una revisión completa de la organización administrativa y financiera de la Escuela de Enfermería.

Se iniciaron cursos de especialización para la preparación de enfermeras-parteras. El primer curso, de seis meses de duración, finalizó en diciembre de 1954. Diez enfermeras recibieron instrucción en esta especialidad y se dieron orientaciones a dos instructoras nacionales para la enseñanza de enfermeras-parteras.

En el programa para el adiestramiento de personal auxiliar de enfermería, iniciado en 1953 bajo la dirección de una asesora internacional en enfermería, se celebró un segundo curso, en un hospital de 1,400 camas situado en San José, y el programa se amplió para facilitar esa misma clase de adiestramiento en un hospital de 170 camas, en una de las provincias. Se hicieron las gestiones preliminares para organizar cursos semejantes en un hospital de 260 camas, en otra zona provincial.

Entre las demás medidas de 1954, figuran el establecimiento de un sistema oficial de preparación de enfermeras auxiliares y su inscripción en un registro, una definición más clara de la diferencia entre el personal de enfermería, profesional y no profesional, uniforme reglamentario para la enfermera auxiliar y un programa básico de enseñanza de enfermería para todo el país.

Tres médicos y cinco enfermeras, con becas para viajes de la Organización Mundial de la Salud, visitaron durante el año este proyecto, y siguieron un plan de observación de la labor realizada de conformidad con el acuerdo firmado entre el Gobierno de Costa Rica y la OMS/AT. Los visitantes representaban a seis países: México, Haití, República Dominicana, Colombia, Bolivia y Chile.

En la actualidad hay cinco asesoras internacionales en enfermería asignadas al programa. A solicitud de las autoridades sanitarias de Costa Rica, se estudia la conveniencia de incorporar la Escuela de Enfermería a la Universidad de Costa Rica.



En Bolivia se prestó ayuda a la Escuela Nacional de Enfermería. Sin interrumpir el trabajo ordinario, por medio del cual 15 enfermeras especializadas recibieron sus certificados en 1954, se procedió a ampliar el plan de estudios (Bolivia-5).

Las nuevas materias agregadas al plan de estudios destacan los aspectos sociales de la enfermería. También se le ha añadido la enseñanza en administración de salas, que tiene especial interés para las enfermeras graduadas. Esta expansión de los estudios se hace con miras a la futura coordinación de los programas de salud en la forma planeada por el Gobierno. Durante el año, la Oficina proporcionó los servicios de dos enfermeras internacionales y adjudicó 10 becas para estudios básicos y especializados.

Desde 1949 se han celebrado numerosos congresos de enfermería y seminarios, a fin de brindar a las enfermeras de toda América la oportunidad de discutir los medios y forma de resolver los problemas comunes, dentro del marco docente, social y económico de la América Latina, o más concretamente, de cada uno de los países de la América Latina.

Desde 1949, la Oficina ha organizado tres Congresos Regionales de Enfermería; los dos primeros se celebraron en Costa Rica y el Perú para los países correspondientes, respectivamente, a la parte norte y a la parte sur, del Hemisferio. En 1953, se invitó a todos los países de las Américas al Tercer Congreso, celebrado en Rio de Janeiro. Esos Congresos han sido muy fructíferos para las asociaciones nacionales de enfermería y han constituido un medio sumamente útil para el intercambio directo de ideas. La Oficina se encarga de la organización de tales Congresos, pero los Gobiernos y las agrupaciones interesadas tienen a su cargo todo lo relativo a la asistencia de las delegaciones.

Las asociaciones nacionales de enfermería de 19 países de la América Latina participan en la organización del Cuarto Congreso Regional, que se celebrará en México en septiembre de 1956. Se consultó a las asociaciones en cuanto a los temas que deseaban tratar y se dió de plazo hasta el 31 de diciembre de 1954, para la presentación de sugerencias. A fin de año se habían recibido respuestas de 17 países, de los cuales 14 deseaban tratar dos temas, siendo los más frecuentemente indicados y, por lo tanto, escogidos para debate en 1956, los siguientes: 1) organización, administración y planes de estudios para programas básicos de enfermería, 2) organización y administración de servicios de enfermería.

De menos pretensiones que los congresos son los seminarios, patrocinados también por la Oficina. El 3 de noviembre se inauguró en la ciudad de México una cuarta serie de seminarios sobre educación de enfermería (México-11.3, -12, AMRO-46.4). Las reuniones se trasladaron de la ciudad de México a Zimapan, a una distancia de tres horas en automóvil. Como en ocasiones anteriores el grupo se alojó en el mismo hotel, de modo que las reuniones podían complementarse con cambios de impresiones celebrados particularmente. Asistieron 10 enfermeras mexicanas y ocho procedentes de otros países (Costa Rica, El Salvador, Haití, Nicaragua y Panamá). Se discutió la clase de personal que puede necesitarse en cualquier país para las actividades de enfermería, así como los datos que deben obtenerse respecto a las condiciones económico-sociales, sanitarias y de educación, antes de poder formular los planes para la enseñanza de enfermería en un país determinado.



Seminario de enfermería, celebrado en la ciudad de México. Pequeño grupo en sesión, con sus asesoras.

Se dividió el seminario en tres períodos de dos semanas cada uno. Durante el primero, se dieron conferencias y se debatieron las características económico-sociales, docentes y culturales de México. Los temas principales, durante las dos semanas siguientes, fueron las condiciones sanitarias y los recursos de enfermería del país, y en el período final se elaboró un plan de estudios para una escuela de enfermería, de rango universitario, a fin de satisfacer las necesidades nacionales.

A continuación se resumen los hechos que se pusieron de manifiesto durante el seminario y que tienen influencia directa sobre la educación de enfermería en México:

1) A pesar de los esfuerzos realizados para obtener una información básica fidedigna sobre el número de enfermeras y personal auxiliar de enfermería que trabaja en México, aun no se dispone de esos datos. Sin embargo, el hecho de que se haya tratado de obtener esa información ha estimulado el interés de las autoridades de sanidad y estadística para realizar una encuesta que proporcione la información necesaria.

2) Se enviaron 400 cuestionarios a enfermeras y personal auxiliar de enfermería, de varias partes del país, a fin de conocer sus actividades y los antecedentes de su preparación. La respuesta fué excelente: se recibieron 360 contestaciones que demuestran que, en realidad, no existe diferencia entre las actividades de las enfermeras clasificadas como profesionales y aquéllas clasificadas como auxiliares.

3) Aun no es posible precisar el número de jóvenes que, en México, se gradúan en las escuelas secundarias (nueve años de escuela) o completan la educación preparatoria y obtienen el grado de bachiller (doce años). La información compilada por un consultor de la UNESCO en México demuestra que 51,653 jóvenes completaron la educación primaria (seis años de escuela), en 1951; 7,000 ingresaron en las escuelas secundarias en 1952, y 1,671 se matricularon para cursar los dos años de escuela preparatoria, en 1951.

Lo probable es que, en México, con sus 30,000,000 de habitantes, haya anualmente de 800 a 1,000 muchachas que terminen sus 12 años de estudios para obtener el bachillerato. Es razonable suponer que el 10 por ciento de las que lo consiguen se presenten como aspirantes para ingresar en la escuela de enfermería. Así, pues, es posible que, en la actualidad, haya, todos los años, unas 100 muchachas, con 12 años de estudios, interesadas en ingresar en una escuela de enfermería de rango universitario.

La Universidad Nacional Autónoma de México insiste en que todas las escuelas de categoría universitaria deben exigir el bachillerato para el ingreso o perder dicho rango.

Teniendo en cuenta lo anterior, el grupo llegó a la conclusión de que México no podría mantener adecuadamente más de dos o tres escuelas de enfermería, con calidad universitaria. Se consideró conveniente que esas escuelas

se dedicaran a la preparación de instructoras de enfermería para las escuelas no universitarias y elaborasen sus planes de estudio de conformidad con ese criterio.

Por las características generales del plan de estudio seguido por las mujeres en México, se consideró que para la mayor parte de la enseñanza de enfermería que se da en las escuelas patrocinadas por la Secretaría de Educación, los requisitos de ingreso deben limitarse a nueve años de escuela, es decir, a la educación secundaria.

En breve, se publicará el informe final de este seminario, que terminó el 14 de diciembre.

En 1954 se realizaron bien definidos progresos en la enseñanza de enfermería especializada en la América Latina. Con anterioridad, las enfermeras que sólo hablaban español o portugués tenían dificultad en prepararse para puestos de enseñanza y supervisión.

El Servicio Nacional de Salud de Chile y la Escuela de Salubridad, de Santiago, están colaborando en la organización de un curso universitario de estudios especializados de enfermería, a los cuales se admitirán enfermeras diplomadas, no sólo de Chile, sino de otros países de la América Latina.

El 27 de octubre se firmó un acuerdo para la prestación de ayuda en la organización de cursos avanzados de enfermería, en la Escuela de Salubridad de Santiago. De conformidad con este acuerdo, la Escuela de Salubridad crea un Departamento de Enfermería con una enfermera a tiempo completo como jefe del mismo. La Escuela establecerá cursos avanzados a fin de preparar enfermeras nacionales y extranjeras como instructoras, para escuelas de enfermería y como supervisoras y administradoras de los servicios de enfermería en hospitales o en el campo de la salud pública.

Las directoras de cuatro escuelas de enfermería y otras destacadas personalidades de la profesión en Chile, prepararon el plan a seguir al organizar los primeros cursos. Se cuenta con la colaboración de todas las escuelas de enfermería, hospitales y servicios de salud pública. En el primer curso, que se celebrará en 1955, se prestará especial atención a la enfermería en las enfermedades transmisibles, y asistirán a él cinco estudiantes de Chile y siete de otros países. Se proyecta ampliar el plan de estudios todos los años hasta incluir en él todas las fases de la enfermería. Ese propósito puede alcanzarse en Chile debido, en gran parte, a que:

- 1) Toda educación de enfermería del país es de categoría universitaria desde hace aproximadamente 10 años.

- 2) Muchas enfermeras se han preparado para ocupar puestos de administración, supervisión y enseñanza, por medio de becas de estudio, en los Estados Unidos y el Canadá, concedidas por las Fundaciones Rockefeller y Kellogg, el Instituto de Asuntos Interamericanos (FOA) y la OSP/OMS.

- 3) En último lugar, aunque no es lo menos importante, los médicos de los hospitales, servicios de salud pública y la Escuela de Salubridad han acogido siempre con simpatía las aspiraciones de las enfermeras y las han ayudado a resolver sus problemas.



## Becas

### Sus fines y distribución

Desde hace mucho tiempo, se reconoce la utilidad de las becas para fomentar la colaboración internacional en la enseñanza. Por regla general, las becas son un medio para que el becario adquiriera en el extranjero un adiestramiento que no podría obtener en su propia nación. En años anteriores, los fondos para becas se asignaban principalmente a base de países.

El año 1954 fué el primer año completo en que se planeó la concesión de becas con el propósito específico de adiestrar personal nacional para que se encargue de ejecutar los programas en que la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud colaboran con los Gobiernos. Se otorgaron también becas destinadas a fortalecer los servicios nacionales de salud y subvenciones especiales para asistir a cursos -algunos cortos e intensivos, otros académicos- organizados con arreglo al programa de asistencia.

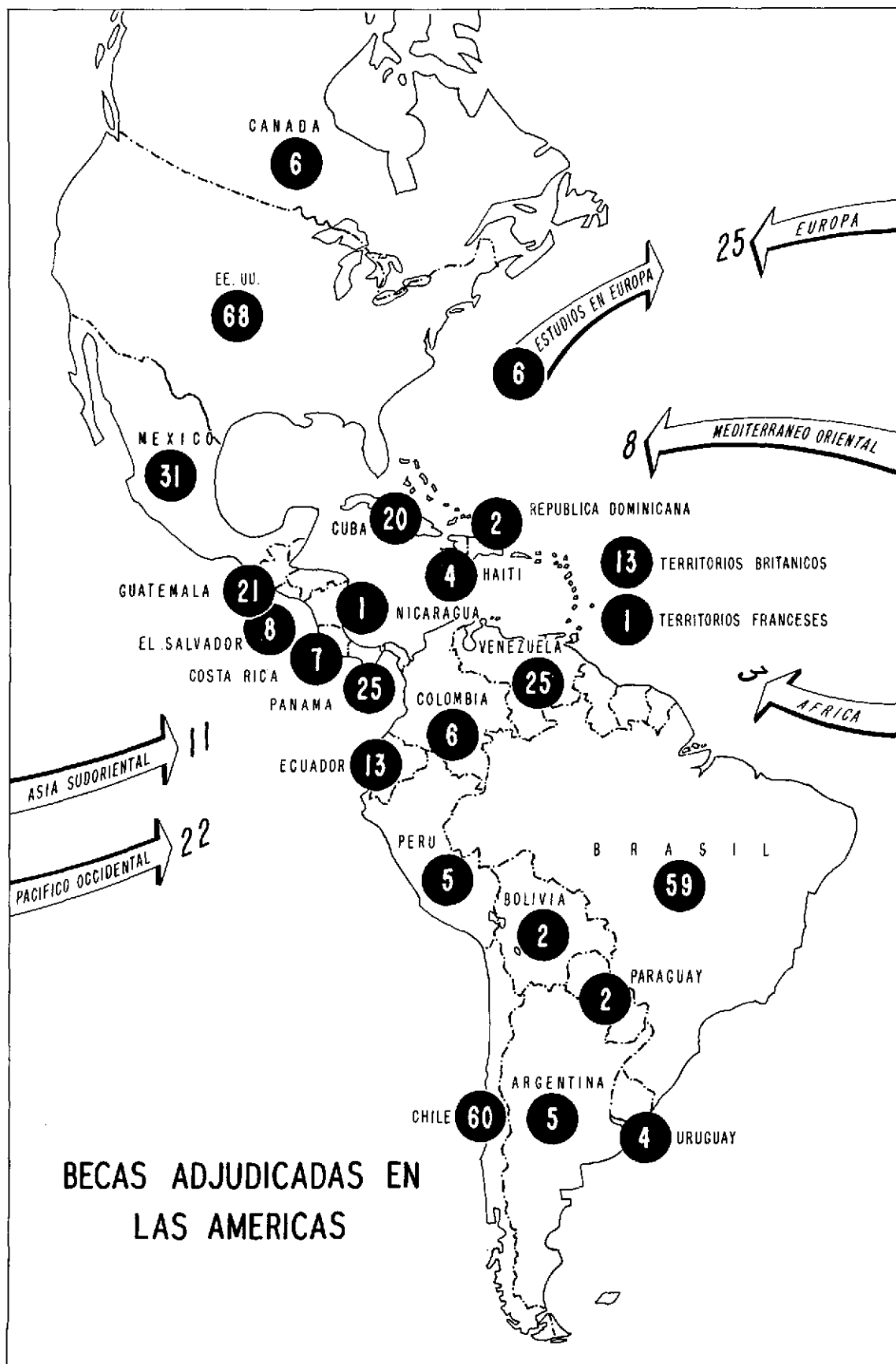
Los detalles sobre el origen y distribución de las becas pueden verse en los mapas, tablas y diagramas que aparecen en las páginas siguientes. La mayor parte de los becarios, 319, procedieron de las Américas, y los 69 restantes, de otras regiones. Los 319 becarios americanos estudiaron en escuelas y otras instituciones de las Américas, con excepción de seis que lo hicieron en Europa. Véase la tabla de la página 117.

El número total de becas concedidas en las Américas disminuyó en un 23 por ciento en relación a 1953, pero esta diferencia se debe principalmente a que se celebraron menos seminarios organizados por la Oficina. La disminución afectó en proporción bastante uniforme a los distintos países.

Ha continuado la tendencia a ampliar los servicios de adiestramiento. Un notable ejemplo en este aspecto, especialmente en materia de educación sanitaria, es el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico que va a ampliar sus medios y servicios con una subvención concedida por la Administración de Operaciones Exteriores.

La considerable reducción en el número de becarios que, procedentes de otras regiones, estudian en las Américas (de 119 en 1953 a 69 en 1954), no afectó tanto a quienes asisten a cursos académicos ordinarios como a quienes se benefician de otras ayudas, principalmente de becas para viajes. Los factores que determinaron esta reducción fueron la mayor disponibilidad de medios de adiestramiento, en lugares donde las condiciones son más parecidas a las del país de origen de los estudiantes, y la necesidad de limitar los gastos en dólares.

Los Gobiernos de las Américas rara vez solicitan becas para estudios fuera del Continente, y 1954 no constituyó una excepción puesto que sólo fueron seis los becarios enviados a otras partes del mundo. Aproximadamente el 64 por ciento de los becarios estudiaron o recibieron adiestramiento, total o parcialmente, en la América Latina, en comparación con el 70 por ciento en 1953. La ligera disminución se debe en gran parte a que, como ya se ha señalado, fué menor el número de seminarios celebrados.





### Campos de estudio

Las becas concedidas abarcaron todo el campo de las actividades sanitarias, desde la administración de salud pública hasta la enfermería y la medicina clínica. En la tabla que figura en la página opuesta, aparece la lista completa de las materias estudiadas, junto con el número de estudiantes de cada una de ellas y los países de que éstos procedían.

En sumamente difícil establecer una comparación entre 1953 y 1954, en los diversos campos de estudio, ya que para la computación de este último año se ha utilizado una nueva clasificación estandarizada, implantada por la OMS en el curso del año. Por lo tanto, algunos cambios de orientación que se observan, son más aparentes que reales. Por cuanto puede apreciarse, no ha habido una gran modificación en la orientación básica. Con la nueva clasificación, se podrá establecer en lo sucesivo un análisis más detallado.

BECAS CONCEDIDAS EN LAS AMÉRICAS EN 1954 Y PARTICIPANTES EN SEMINARIOS, EL MISMO AÑO,  
POR PAÍS DE ORIGEN, CAMPO DE ESTUDIO Y CLASE DE ADIESTRAMIENTO

País de estudio y clase de adiestramiento	País de origen																										
	TOTAL	Argentina	Bolivia	Brasil	Canadá	Colombia	Costa Rica	Cuba	Chile	Ecuador	El Salvador	Estados Unidos	Guatemala	Haití	Honduras	México	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	Rep. Dominicana	Uruguay	Venezuela	Territ. Brit.	Territ. Franc.	Territ. Neerl.	
Total, becarios y participantes	319	10	9	36	2	7	17	6	9	6	12	14	12	13	9	31	8	14	25	11	17	14	7	27	1	2	
Total, becarios	282	10	6	33	2	3	15	4	9	2	10	12	10	13	7	31	8	14	25	8	15	14	6	23	1	1	
Administración de Salud Pública (30)																											
Cursos académicos	23	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	1	3	-	1	-	1	4	2	3	2	1	2	-	-	
Becas para viajes	7	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	
Saneamiento (49)																											
Cursos organizados o con participación de OMS/OSP	41	1	-	-	-	-	6	1	-	-	2	-	2	-	5	3	3	7	2	2	4	2	1	-	-	-	
Cursos académicos	5	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	
Becas para viajes	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 <sup>b</sup>	-	-	1 <sup>b</sup>	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	
Enfermería (48)																											
Cursos organizados o con participación de OMS/OSP	15	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	1	-	2	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cursos académicos	27	-	2	1	-	1	2	-	-	-	-	-	3	1	-	2	1	2	5	2	1	4	-	-	-	-	
Becas para viajes	6	-	-	1	-	-	3	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Higiene (3)																											
materno-infantil	3	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Becas para viajes	3	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Otros Servicios Sanitarios (39)																											
Cursos organizados o con participación de OMS/OSP	28	3	1	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	1	-	-	3	1	1	1	1	11	-	1	
Cursos académicos	9	-	-	3	-	-	2	-	-	-	2	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	
Becas para viajes	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Enfermedades transmisibles (94)																											
Cursos organizados o con participación de OMS/OSP	59	1	2	24	-	-	-	2	-	2	5	3	-	1	4	-	2	4	-	1	3	1	4	-	-	-	
Cursos académicos	11	2	-	1	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	2	-	-	-	-	-	
Becas para viajes	24 <sup>a</sup>	-	-	-	1	1	-	1	-	-	-	-	3	-	6	-	-	4	-	2	-	1	4	1	-	-	
Ciencias y Educación Médicas (16)																											
Cursos académicos	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Becas para viajes	14	1	-	1	-	-	-	-	3	-	7	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	
Medicina clínica (3)																											
Becas para viajes	3	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	
Total, Participantes	37	-	3	3	-	4	2	2	-	4	2	2	-	2	-	-	-	-	-	3	2	-	1	4	-	1	
Saneamiento: AMRO-64.1, Ing. San.-Venezuela	16	-	3	3	-	3	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	
Enfermedades transmisibles AMRO-77.4, Cuarto Curso Fiebre Aftosa-Panamá	21	-	-	-	-	1	2	2	-	2	2	2	-	2	-	-	-	-	-	-	2	-	1	4	-	1	

<sup>a</sup>Incluye un participante en el curso de adiestramiento en control de la brucelosis (AMRO-26) celebrado en México, del 1 al 13 de marzo de 1954. Con esta excepción (atendida con los fondos generales de la OSP para becas) las demás becas para AMRO-26 (15 en total) fueron concedidas en 1953, con fondos asignados para este curso.

<sup>b</sup>Estos dos participan en el curso de nueve meses de duración, para ingenieros sanitarios, facilitado en El Salvador como parte del programa El Salvador-5.



Se ha registrado una continua mejora en la labor de supervisión y asesoramiento de los becarios. Con la ampliación de personal se han podido organizar con regularidad visitas a los estudiantes en los Estados Unidos, y, por medio de las Oficinas de Zona, a los que se encuentran en otros países. En los Estados Unidos se ha llegado a un acuerdo con la División de Higiene Internacional del Servicio de Salud Pública, a fin de que cuando los miembros del personal de dicha División o de la Oficina visiten una escuela, se entrevisten con los becarios de ambas organizaciones.

En 1954 se dispuso, por primera vez, de las becas ofrecidas por el Gobierno del Brasil como parte de su aportación al Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas (Servicios facilitados por el Gobierno del Brasil). Para el curso sobre serología de las enfermedades venéreas, celebrado en la Universidad de São Paulo, se concedieron becas a estudiantes del Uruguay, Paraguay y Argentina. Esas becas se otorgan bajo los auspicios de la OSP/OMS (AMRO-89), pero no representan ningún desembolso para estas Organizaciones.

Se han planteado problemas de visado en relación con los estudios en los Estados Unidos, debido a que, en virtud de la *United States Information and Educational Exchange Act* de 1948 (Ley Smith-Mundt), en el visado extendido a un becario se ha de hacer constar el número correspondiente del Programa de Intercambio de Visitantes. Esos números se han adjudicado a los organismos e instituciones de los Estados Unidos que admiten estudiantes extranjeros, es decir, a las universidades, hospitales, fundaciones y dependencias del Gobierno, pero la Oficina Sanitaria Panamericana y la OMS, por su calidad de organizaciones internacionales, no pueden tener números propios. Ahora bien, cuando se ha concedido una beca para estudios en una universidad o institución a la que se ha adjudicado un número del Programa, por lo general se ha podido utilizar ese número para la obtención del visado correspondiente. El problema del visado de becarios en viajes de observación presenta mayores dificultades.

## Educación Sanitaria del Público

### Principios fundamentales

Como se ha señalado en las secciones precedentes, la Oficina dedica especial atención a la adecuada formación profesional del personal sanitario. Para atender a las necesidades educativas de los médicos, de las enfermeras y del personal auxiliar, se publican revistas, se otorgan becas, y se organizan cursos universitarios y de ampliación de estudios en distintas materias. A medida que completan su preparación en esos cursos, tanto los que inician su actuación en salud pública como los que cursan estudios especializados, pasan a reforzar el personal dedicado a promover la salud.

Pero las actividades que desarrolle este personal técnico no darán resultados satisfactorios si no cuentan con la cooperación del público. El reforzamiento de los servicios centrales y locales de salud pública es de capital importancia, mas para que su labor sea eficaz es indispensable que reciban esa cooperación.

Por ejemplo, ¿qué utilidad tiene una clínica de puericultura si las madres no acuden a ella, o si acuden y no siguen los consejos que reciben? Lo mismo puede decirse de la ingeniería sanitaria: si se construyen nuevas

Gran parte de las actividades de salud pública y de educación sanitaria del público, tienden a mejorar la salud de la infancia. Estos tres niños peruanos esperan su turno para ser atendidos en una clínica rural.

En los rostros de estos dos niños costarricenses se refleja el agrado con que reciben la taza de leche a media mañana.



instalaciones higiénicas o se abren nuevos pozos, es preciso convencer al público de que debe abandonar los viejos hábitos y hacer pleno uso de las nuevas instalaciones.

La educación del público tiene por objeto establecer la relación necesaria entre el funcionario de sanidad y la población, a fin de que ésta adopte en su vida cotidiana las prácticas sanitarias que se le aconsejan.

El objetivo final de todas las actividades sanitarias es el de fomentar la salud de la población, para lo que hay que enseñarle a mejorar sus hábitos de vida. Ahora bien, la educación sanitaria del público no es tarea fácil.

Se ha dicho que la misión del funcionario sanitario consiste fundamentalmente en trabajar con el pueblo para ayudarlo a resolver sus propios problemas. Cuando se trata de un cambio de los hábitos dietéticos o de costumbres arraigadas, pero nocivas, la labor requiere paciencia, perseverancia y comprensión. No basta con decir que el público no coopera o se muestra indiferente. El problema consiste en suscitar su interés y conseguir su indispensable cooperación. Por esta razón, la educación sanitaria del público es, o debe ser, un arte o una ciencia de tanta importancia como otras profesiones bien acreditadas en el campo de la salud pública, tales como la medicina preventiva, enfermería, ingeniería sanitaria, servicios de laboratorio o bioestadística.

Aunque cabe utilizar las campañas intensas de publicidad, con todos los recursos de la radio, la televisión y otros medios de difusión, especialmente a fin de obtener el apoyo popular para la promulgación de leyes o para realizar reformas sociales muy necesarias, lo que en definitiva cuenta es la callada labor cotidiana en las zonas rurales o entre la población menesterosa de los centros urbanos. Para obtener resultados permanentes, es necesario que las prácticas sanitarias penetren por todos los senderos y logren profundo arraigo. En toda campaña de educación sanitaria, el éxito radica en que la población aplique en su modo de vida, las recomendaciones que se le hagan para el mejoramiento de su salud.

### **Proyectos de campo**

Por su importancia intrínseca, la educación sanitaria del público merece seria consideración. En un seminario sobre este tema celebrado en México, D. F., en septiembre de 1953, se abordaron cuestiones similares a las mencionadas en los párrafos precedentes. En las discusiones participaron activamente personalidades de 11 países, estando representadas casi todas las especialidades de salud pública. La reunión tuvo mucho éxito y ya se están planeando otras similares de mayor amplitud.

Mientras tanto, ha continuado el progreso lento, pero constante, de un número limitado de proyectos fundamentales. Ya se ha hecho mención de ciertos programas de antropología cultural, tan estrechamente vinculada a la educación sanitaria del público. Para que un programa sanitario responda a las características de una población, es preciso realizar un detenido estudio preliminar. El estudio antropológico, basado en una encuesta minuciosa de las condiciones de vida y de las necesidades existentes, ha resultado ser de suma utilidad.



Enfermos en espera de recibir atención médica en un centro rural de salud de Bolivia.

En 1952, con el apoyo de las Naciones Unidas, la Organización Internacional del Trabajo y la UNESCO, se estableció una Misión Conjunta de Asistencia Técnica a las poblaciones indígenas que habitan las altiplanicies andinas de Bolivia, Ecuador y Perú, con el objeto de efectuar un estudio de estos grupos de población para ponerlos en condiciones que les permitan incorporarse a sus respectivas comunidades nacionales, beneficiándose así de las mejores condiciones económicas, sociales y sanitarias de que goza el país en su conjunto (AMRO-6).

Merece señalarse que la primera reunión de esta Misión Conjunta de Asistencia Técnica tuvo lugar en La Paz en enero de 1951. Al año siguiente se iniciaron varios estudios sobre cuestiones específicas. Se prestó especial atención a Bolivia, porque este país ha venido preparando desde hace varios años una reforma agraria con el fin de mejorar las condiciones económicas de las poblaciones indígenas, y además, por la posibilidad que había en aquel país de establecer un proyecto piloto basado en las tradiciones indias de la vida comunal.

En 1954, un consultor a corto plazo, de salud pública, perteneciente a la Misión Conjunta, sometió a la Oficina un informe minucioso sobre la zona indígena andina de Bolivia. El informe se limitó principalmente a examinar los aspectos de salud pública, por lo que no representa más que parte del estudio que se necesita sobre la agricultura, la educación y la colonización de las zonas indígenas de la altiplanicie andina de los tres países antes mencionados.

El informe recomendó que el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) colaborara estrechamente con el Ministerio de Higiene y Salubridad de Bolivia en el establecimiento de un nuevo centro rural de Salud en Pillapi. También aconsejó que se procediera al nombramiento, a tiempo completo, de un médico para dirigir el centro, así como de una enfermera, una auxiliar de enfermería de salud pública y un ingeniero sanitario. El centro debe actuar en cooperación estrecha con los demás servicios sanitarios del país. Se debe tender a que llegue a ser un centro modelo, que eventualmente esté sostenido por la población que sirve. Al principio, necesitará apoyo del departamento central de sanidad y de los agricultores locales que se beneficiarán de sus servicios. El informe aconsejó además que el programa sanitario esté sujeto a continua evaluación y revisión y que siga recibiendo la ayuda técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana.

En la región de Centro América y Panamá se desarrolla otro programa de antropología cultural, iniciado en enero de 1953 (AMRO-29). Tiene por objeto ayudar a los países a que ajusten sus programas sanitarios a los requerimientos especiales de sus respectivas poblaciones. Para ello se obtiene, en primer lugar, información básica sobre las características culturales de la población indígena de la zona. Los resultados de esas encuestas antropológicas pueden aplicarse después a la solución de los problemas de educación sanitaria.

En este programa trabajan, desde 1953, un antropólogo cultural y un educador de salud pública. Se han completado las encuestas preliminares en El Salvador, Guatemala y Honduras. En 1953 se publicó el informe correspondiente a Panamá, y en 1954 otro similar acerca de Nicaragua.

Una vez terminadas las encuestas, los resultados se someten a las autoridades nacionales y locales. Al exponer dichos resultados, se describen los problemas que ofrecen las mejores posibilidades de solución y las técnicas que pueden resultar más efectivas. Los temas estudiados comprenden la agricultura, industrias locales y domésticas, viajes, transporte y comercio, vida familiar, creencias y hábitos de la población, recreos y diversiones, conceptos de la población sobre las enfermedades y prácticas de curación.

Todos estos antecedentes se toman en cuenta en los programas que se ejecutan en la región. Se presta especial atención a que las actividades de educación sanitaria del público se lleven a cabo por el personal de salud pública de todas las categorías y no solamente por el educador sanitario. Se facilita adiestramiento especial al personal encargado de la zona de demostración sanitaria establecida en el Valle de San Andrés, de El Salvador, cuyo objetivo es proporcionar servicios coordinados de salud pública en una colectividad rural escogida (El Salvador-5).

El mismo sistema se sigue en el programa que se lleva a cabo en Panamá, encaminado a la extensión de los servicios de salud pública a colectividades

rurales seleccionadas. Por medio del adiestramiento, durante el servicio, del personal de los centros sanitarios rurales, se espera desarrollar una administración de salud pública que responda a las necesidades de la población atendida (Panamá-1).

En 1954, la Oficina cooperó con la Escuela de Medicina de Asunción, facilitando los servicios de un profesor visitante que dictó cursos de medicina preventiva a estudiantes de sexto año de medicina (Paraguay-6). También se organizaron cursillos en bioestadística, venereología, malariología y otras materias, para otros estudiantes y para grupos de graduados. Se prestó especial atención al adiestramiento práctico y a las actividades de control de la anquilostomiasis, enfermedades venéreas y tuberculosis, que forman parte del programa en que la Oficina y otros organismos cooperan con las autoridades sanitarias locales. De este modo, el adiestramiento práctico se combinó con la enseñanza universitaria.

## Conferencias y Publicaciones

### Discusiones Técnicas

En las secciones precedentes se ha hecho mención, con frecuencia, de conferencias y seminarios, todos ellos de carácter educativo y que tendían principalmente a intensificar la cooperación en algún aspecto de salud pública.

Además de esos medios de estimular las actividades especializadas, en Santiago, Chile se celebró, del 7 al 22 de octubre de 1954, la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana que, como las anteriores reuniones cuatrienales, además de deliberar como cuerpo directivo supremo de la Organización Sanitaria Panamericana, sirvió de foro para el intercambio de información e ideas relacionadas con la prevención de las enfermedades, y la conservación, promoción y restauración de la salud mental y física, así como los adelantos en los métodos y procedimientos médico-sociales para la prevención y tratamiento de las enfermedades físicas y mentales en el Hemisferio Occidental.

El intercambio de información sobre las condiciones sanitarias existentes en los países representados en la Conferencia, se hizo principalmente por medio de la presentación de un informe cuatrienal, narrativo y estadístico, al que ya se ha hecho referencia en las páginas 1, 5, 75 y 76.

Además, los Delegados presentaron en la Conferencia trabajos cuidadosamente preparados, sobre las condiciones sanitarias en sus respectivos países. Finalmente, en las discusiones técnicas celebradas en los grupos de trabajo establecidos por la Conferencia, se estudiaron los métodos para mejorar la exactitud y fidelidad de los datos estadísticos primarios indispensables para programas de salud pública; el control de las diarreas infantiles a la luz de los últimos progresos científicos, y la aplicación de métodos de educación sanitaria en zonas rurales de la América Latina. También hubo amplias discusiones sobre la erradicación de la malaria y de la treponematosiis en las Américas. Todos esos debates dieron lugar a resoluciones de la Conferencia en las que se recogen las recomendaciones formuladas por los grupos de trabajo para mejorar las diversas actividades estudiadas y se encarece, asimismo, la intensificación de las campañas de erradicación.

Se aprobaron los siguientes temas para las discusiones técnicas de la VIII Reunión del Consejo Directivo, VII Reunión del Comité Regional de la OMS que se celebrará en Washington, D. C. en septiembre de 1955: 1) Métodos para mejorar la formación del personal de salud pública, y 2) La atención médica en el medio rural.

### Participación en otras Conferencias

Durante 1954, la Oficina Sanitaria Panamericana estuvo representada en muchas conferencias intergubernamentales relacionadas con la salud pública y en otras reuniones de organizaciones internacionales no gubernamentales, de interés para la Oficina.



Aspecto de una sesión de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana

Entre ellas figuraron la 13ª Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS (12 enero - 2 febrero), la Séptima Asamblea Mundial de la Salud (4 - 21 de mayo) y la 14ª Reunión del Consejo Ejecutivo (27 - 28 de mayo), celebradas en Ginebra, Suiza. En las Américas tuvo lugar una importante reunión intergubernamental, la Décima Conferencia Interamericana, que se celebró en Caracas, Venezuela, del 1 al 27 de marzo. La Oficina Sanitaria Panamericana estuvo representada en esas reuniones por su Director y otros funcionarios.

En el Apéndice II, pág. 185 figura una relación de otras conferencias, asambleas, reuniones, seminarios y simposios celebrados en 1954 y a los que asistieron uno o más miembros del personal de la Oficina.

## Labor de información

El Artículo I del Código Sanitario Panamericano establece que se debe "estimular el intercambio de informes que puedan ser valiosos para mejorar la sanidad pública y combatir las enfermedades propias del hombre", en las Repúblicas Americanas. El Código determina que la Oficina será la agencia sanitaria central, así como el centro general de recolección y distribución de informes sanitarios procedentes de dichas Repúblicas y enviados a las mismas (Artículo LV).

Además, la Oficina debe suministrar a las autoridades sanitarias de los Gobiernos signatarios, por medio de sus publicaciones, todos los informes disponibles relativos a los estudios actuales de las enfermedades transmisibles propias del hombre; al adelanto efectuado en el control o erradicación de las mismas; al progreso realizado en cualquiera de las ramas de la medicina preventiva, así como otros informes pertinentes relativos al saneamiento y a la sanidad pública (Artículo LVI).

## Publicaciones periódicas

En cumplimiento de estas funciones, la Oficina, por medio de su Sección Editorial, siguió publicando en 1954 el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, revista mensual cuyo primer número apareció en mayo de 1922. Al cabo de 32 años de publicación ininterrumpida, el Boletín continúa siendo la revista más destacada de salud pública y medicina en las Américas.

El Boletín contiene trabajos originales así como traducciones de artículos cuidadosamente seleccionados, que se publican, ya sea en español, inglés o portugués, acompañados, por lo general, de un breve resumen en otro de los citados idiomas. En las páginas de la revista colaboran trabajadores sanitarios de las Américas, el personal de las divisiones técnicas de Washington y el de las Oficinas de Zona.

El Boletín ha ido mejorando y ampliándose constantemente. Publica una sección dedicada a noticias e información en la que se recogen las actividades de carácter general y científico de la Oficina. Por lo tanto, en cierto sentido, en los números de esta revista se archiva la historia de la Organización.

Para facilitar la colección, todos los números de un año se agrupan, desde 1951, en dos volúmenes. Antes se reunían en uno solo, pero, dado el desarrollo adquirido por los ejemplares, ya en 1950 resultaba difícil recogerlos en un volumen de fácil manejo. Mejorando la calidad del papel y la tipografía y con ligeros cambios en el formato, se dispuso de margen para aumentar el número de ilustraciones, y se consiguió, como ya se ha indicado, encuadernar la colección de un año en dos volúmenes manejables.

Como en años anteriores, se dedicaron algunas ediciones, en su totalidad o en parte, a algún tema especial. De acuerdo con la norma establecida en 1953, continuaron publicándose simultáneamente en español algunos artículos seleccionados que aparecen en francés o en inglés en el *Bulletin* de la Organización Mundial de la Salud. Lo mismo se hace, en virtud de autorización especial, con artículos publicados en inglés en el *American Journal of Public Health* y *Public Health Reports*.





De conformidad con el plan de facilitar a los trabajadores sanitarios de las Américas una información al día sobre los trabajos que aparecen en otras revistas, se obtuvo autorización de los directores de *Tropical Diseases Bulletin*, *Abstracts of World Medicine*, *Journal of the American Medical Association*, *The American Journal of Public Health* y *Public Health Reports* para traducir y publicar resúmenes de algunos artículos en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. En todos los casos se menciona la procedencia de los trabajos.

## PUBLICACIONES ESPECIALES, 1954

Tipo de Publicación	No. de la Serie	Páginas	Ejemplares
<b>Documentos Oficiales</b>			
Documentos Básicos de la Oficina Sanitaria Panamericana, <i>Segunda edición.</i>	5	78	1,000
Basic Documents of the Pan American Sanitary Bureau, <i>Second Edition.</i>	6	80	1,000
Informe Final de la VII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana y V Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud	7	22	1,000
Final Report of the VII Meeting of the Directing Council of the Pan American Sanitary Organization and V Meeting of the Regional Committee of the World Health Organization	8	23	1,000
Acta Final de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana	9	49	1,000
Final Act of the XIV Pan American Sanitary Conference	10	47	1,000
<b>Publicaciones Científicas</b>			
Reglamento Sanitario Internacional (Reglamento No. 2 de la Organización Mundial de la Salud). <i>Segunda edición</i>	2	103	3,000
Certificación Médica de Causa de Defunción, <i>Segunda edición</i>	3	21	2,000
Comité de Expertos en Higiene Mental, Subcomité de Alccholismo, Segundo informe	7	38	1,000
Procedimientos Básicos para la Notificación de las Enfermedades Transmisibles	8	32	4,000
Basic Procedures for the Reporting of Communicable Diseases	9	31	1,000
Comité de Expertos en Educación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar, Segundo informe	10	25	1,000
Principios de Administración Sanitaria, Dr. John J. Hanlon	11	590	2,000
Tercera Conferencia sobre los Problemas de la Nutrición en la América Latina	12	54	10,500

## PUBLICACIONES ESPECIALES, 1954

Tipo de Publicación	No. de la Serie	Páginas	Ejemplares
<b>Publicaciones Científicas (continuación)</b>			
Aspectos Psiquiátricos de la Delincuencia Juvenil	13	107	1,000
Los Cuidados Maternos y la Salud Mental	14	215	1,000
<b>Publicaciones Varias</b>			
Guía para la Preparación de los Informes sobre la Campaña de Erradicación del <i>A. aegypti</i> en las Américas	7	13	200
Guide for the Preparation of Reports on the <i>A. aegypti</i> Eradication Campaign in the Americas	8	13	100
XI Curso Internacional de Malaria y Otras Enfermedades Metaxénicas	9	9	600
Informe Anual del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, 1952	10	16	350
Annual Report of the Pan American Foot and Mouth Disease Center, 1952	11	15	500
Relatório Anual do Centro Pan Americano de Febre Aftosa, 1952	12	16	200
Conferencia Regional de Educación Higiénica, Ciudad de México, septiembre de 1953	13	66	1,000
Regional Conference on Health Education, Mexico City, September 1953	14	66	500

## RESUMEN

Tipo de Publicación	Número	Páginas	Ejemplares
Documentos Oficiales	6	299	6,000
Publicaciones Científicas	10	1,216	26,500
Publicaciones Varias	8	214	3,450
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>1,729</b>	<b>35,950</b>

En vista del incremento de las actividades de la Oficina en el campo de la enseñanza médica y de salud pública y del interés demostrado por todos los países en esta materia, a partir de abril de 1954 se publica en el Boletín una nueva sección dedicada a Educación y Adiestramiento.

En el número de julio se inició la publicación mensual de una lista de importantes reuniones científicas internacionales.

Por medio de correspondencia se gestiona el envío de artículos, resúmenes e información sobre los acuerdos adoptados en dichas reuniones. En los números de noviembre y diciembre se publicaron trabajos relativos a las discusiones técnicas celebradas durante la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana.

En 1951 la Oficina se hizo cargo de la traducción al español e impresión de la *Crónica de la Organización Mundial de la Salud*, pero desde el mes de enero de 1955, la Organización Mundial de la Salud se encarga de la edición española.

Otras dos publicaciones periódicas, el *Informe Epidemiológico*, semanal (27º año), y la *Estadística Sanitaria* (Volumen III), trimestral, aparecen en español y en inglés. También continuó publicándose en 1954 el *Calendario Mensual de Reuniones Internacionales* (Volumen III, números 1 a 12).

Durante el año, 4,000 personas solicitaron que se les enviara regularmente el *Noticiero* de la OMS. Además, la Secretaría de Estado de los Estados Unidos solicitó que se aumentara el número de ejemplares mensuales que recibe de 3,400 a 4,000. Estos ejemplares son distribuidos por la Secretaría de

#### Distribución Mensual del *Noticiero* de la OMS

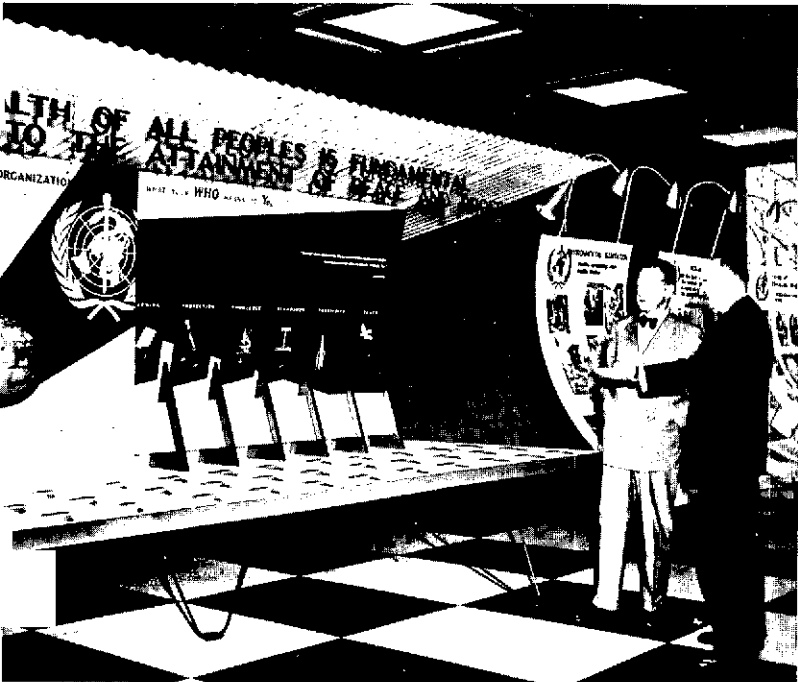
<i>Idioma</i>	<i>Envíos individuales</i>	<i>Envíos colectivos</i>
Español	2,498	4,895
Inglés	6,747	8,340
Portugués	1,910	457
Francés	244	129
	11,399	13,821

Estado entre miembros de entidades cívicas de todo el país. Algunas ediciones han tenido tan buena acogida que ha sido necesario aumentar considerablemente el número de ejemplares y éstos se han vendido, a precio de costo, en lotes de 1,000 o más. Los números más solicitados han sido los dedicados al alcoholismo (se hizo una tirada adicional de 30,000 ejemplares), a la higiene mental (tirada adicional de 15,000 ejemplares), y al uso del dieldrín (una compañía de productos químicos hizo una reimpresión en miniatura de 25,000 ejemplares, que distribuyó directamente). Se distribuyó una tirada adicional de 25,000 ejemplares del número de septiembre, referente a la reunión de la Asociación Americana de Salud Pública y al Día de las Naciones Unidas (24 de Octubre).

Por regla general se necesitó un promedio de 4,500 ejemplares para atender las peticiones de números atrasados.

## Publicaciones especiales

Durante el año se imprimieron también 10 números de la Serie de Publicaciones Científicas, 8 de Publicaciones Varias y 6 de Documentos Oficiales. Pueden verse los detalles en la tabla que aparece en las páginas 127 y 128.



Exposición en la Sede de las Naciones Unidas

Además del material que se distribuye accediendo a las peticiones recibidas, se está tratando de organizar remesas regulares a los departamentos de sanidad de los Gobiernos Miembros, asociaciones técnicas, grupos cívicos, universidades y organizaciones de enseñanza.

## Exposiciones Especiales

Se facilitó material de exposiciones a México, Guatemala y a la Oficina de Campo de Kingston, Jamaica, a esta última con títulos intercambiables en inglés y en francés. Prácticamente todas las Oficinas de Zona cuentan ahora con material para exhibiciones, ligero y fácil de transportar. Gracias a que todos los años se preparan nuevos objetos para estos fines, hoy se dispone de una valiosa reserva que reduce el costo de preparar nuevas exposiciones.

A la sección de la Junta Cívica Nacional pro OMS, de San Francisco, se le proporcionó una exposición amplia, pero manejable, que la Junta presentó, por cuenta propia, en reuniones, hospitales y centros cívicos de toda la costa occidental. Antes de enviarla a la reunión de la Junta Cívica Nacional pro OMS, la exposición se instaló, en agosto pasado, en los locales de la reunión que celebró en Seattle, Washington, la Asociación Americana de Medicina Veterinaria. En esta ocasión, al igual que en el año anterior, la exposición de la Oficina fué premiada con un certificado de mérito. También se presentó en el mes de septiembre, en la Conferencia de Higiene Mental, del Norte de

## Exposiciones y otros medios de información

Los libros, revistas y publicaciones varias no son los únicos medios empleados por la Oficina Sanitaria Panamericana para informar, tanto al público como a su propio personal, sobre el trabajo y programas de la Oficina. Se utilizan también otras muchas variedades de material educativo y métodos de divulgación.

Funcionando conjuntamente, la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud, se valen de medios tan diversos como la prensa, radio, televisión, películas, diapositivas seriadas, fotografías, exposiciones, discursos, conferencias personales y envíos por servicio postal.

California, celebrada en Asilomar. Se prepara una exposición similar que se instalará en diversas poblaciones de la parte oriental de los Estados Unidos.

En la actualidad, se encuentran en constante circulación tres carteles murales, de 15 paneles, en los que se pone de relieve la labor de la OMS. A esos carteles se van a unir otros tres juegos enviados por Ginebra, uno de ellos en español, para usarlo en la América Latina.

Las exposiciones de la Oficina continúan atrayendo considerable atención, especialmente cuando se usan en las reuniones como centros de distribución de publicaciones. En las reuniones de la Asociación Americana de Salud Pública se utilizaron como medio para atraer nuevos miembros. Las organizaciones y grupos cívicos ayudan a transportar y presentar esas exposiciones, cosa que hacen muchas veces por cuenta propia.

Una de las exposiciones más importantes continúa instalada en el vestíbulo principal de la Sede de las Naciones Unidas, por donde probablemente desfila mayor número de personas que por cualquier otro local del mundo. Los guías del edificio hablan de la labor de la OMS a los miles de visitantes que diariamente pasan por el lugar donde dicha exposición se encuentra. Las Naciones Unidas han accedido a que la Oficina la reemplace por una nueva exposición a principios de 1955. Se envió una importante exposición a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Santiago, Chile.



Los niños de las escuelas visitan frecuentemente la exposición de la OSP/OMS en el edificio de las Naciones Unidas en Nueva York.

Una exposición sobre zoonosis, preparada para la reunión de la Asociación Canadiense de Veterinaria, que tuvo lugar, en 1954, en Toronto, Canadá, fué enviada a la Sede de la OMS, en Ginebra, con motivo de la Séptima Asamblea Mundial de la Salud celebrada en el mes de mayo.

En la Décima Conferencia Interamericana que se reunió en Caracas, en el mes de marzo, se presentó una exposición de la Oficina Sanitaria Panamericana mostrando la estructura de la organización, la procedencia de los fondos y el carácter de las actividades de campo. También se envió una exposición a la reunión de la Asociación Americana de Salud Pública celebrada en Buffalo, Nueva York, en el mes de octubre de 1954, e inmediatamente después fué remitida a Cleveland, Ohio, para mantenerla durante un período de dos semanas, en relación con la Semana de las Naciones Unidas.

Durante los meses de noviembre y diciembre se celebró una exposición de publicaciones OSP/OMS, que atrajo más de 200,000 visitantes, en la Biblioteca del Congreso, Washington, D. C.

La mayoría de las Oficinas de Zona dan cuenta de que ha aumentado el uso del material de exposiciones durante el año, y anuncian que tienen el proyecto de realizar mayor número de exposiciones en 1955. La Oficina renueva las fotografías y títulos de vez en cuando y proporciona material adecuado para usarlo en las conferencias y seminarios sobre temas especializados.

### **Prensa, Radio y Televisión**

Durante 1954, más de 500 personas solicitaron que se les enviaran regularmente los comunicados de prensa de la Oficina. Además de remitirlos a las Oficinas de Zona, Centros de Información de las Naciones Unidas y departamentos de sanidad de los Países Miembros, se enviaron a la prensa, radio y estaciones de televisión de la América Latina; a los principales periódicos, agencias de noticias, periodistas y locutores de radio de los Estados Unidos y Canadá, y a las publicaciones de carácter técnico y semi-técnico en el campo de la salud. Estos comunicados se reproducen, en su mayor parte, en la Sede de las Naciones Unidas y se ponen a disposición de la prensa mundial.

La distribución de los comunicados es aproximadamente en la actualidad, de 3,000 ejemplares por número: 800 en español, 900 en inglés y 1,350 en portugués.

El Día Mundial de la Salud (7 de abril), se celebró, en todo el Hemisferio, con mayor relieve que en años anteriores. Se distribuyeron 4,000 sobres conteniendo información en español; 5,000 en inglés, 3,000 en portugués y 500 en francés. Se repartieron, además, 5,000 folletos con artículos sobre enfermería de salud pública. El tema "La enfermera, centinela de la salud" atrajo la colaboración de numerosas organizaciones de enfermería, hospitales, colegios (por medio de sus enfermeras), clínicas, escuelas de enfermería y divisiones de enfermería de los departamentos de salud pública.

Además, en esa fecha se organizaron muchas reuniones por agrupaciones cívicas, y tanto la radio como la prensa difundieron amplias informaciones. La Oficina de Información Pública recibió más de 200 páginas de recortes de prensa, muchos de ellos de la América Latina a pesar de que la Oficina Sanitaria Panamericana no dispone allí de un servicio para coleccionarlos. Los informes recibidos reflejaron una satisfactoria respuesta en todo el Hemisferio, con destacada participación en Uruguay, México, Cuba, Brasil, Panamá, Argentina y Venezuela.

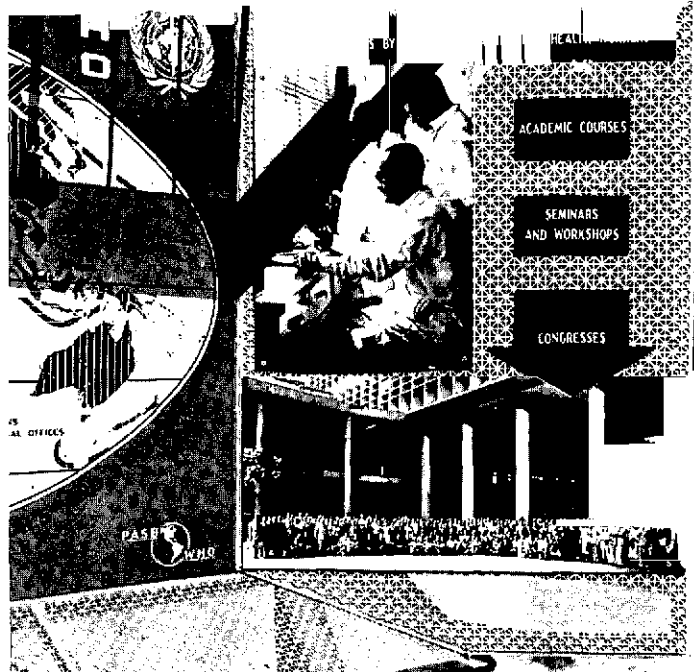
Se enviaron cartas a numerosas asociaciones en relación con el Día de las Naciones Unidas (24 de octubre) y se recibieron muchas contestaciones de asociaciones cívicas pro Naciones Unidas de la América Latina, los Estados Unidos y Canadá. En Cleveland, Ohio, se prolongaron durante dos semanas las actividades relacionadas con el Día de las Naciones Unidas, y la Oficina Sanitaria Panamericana instaló una importante exposición que fué visitada diariamente por un promedio de 2,500 personas. En Baltimore se celebró una exposición similar, durante tres días, que fué inaugurada por el Gobernador y visitada por más de 30,000 personas.

En la 82<sup>a</sup> Reunión Anual de la Asociación Americana de Salud Pública, que tuvo lugar en Búfalo, en el mes de octubre, la Junta Cívica Nacional pro OMS celebró el primer día una sesión que se prolongó durante toda la jornada y en la que prevaleció el mayor entusiasmo. El interés demostrado por los delegados, procedentes de todas partes de los Estados Unidos, quedó confirmado con la aprobación de una resolución instando al Gobierno a que prestase mayor apoyo a la Organización Mundial de la Salud.

A fines de 1954 se hallaban muy adelantados los preparativos para la celebración del Día Mundial de la Salud, en 1955, con el tema "Agua pura, base de la salud". Se enviaron cartas a los departamentos de sanidad de los Países Miembros, sociedades de ingeniería, ingenieros sanitarios y publicaciones técnicas. La Oficina preparó carteles que se reprodujeron en los cuatro idiomas oficiales, y tanto el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, como otros organismos oficiales y organizaciones cívicas prestaron generosa colaboración.

El servicio de radio de las Naciones Unidas (onda corta, en 33 idiomas) dedicó parte de su programa ordinario a información sobre la labor de la OSP/OMS. Además de la red radiofónica de las Naciones Unidas, hablaron de la OMS y el Día Mundial de la Salud, la Voz de América y otras estaciones de países americanos. Entre los oradores figuraron varios Ministros y Directores de Sanidad, y el Cirujano General del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. También fué transmitido por 163 estaciones de los Estados Unidos, un programa de media hora, dedicado a entrevistas y preparado por funcionarios de la Oficina para la Asociación Nacional de Locutores Radiofónicos

Detalles de la exposición presentada en la costa occidental de los Estados Unidos.





de Programas Docentes. Durante el año aumentaron considerablemente las solicitudes de información para la preparación de transmisiones de radio.

### Conferenciantes

En 1954, la Oficina Sanitaria Panamericana colaboró en la selección de 28 conferenciantes. Como de costumbre, en las conferencias se distribuyeron gratuitamente varias publicaciones. En algunos casos también se suministró material de exhibición. Hubo un aumento considerable en el número de peticiones, formuladas por particulares, escuelas y grupos cívicos, relativas a información y otras formas de ayuda para preparar disertaciones y debates sobre la labor de la Oficina Sanitaria Panamericana y la Organización Mundial de la Salud.

### Películas

Se hicieron películas de la Séptima Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra, y de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, que tuvo lugar en Santiago. Ambos films despertaron gran interés. Se mantuvo en constante circulación el reducido número existente de copias de películas sobre la labor que realiza la OSP/OMS. Entre estas películas figuran:

Séptima Asamblea Mundial de la Salud, 1954 (Ginebra).  
En español.

XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, 1954 (Santiago).  
En español.

La Organización Mundial de la Salud en funciones: Control de la Rabia en la Frontera México-Estados Unidos y en Israel, y Control de la Tuberculosis en Estambul. En inglés.

Por tierras de la India: Control de la Malaria. En español, inglés y francés.

El Antiguo Azote (The Ancient Curse): Control de la Malaria. En inglés.

La Enfermera Rural. El trabajo de la Enfermera Rural en El Salvador. En español y en inglés.

Cada vez son más numerosas las solicitudes de películas, y todas ellas se transmiten a la sección cinematográfica de las Naciones Unidas, que realiza todas las gestiones de venta y alquiler. La película "La Enfermera Rural", hecha por las Naciones Unidas, fué objeto de constantes peticiones durante todo el año.

### Solicitudes de información

Se recibieron solicitudes de tres procedencias: las enviadas directamente a la Oficina, de todas las Américas; las transmitidas a la Oficina por la Sede de las Naciones Unidas, en Nueva York (muchas originarias de la América Latina, como respuesta a las emisiones radiofónicas de las Naciones Unidas, en español y portugués, sobre la labor de la OSP/OMS), y un gran número enviado por la Sede de la OMS en Ginebra. Estas solicitudes reflejan un creciente interés en las actividades de sanidad internacional.

Al atender esas peticiones, se disfruta de una excelente oportunidad para dar a conocer, de manera directa, la labor de la Oficina Sanitaria Panamericana. Muchas solicitudes proceden de escritores y conferenciantes que utilizan las respuestas para preparar artículos, discursos y transmisiones por radio.

En 1954 se distribuyeron 3,500 sobres conteniendo información, y en cada uno de ellos había aproximadamente siete artículos. En respuesta a solicitudes recibidas, se enviaron por correo otros 103,116 artículos y notas informativas.

**Fotografías**

La Oficina cuenta ahora en sus archivos con millares de fotografías y negativas, la mayoría de ellas adquiridas sin un plan preconcebido. Sin embargo, se necesitan muchas más para disponer de una extensa selección que permita satisfacer las solicitudes que se reciben constantemente.

Las Naciones Unidas cooperaron a la celebración del Día Mundial de la Salud publicando un juego de dos carteles fotograbados, con el texto en cuatro idiomas, y proporcionando gratuitamente, a petición de los interesados, varios millares de copias fotográficas de tamaño grande.

**Campañás educativas**

El éxito o el fracaso de los programas de salud pública depende, con gran frecuencia, de la medida en que los Gobiernos hayan preparado a la

**L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ**

Organisme spécial des Nations Unies, composé de 84 Pays Membres dont le siège est à Genève.

**LE BUREAU SANITAIRE PANAMÉRICAIN**

Organe exécutif de l'Organisation Sanitaire Panaméricaine, composé des 21 Républiques de l'hémisphère occidental. C'est l'organisation internationale de santé la plus ancienne du monde fondée en 1902. Elle fonctionne aussi comme bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour les Amériques.

**SES ACTIVITÉS**

Coopération avec les gouvernements nationaux, dans leurs efforts pour améliorer leurs administrations sanitaires, sur leur demande.

Enseignement et formation professionnelle de techniciens et auxiliaires au moyen de cours pratiques, démonstrations, colloques et heures d'études.

Services de consultants spécialisés dans les diverses branches de la santé publique.

Encouragement d'accords, recommandations, et règlements internationaux de santé publique, comme, par exemple, la standardisation des produits alimentaires, biologiques et pharmaceutiques.

Centre de diffusion d'informations concernant la santé publique, plus particulièrement celles de caractère épidémiologique et statistique.

presentada en el del Caribe

Detalles de varias exposiciones



Exposición sobre el contro de las zoonosis



Exposición presentada en la reunión de la Asociación Americana de Salud Pública

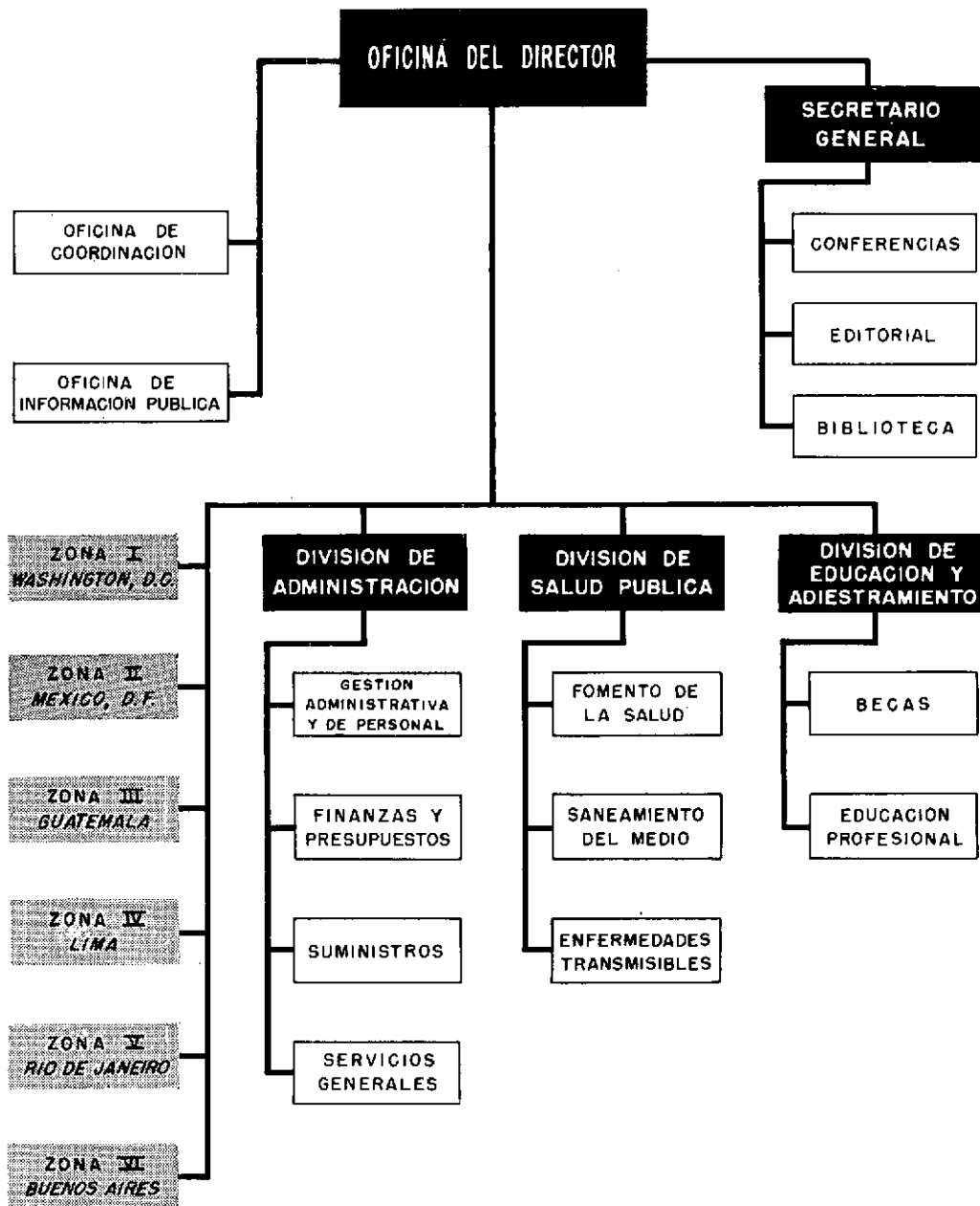
población, por medio de reuniones y campañas de prensa o radio, para que colabore en las labores de salud pública. En las campañas en que toma parte, la Oficina proporciona asistencia en información pública, del mismo modo que aporta orientación técnica. Hoy se reconoce que la propagación de la opinión pública local es parte integrante de la organización de toda campaña sanitaria eficaz. Puesto que ni aún el prestigio de los programas desarrollados con éxito trasciende siempre más allá de los límites de su propia localidad, se considera conveniente que los materiales y técnicas de educación continúen a disposición del Gobierno después de completarse un programa.

Las campañas de información pública, complementarias de la educación sanitaria normal, reducen la resistencia inicial a aquellas medidas de salud pública con las que el público está poco familiarizado. Contribuyen también a asegurar una mayor continuidad en el desarrollo de los programas de salud pública.



**OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**  
**OFICINA REGIONAL DE LA**  
**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**

**ESTRUCTURA ORGANICA**



SEDE DE LA OFICINA DE ZONA

## **ORGANIZACION Y ADMINISTRACION**

## ORGANIZACION Y ADMINISTRACION

	<i>Página</i>
<b>Reuniones y Acuerdos Oficiales</b>	141
<b>Oficina del Director</b>	149
Subdirector	149
Secretario General	150
Oficina de Coordinación	153
Oficina de Información Pública	154
<b>Divisiones de la Sede</b>	154
División de Administración	154
División de Salud Pública	158
División de Educación y Adiestramiento	163
<b>Oficinas de Zona</b>	166
Zona I	167
Zona II	168
Zona III	169
Zona IV	170
Zona V	171
Zona VI	172
<b>Procedencia de los Fondos</b>	173
Cuotas	173
Organismos cooperadores	173
<b>Apéndice I</b>	177
Lista de proyectos	178
<b>Apéndice II</b>	185
Otras conferencias y reuniones	187

## ORGANIZACION Y ADMINISTRACION

### Reuniones y Acuerdos Oficiales

Según se ha señalado en la Introducción de este Informe, la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana se celebró en Santiago, Chile, en octubre de 1954.

Asistieron a ella Delegaciones de todas las Repúblicas Americanas, con excepción de Honduras, que en aquella época sufría las consecuencias del huracán que azotó el país; también participaron representantes de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido, a nombre de sus territorios en el Hemisferio Occidental, y Canadá envió un observador. La Sesión Inaugural se celebró en el Salón de Honor del Congreso Nacional de Chile, el 7 de octubre (véase fotografía en la página 24). La Sesión de Clausura tuvo lugar el 22 del mismo mes.

La Conferencia aprobó 44 resoluciones sobre diversas materias, que pueden clasificarse en los cuatro grupos siguientes:

- 1) Informes
- 2) Administración y Finanzas
- 3) Discusiones técnicas
- 4) Asuntos jurídicos

En el *Grupo 1* se adoptaron dos resoluciones aprobando, una de ellas, el Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo, y la otra, los dos Informes presentados por el Director de la Oficina a los Gobiernos Miembros de la Organización Sanitaria Panamericana, correspondientes al año 1953 y al período 1950-1953, respectivamente.

En el *Grupo 2* se aprobaron 14 resoluciones relativas, entre otros temas, al programa y presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para 1955, Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas, Fondo de Trabajo, gasto a cargo del Fondo Rotatorio de Emergencia, asignaciones presupuestarias, empleo de los fondos no utilizados en 1953, programa de economías y descentralización, y uso de fondos para la intensificación de actividades antimaláricas.

También se adoptó la Resolución IX, sobre la participación financiera de Francia, los Países Bajos y el Reino Unido, en nombre de sus territorios en la Región de las Américas, en el Presupuesto de la Organización Sanitaria Panamericana.

En el *Grupo 3* hubo 13 resoluciones acerca de las siguientes materias examinadas en las discusiones técnicas:

- 1) Estadísticas sanitarias
- 2) Aplicación de métodos de educación sanitaria en zonas rurales de la América Latina
- 3) Control de las diarreas infantiles
- 4) Treponematosis
- 5) Erradicación de la malaria en las Américas y uso de fondos para la intensificación de actividades antimaláricas.



PARTICIPANTES EN LAS REUNIONES DE LA ORGANIZACION  
CELEBRADAS EN 1954

	22a Reunión Comité Ejecutivo Wash., D.C. 22-27 abril	23a Reunión Comité Ejecutivo Santiago, Chile 4-7 octubre	XIV Conferencia Sanitaria Panamericana VI Reunión del Comité Regional de la OMS Santiago, Chile, 7-22 octubre	24a Reunión Comité Ejecutivo Santiago, Chile 22 octubre
	<p>Miembros</p> <p>Argentina Brasil Ecuador Estados Unidos Haití México Panamá OSP</p> <p><u>Observadores</u></p> <p>Colombia Cuba Francia Guatemala Países Bajos OEA</p>	<p>Miembros</p> <p>Argentina Ecuador Estados Unidos Haití México Panamá OSP (Ausente: Brasil)</p> <p><u>Observadores</u></p> <p>Colombia Cuba Chile El Salvador Francia Países Bajos Paraguay Reino Unido República Dominicana Uruguay OMS FAO</p>	<p>Miembros</p> <p>Argentina Bolivia Brasil Colombia Costa Rica Cuba Chile Ecuador El Salvador Estados Unidos Francia Guatemala Haití México Nicaragua Países Bajos Panamá Paraguay Peru Reino Unido República Dominicana Uruguay Venezuela OSP OMS (Ausente: Honduras)</p> <p><u>Observadores</u></p> <p>Canadá</p> <p><u>Organizaciones Intergubernamentales</u></p> <p>OEA NU FAO OIT UNICEF</p> <p><u>Organizaciones no gubernamentales</u></p> <p>Asoc. Médica Mundial Colegio Americano de Médicos del Torax Conf. Médica Panamericana Cons. Internacional de Enfermeras Federación Mundial de Higiene Mental Fundación Rockefeller Liga Internacional contra el Reumatismo Liga de Sociedades de la Cruz Roja Soc. Internacional para el Bienestar de los Lisiados Unión Internacional contra el Cáncer Unión Internacional contra las enfermedades venéreas y las treponematosis</p>	<p>Miembros</p> <p>Argentina Colombia Estados Unidos Panamá Paraguay OSP (Ausentes: Brasil y Haití)</p> <p><u>Observadores</u></p> <p>Cuba Chile El Salvador México Uruguay</p>
Temas del Programa	28	10	40	7
Documentos de trabajo presentados por el Director	26	8	41	1
Sesiones	Plenarias: 7	Plenarias: 5	Plenarias: 12 Com. General: 10 Comisiones I y II: 16	Plenarias: 1
Resoluciones aprobadas	23	9	44	4

En el *Grupo 4* hubo cuatro resoluciones de carácter jurídico sobre los siguientes temas: relaciones entre la Organización Sanitaria Panamericana y las organizaciones no gubernamentales, funciones del Comité Ejecutivo en la preparación de las Reuniones Sanitarias Panamericanas, normas para aceptar enmiendas a la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana y proyecto de revisión de esta Constitución. En cuanto a este último tema, después de amplio debate, se acordó no aprobar las enmiendas propuestas.

La Conferencia eligió a los Gobiernos del Paraguay y Colombia para formar parte del Comité Ejecutivo por un período de tres años, en sustitución de Ecuador y México, cuyos mandatos terminaron inmediatamente después de la Conferencia (Resolución XV).

También reeligió Director de la Oficina Sanitaria Panamericana al Dr. Fred L. Soper, para un nuevo mandato a partir del 1º de febrero de 1955, poniendo en conocimiento del Consejo Ejecutivo de la OMS la anterior designación a los efectos del nombramiento del Dr. Soper como Director Regional para el mismo período.

La Resolución XXXVIII designó a San Juan, Puerto Rico, como sede para la XV Conferencia Sanitaria Panamericana en 1958.

La Conferencia aprobó (Resoluciones XI y XII) el Programa y Presupuesto para el año 1955, por un total de \$2,100,000, del que la suma de \$2,000,000 será cubierta con cuotas de los Estados Miembros.

A la Conferencia asistieron el Director General de la Organización Mundial de la Salud, así como observadores de numerosos organismos e instituciones intergubernamentales y no gubernamentales (véase el cuadro de la página 142).

Además de la Conferencia cuatrienal, se celebraron durante el año tres reuniones del Comité Ejecutivo. La 22a Reunión tuvo lugar del 22 al 27 de abril de 1954, en Washington, D.C.; la 23a del 4 al 7 de octubre, en Santiago, Chile, y la 24a Reunión el 22 de octubre en la misma capital.

En la reunión de abril, el Comité Ejecutivo aprobó 23 resoluciones, la mayoría de las cuales estaban relacionadas con cuestiones de administración y finanzas, tales como la aprobación del Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo, correspondientes a 1953, estado de la recaudación de las cuotas, informe del Subcomité Permanente de Edificios y Obras, Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para el año 1955, Fondo de Trabajo y revisión del Reglamento del Personal de la Oficina.

El Comité aprobó asimismo la designación del Dr. Carlos Luis González para el cargo de Subdirector de la Oficina Sanitaria Panamericana.

En la reunión participaron representantes de los siete países que integraban el Comité, a saber: Argentina, Brasil, Ecuador, Estados Unidos, Haití, México y Panamá; observadores de Colombia, Cuba, Francia, Guatemala, Países Bajos, y de la Organización de los Estados Americanos; y por la Oficina, el Director (miembro *ex officio* del Comité), el Subdirector, el Secretario General y los Jefes de las Divisiones de Administración y de Educación y Adiestramiento.

## ASISTENCIA A LAS REUNIONES DEL CONSEJO DIRECTIVO COMITE REGIONAL DE LA OMS

PAISES MIEMBROS	R E U N I O N E S							
	I BUENOS AIRES 24 SEPT - 2 OCT. 1947	II MEXICO, D.F. 8-12 OCT. 1948	III LIMA, PERU 6-13 OCT. 1949	IV C. TRUJILLO 25-30 SEPT. 1950	V WASHINGTON, D.C. 24 SEPT. - 3 OCT. 1951	VI HABANA, CUBA 15-24 SEPT. 1952	VII WASHINGTON, D.C. 9-19 OCT. 1953	XIV * CONF. SANITARIA PANAMERICANA Santiago, Chile 7-22 OCT., 54
ARGENTINA								
BOLIVIA								
BRASIL								
CHILE								
COLOMBIA								
COSTA RICA								
CUBA								
ECUADOR								
EL SALVADOR								
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA								
FRANCIA								
GUATEMALA								
HAITI								
HONDURAS								
MEXICO								
NICARAGUA								
PAISES BAJOS								
PANAMA								
PARAGUAY								
PERU								
REINO UNIDO								
REPUBLICA DOMINICANA								
URUGUAY								
VENEZUELA								

PRESENTE



AUSENTE



\* De acuerdo con la Resolución VIII de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (Ciudad Trujillo, 1950), las reuniones del Consejo Directivo se celebrarán únicamente en los años en que no se reúna la Conferencia.

## ASISTENCIA A LAS REUNIONES DEL CONSEJO DIRECTIVO COMITE REGIONAL DE LA OMS

OBSERVADORES	REUNIONES							
	I BUENOS AIRES 24 SEPT. - 2 OCT. 1947	II MEXICO, D.F. 8-12 OCT. 1948	III LIMA, PERU 6-13 OCT. 1949	IV C. TRUJILLO 25-30 SEPT. 1950	V WASHINGTON, D.C. 24 SEPT. - 3 OCT. 1951	VI HABANA, CUBA 15-24 SEPT. 1952	VII WASHINGTON, D.C. 9-19 OCT. 1953	XIV * CONF. SANITARIA PANAMERICANA Santiago, Chile 7-22 OCT., 54
CANADA								
ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES								
COM. ECONOMICA PARA LA AMERICA LATINA								
NACIONES UNIDAS								
ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS								
ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO								
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD								
ORGANIZACION PARA LA AGRICULTURA Y LA ALIMENTACION								
UNESCO								
UNICEF								
ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES								
AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS								
ASOCIACION INTERNACIONAL DE PEDIATRIA								
ASOCIACION MEDICA MUNDIAL								
BIOMETRIC SOCIETY								
CONFEDERACION MEDICA PANAMERICANA								
CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS								
FEDERACION INTERNACIONAL DE HOSPITALES								
FEDERACION INTERNACIONAL DE ODONTOLOGIA								
FEDERACION MUNDIAL DE ASOCIACIONES PRO NACIONES UNIDAS								
FEDERACION MUNDIAL DE HIGIENE MENTAL								
FUNDACION ROCKEFELLER								
LIGA DE SOCIEDADES DE LA CRUZ ROJA								
LIGA INTERNACIONAL CONTRA EL REUMATISMO								
SOCIEDAD INTERNACIONAL PARA EL BIENESTAR DE LOS FISICAMENTE IMPEDIDOS								
UNION INTERNACIONAL CONTRA EL CANCER								
UNION INTERNACIONAL CONTRA LAS ENF. VENEREAS Y LAS TREPONEMATOSIS								
UNION INTERNACIONAL CONTRA LA TUBERCULOSIS								

PRESENTE 

AUSENTE 

\* De acuerdo con la Resolución VIII de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (Ciudad Trujillo, 1950), las reuniones del Consejo Directivo se celebrarán únicamente en los años en que no se reúna la Conferencia.

## COMPOSICION DEL COMITE EJECUTIVO DE 1947 A 1955

PAIS	PERIODOS									
	DE ENERO 1947 A OCTUBRE 1947	DE OCTUBRE 1947 A OCTUBRE 1948	DE OCTUBRE 1948 A OCTUBRE 1949	DE OCTUBRE 1949 A SEPTIEMBRE 1950	DE SEPTIEMBRE 1950 A OCTUBRE 1951	DE OCTUBRE 1951 A SEPTIEMBRE 1952	DE SEPTIEMBRE 1952 A OCTUBRE 1953	DE OCTUBRE 1953 A OCTUBRE 1954	DE OCTUBRE 1954 A SEPTIEMBRE 1955	
	ARGENTINA									
BOLIVIA										
BRASIL										
CHILE										
COLOMBIA										
COSTA RICA										
CUBA										
ECUADOR										
EL SALVADOR										
ESTADOS UNIDOS										
GUATEMALA										
HAITI										
HONDURAS										
MEXICO										
NICARAGUA										
PANAMA										
PARAGUAY										
PERU										
REP. DOMINICANA										
URUGUAY										
VENEZUELA										

En la 23a Reunión del Comité Ejecutivo participaron los representantes de Argentina, Ecuador, Estados Unidos, Haití, México y Panamá. Brasil estuvo ausente. Hubo observadores de Colombia, Cuba, Chile, El Salvador, Francia, Países Bajos, Paraguay, República Dominicana, Reino Unido y Uruguay. También asistieron el Director General de la Organización Mundial de la Salud, y el Director, Subdirector, Secretario General, Jefe de la División de Administración y los Representantes de Zona de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El Comité, que actúa también como Grupo de Trabajo del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, estudió en esta reunión el Proyecto de Programa y Presupuesto de la OMS para la Región de las Américas y el Resumen del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana para el año 1956, así como la forma de presentación en el futuro del presupuesto de la Oficina y otras cuestiones administrativas y financieras.

En la 24a Reunión del Comité Ejecutivo, celebrada el 22 de octubre, tomaron posesión, como miembros del mismo, los representantes de Colombia y Paraguay, elegidos por la Conferencia para un período de tres años, en sustitución de los de México y Panamá, cuyo mandato había terminado. El Comité aceptó y expresó su agradecimiento por la invitación formulada por el Gobierno de México para celebrar la 25a Reunión en la capital de dicho país, en 1955. Por otra parte, autorizó al Director a que convocara, discrecionalmente, a los Representantes de Zona a las reuniones del Comité Ejecutivo. En la tabla que aparece en la página 142, figura la lista de participantes en las reuniones de la Organización celebradas en 1954. En las páginas 144 y 145, aparecen otros cuadros con la relación de Países Miembros y observadores que asistieron a las reuniones del Consejo Directivo, desde 1947 a 1954.

Durante el año, el Secretario General proporcionó diversos servicios al Comité Permanente de Revisión de la Constitución, integrado por representantes de Chile, Estados Unidos y la República Dominicana. El Comité celebró 30 reuniones durante las cuales examinó el texto completo del proyecto de revisión de la Constitución y preparó un informe final que fue presentado a la Conferencia (Documento CSP14/18).

Este documento fue examinado por un grupo de trabajo y por una de las comisiones, que preparó un nuevo informe (Documento CSP14/85, Rev. 1). La Conferencia resolvió no aprobar las enmiendas propuestas a la Constitución de la Organización Sanitaria Panamericana (Resolución XL).

El Protocolo Anexo al Código Sanitario Panamericano, firmado en La Habana, Cuba, el 24 de septiembre de 1952, ha sido ratificado por varios países. A continuación se enumeran las fechas de ratificación y de depósito de los instrumentos correspondientes en la Unión Panamericana:

País	Fecha de ratificación	Fecha de depósito en la Unión Panamericana
República Dominicana	9 de mayo de 1953	19 de mayo de 1953
El Salvador	3 de julio de 1953	11 de agosto de 1953
Ecuador	11 de marzo de 1954	21 de abril de 1954
Cuba	17 de marzo de 1954	8 de abril de 1954
Haití	3 de abril de 1954	31 de agosto de 1954
México	30 de junio de 1954	11 de agosto de 1954

El Convenio Básico, estableciendo con carácter permanente el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), y firmado en la ciudad de Guatemala el 17 de diciembre de 1953, por Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá, fué suscrito por Nicaragua en 1954. La Oficina continuará haciéndose cargo de la administración del INCAP, así como también de la coordinación y ejecución de sus programas y actividades, hasta el 31 de diciembre de 1959. A partir de la fecha mencionada, estas funciones podrán ser desempeñadas por la persona o entidad que designe el Consejo del INCAP, en los términos y condiciones que el mismo Consejo establezca.



Nuevo edificio del INCAP en la ciudad de Guatemala



Dos escenas de la ceremonia de inauguración



## Oficina del Director

Según puede apreciarse en el cuadro que describe la estructura orgánica de la OSP, y que aparece en la página 138, la Oficina del Director encabeza la Oficina Sanitaria Panamericana. Esta oficina coordina tanto los servicios administrativos como los técnicos; a través de ella se dirigen las actividades de la Sede y de las Zonas. Además, en su carácter oficial, representa a la Organización ante el público y ante los otros organismos.

En esta sección del Informe que corresponde a la Oficina del Director, se analizarán, no solamente las funciones del Director, sino también las del Subdirector, el Secretario General y las de ciertos servicios que dependen directamente de la Oficina del Director. Son éstos la Oficina de Coordinación y la Oficina de Información Pública.

La Oficina del Director proyecta y ejecuta las orientaciones principales de la OSP, de acuerdo con los objetivos que establecen los cuerpos directivos. Además de esto, una de sus principales funciones sigue siendo la supervisión general de las divisiones y oficinas de la Sede, tarea compartida actualmente por el Subdirector. Figuran aquí las decisiones relativas a los documentos y preparativos generales para las reuniones de los cuerpos directivos, las publicaciones, la designación de personal y la adjudicación de contratos de suministros. El Director, o el Subdirector, participan en muchos comités que estudian problemas y recomiendan la acción a seguir en relación a los edificios, contratos, exposiciones, biblioteca, selección de personal e informes.

Aunque la ejecución de los programas de campo ha sido descentralizada y confiada a las Oficinas de Zona, la Oficina del Director adopta decisiones sobre las cuestiones fundamentales, aprueba la asignación de fondos y elabora acuerdos con los Gobiernos y con los organismos que cooperan en los proyectos. Asimismo, el mantenimiento de las actividades de la Zona en un máximo de eficiencia requiere decisiones orientadoras por parte del Director.

### Subdirector

Con la designación del Subdirector en mayo, tras haber estado ese cargo vacante durante poco más de un año, quedaron cubiertos, por primera vez, tanto este cargo como todos los puestos principales de reciente creación, incluidos los de Jefes de División. Así se completó la etapa formativa después de ampliar la Organización. La ocupación del puesto principal en cada una de las unidades más importantes, tanto en las divisiones como en las Oficinas de Zona, permitió dedicar mayor atención a la supervisión general de la obra de la Oficina, a las relaciones con los cuerpos directivos, los Gobiernos Miembros y otros organismos, y a asuntos relacionados con la política general.



Tanto el Director como el Subdirector tienen que estar bien enterados de la situación, en cada momento, a fin de que pueda lograrse un máximo de flexibilidad al adaptar la labor a las necesidades existentes. Sin embargo, en bien de una más eficaz división de funciones, el Director generalmente se dedica a las relaciones con los cuerpos directivos, los Gobiernos Miembros y otros organismos, así como a los principales asuntos de orientación general. El Subdirector, a su vez, presta especial atención a la elaboración de programas, principalmente a la preparación del programa y presupuesto, y a la coordinación y dirección del programa de actividades y de los servicios relacionados con éste.

El Subdirector ayuda al Director en el ejercicio de todas sus funciones y deberes, pero más especialmente en la dirección, coordinación e impulso de la elaboración de programas. También se encarga de supervisar la ejecución de todas las actividades principales de la Oficina.

Bajo la presidencia del Director, se reúne una Junta Administrativa que le asesora, tanto en lo que respecta a la formulación de las orientaciones que convenga seguir en cada momento, como en cuanto a los aspectos generales de los programas y de su ejecución. Forman parte de esta Junta el Subdirector, el Secretario General y los Jefes de División. También se consulta a los Representantes de Zona -unas veces individualmente y otras mediante reuniones que se celebran dos veces al año- en cuestiones relacionadas con los programas de campo y con la formulación de orientaciones generales. Como muchas cuestiones relativas a organización y procedimientos no requieren ahora tanta atención, se puede estudiar más detenidamente la formulación de principios y de programas a largo plazo. La última reunión con los Representantes de Zona, en diciembre de 1954, se celebró fuera de la Sede y se dedicó a la planificación de programas.

### **Secretario General**

En el desempeño de sus funciones, cuenta el Director con la asistencia del Secretario General para todo cuanto se refiera a los cuerpos directivos, a las Gobiernos Miembros y, más especialmente, a la organización de conferencias, preparación de actas y celebración de consultas con personalidades de dichos Gobiernos. Además, el Secretario General asiste al Director en lo que respecta a las relaciones exteriores, principalmente las mantenidas con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, representando a la Oficina en conferencias, actos y ceremonias. Figura también entre sus funciones la alta inspección del servicio de conferencias, del editorial y del de biblioteca.

En la parte de este Informe relativa a las publicaciones, se han expuesto, con bastante extensión, las actividades editoriales dependientes del Secretario General (véanse las páginas 125 a 129).

En 1954, el Secretario General asistió al Director y al Subdirector en la organización y celebración de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana en Santiago, Chile, y en la 22a, 23a y 24a Reuniones del Comité Ejecutivo del Consejo Directivo, celebradas en Washington y Santiago, la Reunión Anual del Consejo del INCAP, y la Reunión de la Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad. Parte de las funciones del Secretario General consisten en preparar los informes oficiales de las conferencias importantes.

La Oficina del Secretario General cooperó en los preparativos necesarios para que un experto en radioisótopos, de Norte América, que visitó varios países en 1951, se entrevistase con especialistas de Centro y Sud-América. La prestación del servicio de radioisótopos a los Gobiernos Miembros se divide en dos partes. La primera, o parte técnica, comprende las relaciones con los especialistas encargados de los servicios radiológicos oficiales y con la

Estadística de la Biblioteca, 1950-54

Actividades	1950	1951	1952	1953	1954
<b>Adquisiciones</b>					
Libros, folletos y suscripciones (compras y solicitudes)	929	1472 <sup>(1)</sup>	426	380	463
Libros recibidos	1067	882	515	516	1026
Folletos recibidos	1575	2067	1100	1211	510
Periódicos:					
Canjes establecidos	83	30	14	24	31
Nuevos títulos	87	83	46	37	51
Documentos:					
OMS	8593	6225	4321	1523	2228
Otras Organizaciones Internacionales	528	179	81	27	0
<b>Trabajo realizado</b>					
Catalogación:					
Trabajos catalogados	2652	1974	1576	1535	1681
Tarjetas para catálogos	4093	11019	15304	8523	7396
Tarjetas preparadas para las Oficinas de Zona y la Biblioteca de la OMS, Ginebra	2832	3676	7513	8606	7081
Periódicos:					
Ejemplares archivados	3060	5865	7041	6017	6676
Duplicados y descartados	1752	7313 <sup>(2)</sup>	3330	7147 <sup>(2)</sup>	4180
Volúmenes encuadernados	592	537	425	353	277
Indices:					
Documentos y artículos	1783	1470	1156	1144	1180

(1) En las oficinas de la Zona II, V y VI se estableció una colección de consulta y referencia que comprende textos básicos y periódicos importantes.

(2) Esta cifra incluye ejemplares de periódicos descartados cuando se revisó la colección, primero al trasladarla a un espacio más pequeño en la Sede y después, para ajustarla a las normas del Comité de Biblioteca.

profesión médica, y se lleva a cabo por la Oficina del Secretario General; de la segunda parte, o sea, de efectuar las compras, se encarga la División de Administración, que también obtiene los permisos de exportación y hace los arreglos necesarios para un embarque rápido, dentro del limitado número de días que corresponde a la "vida" del radioisótopo que se haya solicitado.

Se suministró información a los médicos y destinatarios designados por los distintos países, y los informes clínicos de los resultados obtenidos fueron transmitidos a la oficina correspondiente de la Comisión de Energía Atómica.

El Secretario General también tiene a su cargo la supervisión de la Biblioteca de la Oficina. Durante 1954 la Biblioteca suministró información al personal de las Oficinas de Zona y al personal de la Sede.

Se dió prioridad a las solicitudes de información y folletos, formuladas por las Oficinas de Zona para facilitar la labor de los técnicos en los diversos proyectos. Durante el año se enviaron 2,217 impresos, 848 páginas de microfilms y 2,099 páginas de fotograbados. Se renovaron, además, las suscripciones a 124 periódicos.

En 1954, el 42.2 por ciento del presupuesto de la Biblioteca se invirtió en la adquisición de material para las Oficinas de Zona. El elevado número de solicitudes de información recibidas de estudiantes y trabajadores de salud pública de las Américas, refleja el creciente interés en la labor de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Organización Mundial de la Salud. Cada solicitud recibió cuidadosa atención. Estas peticiones son tramitadas por el personal de la Biblioteca.

La Biblioteca, que sólo dispone de limitado espacio, se especializa en información sobre la salud pública en las Américas. Mediante acuerdos de colaboración concertados con escuelas de medicina, departamentos gubernamentales y otras bibliotecas de la zona de Washington, puede hoy utilizar recursos mucho más amplios que su propio material de referencia.

El Secretario General tiene también a su cargo la supervisión de la Sección de Conferencias, que consiste en un pequeño grupo de especialistas bien adiestrados y de experiencia, que prestaron los servicios esenciales y atendieron a los innumerables detalles necesarios para organizar y celebrar con todo éxito la 22a Reunión del Comité Ejecutivo en Washington, y la 23a y 24a Reuniones del Comité Ejecutivo en Chile, y la V Reunión del Consejo del INCAP en Nicaragua.

Esta Sección supervisa una Unidad de Traducciones que ha producido durante el año, a solicitud de todas las dependencias de la Oficina, más de 8,000 páginas de traducciones en los cuatro idiomas oficiales de la Organización Sanitaria Panamericana, según se detalla en el cuadro adjunto. Estas cifras, sin embargo, no reflejan toda la labor realizada, puesto que la Unidad presta además servicios especiales de secretaría durante los períodos de conferencias, inclusive la preparación de actas, servicios de interpretación y el trabajo de traducción y de

Traducciones efectuadas en 1954		
Idioma	Trabajos	Páginas
Español	460	5,816
Inglés	346	1,370
Portugués	132	916
Francés	82	126
Total	1,020	8,228

orden editorial que se requiere en conexión con la documentación para las reuniones. También se encarga de las gestiones necesarias para contratar las traducciones que se realizan fuera de la Oficina, entre las cuales, la más destacada del año fué la traducción al español de la obra *Principles of Public Health Administration* (Principios de Administración Sanitaria), de John J. Hanlon. La edición española tiene 590 páginas. En la ilustración de la página 126 se presentan algunas de las obras publicadas en 1954. Con el fin de dar a conocer en los países de la América Latina muchos de los trabajos técnicos publicados originalmente en inglés, se está desarrollando un amplio programa de traducciones al español.

### Oficina de Coordinación

La Oficina de Coordinación funciona bajo la inmediata supervisión del Director y del Subdirector. Su principal función consiste en facilitar la labor de otras oficinas y prestarles ayuda. En estos últimos tiempos, gran parte de su atención se ha dedicado a la descentralización de la obra de la Oficina y a promover el buen funcionamiento de las Oficinas de Zona, de las que se ofrece una descripción más adelante. Se dedica, también considerable atención a la colaboración de la Oficina con otros organismos, de la que se habla luego en una sección especial, y a la elaboración detallada de objetivos de programas de largo alcance.

Una de las funciones de la Oficina de Coordinación es la de colaborar con la Oficina del Director en la coordinación de las actividades de las Zonas y de la Sede relativas a la preparación del programa y presupuesto. Una tarea importante es la de proveer informes sobre el estado de cada proyecto y, cuando sea oportuno, indicar a la oficina correspondiente los pasos que convenga dar. La Oficina de Coordinación publica una Lista Mensual de Proyectos que contiene información resumida sobre la situación de éstos. Prepara, también, listas especiales de proyectos siempre que es necesario. Asimismo, atiende las numerosas peticiones de información que diariamente se reciben de todas las oficinas en relación con la situación de determinados proyectos.

La Oficina de Coordinación está encargada de la preparación y tramitación de toda clase de acuerdos relativos a los programas. Examina periódicamente los programas con el objeto de determinar cuándo se necesita concertar un nuevo acuerdo, o prorrogar o modificar los existentes, dando cuenta a la Oficina de Zona o a la Sede de lo que proceda en cada caso. Sobre la base de los proyectos preparados por las Oficinas de Zona y examinados por los servicios técnicos, la Oficina de Coordinación prepara el proyecto final. Una vez firmados los acuerdos, la Oficina de Coordinación se encarga de reproducirlos y distribuirlos. Durante 1954, se prepararon 27 nuevos acuerdos sobre proyectos, 13 planes tripartitos de operaciones con participación del UNICEF, 34 prórrogas y ocho enmiendas.

La Oficina de Coordinación ayuda al Director y colabora con la oficina de presupuestos y con otras oficinas en el examen periódico de las necesidades de los proyectos y de la conveniencia de reajustar o modificar el cálculo de costos. El programa está especialmente sometido a cambios frecuentes, debido a numerosos factores, entre los cuales se encuentran la falta de personal técnico, los compromisos previos, o los cambios de planes gubernamentales. Asimismo, la incertidumbre en cuanto a los fondos de Asistencia Técnica ha demorado frecuentemente la preparación de planes hasta el punto de hacer

imposible su realización dentro del año. Esa es la razón de que, en el pasado, se haya llegado al final del ejercicio económico sin haber invertido una parte considerable de los fondos presupuestados, a pesar de que había países que necesitaban más asesoramiento técnico y mayores servicios.

Este problema se resuelve en parte mediante el planeamiento de actividades a corto plazo que puedan llevarse a cabo tan pronto como los fondos se hallan disponibles. En noviembre de 1953, la Oficina de Coordinación inició una lista de propuestas de nuevas actividades, y ayudó a la Oficina del Director a coordinar un estudio, realizado por las divisiones y servicios técnicos, para determinar las actividades que debían aprobarse y el orden de prioridad en que se habría de ejecutar a medida que se fuera disponiendo de fondos. Este procedimiento se repitió cada uno o dos meses, durante 1954, según se iban acumulando economías.

Se mantuvo un archivo para los 109 proyectos nacionales e inter-países en ejecución durante el año, así como para seis proyectos inter-regionales, haciéndose lo mismo para los proyectos que aun se hallaban en preparación.

### **Oficina de Información Pública**

El jefe de esta oficina actúa como oficial de relaciones públicas del Director. Una de las funciones principales de la Oficina de Información Pública es facilitar comunicados de prensa. También prepara y distribuye una gran cantidad de otras clases de material sobre las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana. En las páginas 129 a 135 aparece una descripción detallada de esta labor informativa.

En 1954, la Oficina de Información continuó desarrollando una intensa actividad. Prestó atención inmediata a todas las solicitudes de información acerca de la actuación de la OSP. Actuó también en la compilación y distribución de material, colaborando estrechamente con la biblioteca y con el servicio editorial a fin de que se utilizaran hasta el máximo las publicaciones de la Oficina. Se distribuyó gran cantidad de material informativo por medio de cartas, sobres con artículos de publicidad, reimpressiones de diversos trabajos y folletos descriptivos de las actividades de la Oficina.

### **Divisiones de la Sede**

#### **División de Administración**

Las actividades restantes de la administración central, especialmente las relacionadas con la preparación del presupuesto, asuntos de personal, archivos, comunicaciones y presentación gráfica, corresponden a esta División. También se encarga de la continua supervisión de las operaciones presupuestarias, del programa de economías y de los planes de descentralización.

En el período de 1950 a 1953 se concedió preferente atención a la descentralización que afectó a todas las fases de las actividades de la Oficina. En este período los programas cambiaron, el total de fondos disponibles fluctuó y la estructura orgánica de la Oficina fué modificada. Ya para 1952, se había pasado de la organización fuertemente centralizada al actual sistema de Oficinas de Zona, emprendiéndose la tarea de establecer un mecanismo administrativo que se ajustara a las actividades descentralizadas. Durante 1952 y 1953 se aceleró considerablemente la ejecución de este programa, y para fines de 1953, la fase de descentralización estaba casi terminada.

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó el informe presentado por el Director en el que se daba cuenta de que la descentralización se había realizado en gran parte. En 1954 se concentró la atención en las economías, la mejora de las operaciones y la mejor utilización del personal y de los fondos.

Los problemas de mejorar las operaciones con objeto de rendir un servicio más eficaz y, a la vez, económico se ven complicados por la propia naturaleza de la Organización y por las dificultades inherentes a toda actuación descentralizada. Las diferencias en la formación educativa y cultural de los miembros del personal son también factores que afectan la marcha de las operaciones.

Además por la relativa novedad y, con excesiva frecuencia, la corta vida de las organizaciones internacionales son escasos los precedentes que pueden servir de orientación en las operaciones y aun es menor la disponibilidad de personal adiestrado en el funcionamiento de dichos organismos. Ni las prácticas que siguen los Gobiernos ni las que utilizan los establecimientos comerciales son completamente adecuadas para una organización internacional; los métodos desarrollados en la Oficina son producto de un detenido estudio y una amplia experimentación.

La administración de los programas de la Oficina se complica todavía más por la vasta extensión de las Américas. El tiempo requerido por el servicio postal entre la Sede y las oficinas más remotas, y el costo y tiempo de los viajes entre ellas, retardan el proceso administrativo y ocasionan inconvenientes y dilaciones. Por ello, es preciso que existan unas normas claras, a fin de que el personal de los servicios de campo tenga libertad para actuar, dentro de las orientaciones establecidas por la Oficina, sin tener que consultar en cada caso con la Sede.

Para reducir el costo de las operaciones ha sido necesario estudiar minuciosamente el propósito y la cuantía de cada desembolso, y especialmente la forma de utilizar con más eficacia el personal. Esto último comprende la labor de adiestramiento, la asignación de cada empleado al puesto para el cual se encuentre más capacitado, y la evaluación de su rendimiento en el servicio.

En los últimos meses de 1953 y primeros de 1954 se realizó un estudio de los procedimientos presupuestarios y de la asignación de partidas, que dió por resultado un verdadero mejoramiento de los métodos y prácticas.

Merecen mención otras dos medidas descentralizadoras: la mayor participación del personal de los servicios de campo en la preparación de los datos presupuestarios y la mayor intervención de las Oficinas de Zona en lo referente a los pagos. En el caso de la preparación del presupuesto de los programas, el personal de los servicios de campo había participado, en cierta medida, en años recientes, pero, en 1954, se formularon por primera vez instrucciones oficiales y el personal de las Zonas elaboró todos los cálculos sobre los proyectos y otras actividades correspondientes a sus respectivas áreas.

Se emprendió un examen continuo de aquellas atenciones en las que todavía no se había gastado el total de las sumas asignadas. Cuando se estimaba que, probablemente, no se utilizaría el remanente en un tiempo inmediato, se aplicaba a otros pagos. Un examen de tal clase, exige siempre una estrecha colaboración entre el personal administrativo y el técnico, gracias a lo cual se logra disponer de las mayores cantidades posibles para las actividades de los programas.

Se introdujo también una serie de mejoras de carácter técnico en el orden fiscal. Como ejemplo, se puede citar la adopción de una carta de crédito para los consultores. Anteriormente, se pagaba a los consultores desde la Sede, y era inevitable que, cuando éstos se hallaban de viaje, recibieran sus cheques con retraso. Con la adopción de la carta de crédito, que de hecho es una cuenta corriente, cualquier Oficina de Zona en que se detenga el consultor está autorizada para efectuar el pago, eliminándose así la gravosa labor que el envío mensual de cheques representaba para la Sede.

La obtención de materiales y suministros para la Oficina y para los Gobiernos Miembros ha continuado desempeñando un importante papel en las actividades administrativas. La demanda de estos servicios, que no puede ser representada fácilmente en forma estadística, siguió aumentando en 1954. De la importancia que les asignan los Gobiernos Miembros da idea el volumen de sus peticiones de cálculos de costos, asistencia en la compilación de listas de materiales y equipo, preparación de especificaciones, y otros informes relacionados con todo ello. Un servicio importante es la compra y envío de radioisótopos. El número de peticiones ha aumentado gradualmente, y el total de estas compras que, en 1953, sumó 54, ascendió, en 1954, a 101.

Las compras efectuadas en 1954 correspondieron a un total de 1,408 pedidos, referentes a 6,230 artículos, con un valor global de \$1,500,461. Por otra parte, se suministraron cálculos de precios en cuanto a otros 2,761 artículos que representaron \$2,672,166.

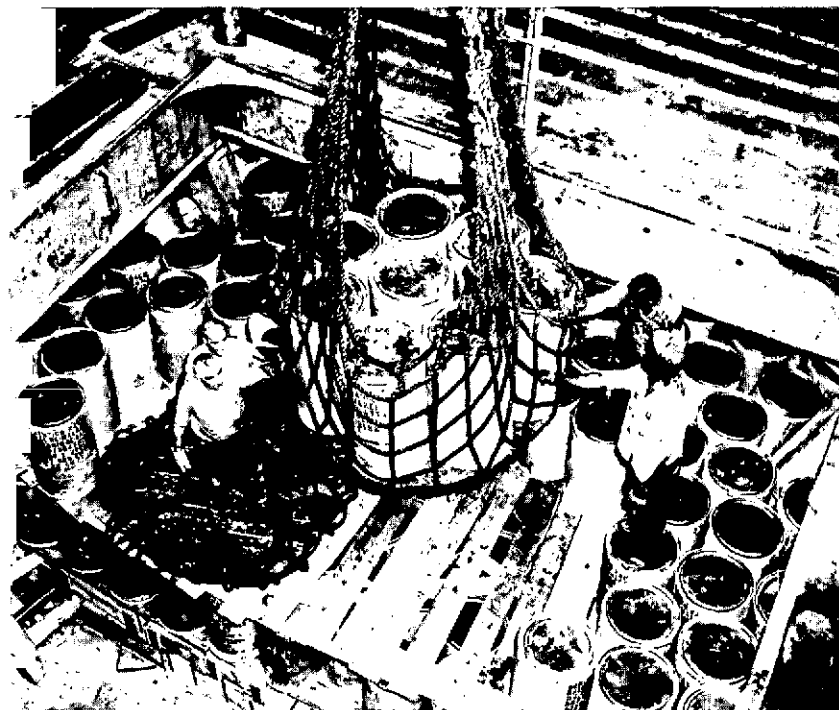
Gran parte del personal de la Oficina ingresó, durante el año, en el plan colectivo de seguros de vida que utilizan las Naciones Unidas, y progresaron las gestiones para conseguir el ingreso de los restantes funcionarios.

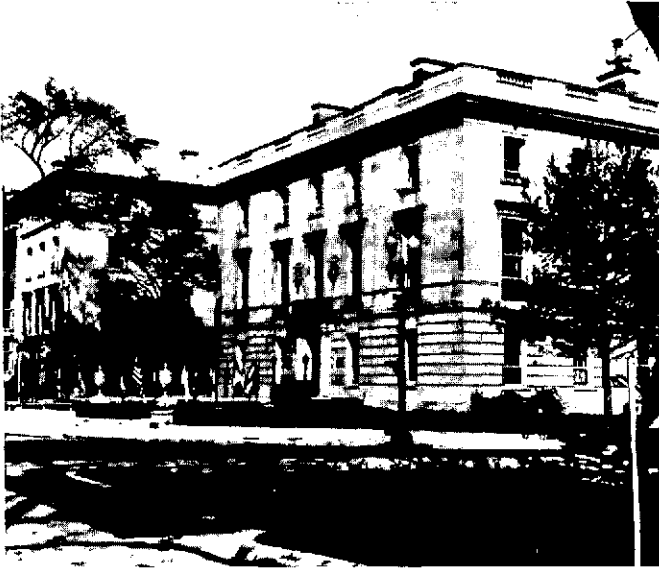
Se envían grandes cantidades de DDT a regiones en que se necesita este importante insecticida.

De este modo se complementa el plan de seguros contra accidentes, en el que las primas se pagan conjuntamente por la Oficina y los miembros del personal. Así se logra también extender la protección de un seguro de vida a personas que, de otro modo, encontrarían difícil su obtención.

Se ha iniciado la preparación de un manual de orientación para el personal, que proporcionará a los nuevos miembros información de interés sobre la Oficina y sus fines, sus dirigentes y otras cuestiones oportunas. El manual está siendo revisado actualmente y se publicará en fecha próxima.

A fines de 1954, el total de miembros del personal, incluidos los consultores, ascendía a 421; de ellos, 193 estaban adscritos a la Sede y 228 a los servicios de campo; en 1953, el total fué de 400, de los que 196 pertenecían a





Edificios de la Oficina Sanitaria Pan-americana, en Washington, D. C. En 1954 se hizo el pago final, por la compra, y se terminaron extensas obras de reforma. Valor: \$500,000.

Washington y 204 a los servicios de campo. El movimiento de personal en 1954 fué de un 14.8 por ciento; en 1953, había sido de un 17.4 por ciento.

El acuerdo adoptado por la XIV Conferencia Sanitaria Pan-americana, al fijar el nivel del Fondo de Trabajo en \$1,200,000, indica el grado de estabilidad financiera que se ha conseguido. Dicho nivel, establecido primero en 1952 por la VI Reunión del Consejo Directivo, en La Habana, fué mantenido en 1953 y 1954. La Conferencia, actuando por recomendación del Comité Ejecutivo, decidió estabilizarlo hasta que las circunstancias presupuestarias obliguen a reconsiderarlo. En consecuencia, ya no habrá necesidad de aprobarlo todos los años. La Conferencia autorizó, además, que

el nivel presupuestario máximo, de 1956, se cifrara provisionalmente en \$2,200,000; si esta cantidad recibe la aprobación del Consejo Directivo, al ser propuesta por el Comité Ejecutivo, constituirá el primer aumento que el presupuesto ha experimentado en cuatro años.

Otro hecho de interés es la terminación del programa de reformas en los edificios de la Sede. Con esas obras, el valor total de las propiedades que tiene la Oficina en Washington se elevó, aproximadamente, a \$500,000.

Uno de los problemas a que la OSP ha prestado gran atención ha sido el de la contratación de personal competente y de experiencia. En esta labor se han realizado grandes progresos, a pesar de ciertas dificultades, tales como la escasez general de técnicos por la que los Gobiernos se muestran reacios a permitir que ciertos especialistas vayan a prestar servicio fuera del país. En la actualidad, no llegan a una docena los puestos de importancia que se hallan vacantes. Se ha realizado un cuidadoso análisis de las solicitudes recibidas, se han distribuido por todas las dependencias de la OSP listas de las especialidades disponibles y se ha realizado una intensa campaña, mediante exposiciones y otros procedimientos, con el fin de atraer personal competente para que preste servicio en la Oficina. Se ha solicitado urgente y frecuentemente de las escuelas de salud pública y de otras instituciones que pongan en relación con la Oficina a las personas competentes que puedan estar interesadas en ingresar en ella. En general, ha existido una estrecha colaboración entre el personal administrativo y el técnico, tanto en Washington como en las Zonas. Para 1955, se proyecta continuar poniendo de relieve la necesidad de que los servicios funcionen con prontitud y eficiencia, de utilizar eficazmente al personal, de promover una estrecha colaboración entre todas las secciones de la Organización y de prestar especial atención al fomento del *esprit de corps* entre el personal.



PRO SALUTE NOVI MUNDI



### División de Salud Pública

Como podrá observarse en el cuadro de la estructura orgánica de la Oficina que aparece en la página 138, esta División comprende tres Servicios que se ocupan, respectivamente, de las Enfermedades Transmisibles, Saneamiento del Medio y Fomento de la Salud.

En general, el año 1954 fué un año de consolidación para la División de Salud Pública. Se prestó atención principal a la reorganización, como consecuencia de la descentralización de actividades completada durante el año. Los aspectos más notables de este proceso de consolidación fueron los siguientes: una definición más clara de las funciones de la División; desarrollo del espíritu de cooperación por medio de reuniones del personal de la División; cuidadoso análisis de los informes relativos a las actividades de campo; y una mejor coordinación de la labor que realizan las Divisiones, Zonas y organismos cooperadores. El objetivo constante fué que los programas de campo se desarrollasen con la máxima eficacia posible.

No se omitieron esfuerzos para poner la División en condiciones de satisfacer el creciente deseo de coordinar las actividades básicas de la lucha

contra las enfermedades, del saneamiento del medio y de los programas de higiene maternoinfantil en un buen servicio de salubridad, atendido por funcionarios sanitarios a tiempo completo y bien adiestrados. La organización de los servicios se configuró de modo que permita prestar creciente atención a las campañas de erradicación, como requisito esencial de toda labor eficaz en el campo de la administración sanitaria.

Durante 1954 no hubo cambios fundamentales en la estructura de la División, que comprende la Oficina del Jefe y los tres Servicios antes mencionados, cuyas funciones son las siguientes:

*Servicio de Fomento de la Salud:* Se encarga de las actividades que se relacionan con la administración sanitaria, programas de servicios integrados de salud pública, higiene maternoinfantil, educación sanitaria, enfermería, higiene mental, laboratorios de salud pública, nutrición y odontología de salud pública.

*Servicio de Enfermedades Transmisibles:* Lleva a cabo la labor relacionada con las enfermedades cuarentenables, tuberculosis, treponematosis, enfermedades transmitidas por los animales al hombre, otras enfermedades infecciosas y problemas de veterinaria de salud pública. El Servicio comprende una Unidad que se encarga de compilar y diseminar información estadística relativa a las condiciones sanitarias en los países así como de prestar servicios de consulta sobre los aspectos estadísticos de los proyectos en que participa la Oficina.

*Servicio de Saneamiento del Medio:* Se ocupa de las actividades relacionadas con el saneamiento municipal y rural, vivienda y urbanismo, control de insectos, roedores y otros vectores, higiene de los alimentos, y los aspectos de la higiene profesional relativos al ambiente. Al intensificarse la campaña contra el *Aedes aegypti* y aprobarse la ejecución de un programa regional de erradicación de la malaria, las actividades de control de insectos pasaron a depender, a efectos administrativos, de la Oficina del Jefe.

Un adelanto notable fué la recopilación de informes relacionados con los problemas sanitarios de los países. Se inició la preparación de un sistema de formularios uniformes para facilitar la recopilación de esos elementos de información. Estos formularios vienen a llenar un requerimiento esencial para que la Oficina y, especialmente, los funcionarios sanitarios nacionales, puedan trazar planes a largo plazo. Su implantación fué resultado del análisis de los informes presentados por 21 países y 24 territorios a la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana. Estos informes, que contienen datos relativos a las condiciones demográficas y a los programas de salud pública, relativos a 326 millones de habitantes, son utilizados en la labor diaria de preparación de programas nacionales y regionales.

Otra medida importante fué la formulación de normas y métodos estandar para la ejecución de los programas. Actualmente, estas normas y métodos están siendo sometidos a prueba y se encuentran en preparación otros similares para la erradicación de la malaria y la prevención y control de las enfermedades diarreicas. También se proyectan otros para las actividades contra la viruela y la rabia, así como para el saneamiento del medio, la nutrición, la enfermería, la educación sanitaria y otros programas.

Por último, la División ha de examinar y aprobar los programas y proyectos propuestos por las Oficinas de Zona, labor que absorbe mucho tiempo.

## PROYECTOS DE SALUD PUBLICA EN EJECUCION EN 1954,

CLASIFICADOS POR CAMPOS DE ACTIVIDAD<sup>1/</sup>

País o Zona	SERVICIO DE SANKEAMIENTO DEL MEDIO													SERVICIO DE FOMENTO DE LA SALUD													
	Control de insectos y de malaria	Saneamiento del medio TRANSMISIBLES	Enfermedades	Otras enfermedades	Treponematosis	Tuberculosis	Estadística	Administración de salud pública	Higiene Materno-infantil	Enfermería	Nutrición	Otros <sup>2/</sup>	TOTAL	Control de insectos y de malaria	Saneamiento del medio TRANSMISIBLES	Enfermedades	Otras enfermedades	Treponematosis	Tuberculosis	Estadística	Administración de salud pública	Higiene Materno-infantil	Enfermería	Nutrición	Otros <sup>2/</sup>	TOTAL	
Cuba	1												1													1	4
Haití	1																									1	4
México	1			1																	1						3
República Dominicana	1	*				1							2		*												4
Inter-países				1																							1
Belice								1																			1
Costa Rica				1			1																				2
El Salvador		*							*				1	1	*												2
Guatemala		1											1														2
Nicaragua		1											1														2
Panamá		*											1		*								*				1
Inter-países	1			1																			1	1			4
Bolivia	1	1																									2
Colombia	1			1			1							1	*												4
Ecuador				1	1	1	1						1	1	*							1					6
Perú				1	1								2	1	*												5
Inter-países				1									1														2
Brasil				1	3									1													5
Argentina	1																										1
Chile				1			1							1	*												3
Paraguay	1	*		1	1	1	2						1	1	*								*				8
Uruguay	1												1														2
Estados Unidos						1																					1
Territorios del Caribe	1					1	4																				6
Inter-Zonas	2			2	3		1	2					1									1					12
Inter-regionales					6																						6
TOTAL	13	3		9	19	6	12	2		13	8		3	2													90

<sup>1/</sup> En este cuadro, los números indican los proyectos propiamente dichos, y los asteriscos la prestación de otros servicios profesionales especializados.

<sup>2/</sup> Comprende la educación sanitaria, Servicios de laboratorio, higiene mental e higiene social y profesional.

El cuadro que aparece en la página opuesta describe la distribución de proyectos asignados a los Servicios de la División por zonas geográficas y campos de actividad.

Existe una necesidad constante de mejorar la planificación. A medida que la Oficina se fué afirmando como organismo central de coordinación y planificación, fué aumentando, también, la responsabilidad de la División en el fomento de programas nacionales y regionales bien equilibrados.

La mayoría de los proyectos no se limitan a los servicios específicos de su campo de actividad, sino que van acompañados de otros suplementarios. Los consultores internacionales, por ejemplo, asesoran y ayudan a los técnicos y a las autoridades nacionales en el fortalecimiento de los servicios de salud pública. Esta actividad la lleva a cabo, como parte de los proyectos de administración sanitaria, un equipo de consultores especializados en los distintos campos de la salud pública. El personal examina cada una de las actividades existentes y en proyecto, en relación con la importancia de éstas para el eficaz desarrollo de la salud pública en cada país.

Como los Representantes de Zona se hicieron cargo, plenamente, de las funciones de dirección y administración efectiva de los proyectos en los países, la División está desarrollando métodos adecuados para el examen y evaluación de los avances realizados tanto por medio del estudio de informes como de visitas a las Oficinas de Zona y a los servicios de campo.

Se introdujo el uso de fichas que contienen información resumida sobre los proyectos y en las que el personal técnico puede consultar fácilmente los datos necesarios para atender con rapidez las solicitudes de servicio procedentes de las Zonas. Además, mediante ese sistema se dispone del tiempo necesario para proyectar en una forma ordenada el examen sistemático de las actividades de los programas.

En las reuniones de la División, los distintos Servicios analizaron los informes sobre la marcha de los proyectos y formularon recomendaciones sobre los objetivos, técnicas y labor realizada en cada uno de los campos de actividad. Este sistema se aplicó durante el año, en forma experimental, a 18 proyectos. Se tiene el propósito de aplicarlo en 1955 a todos los proyectos de largo alcance.

Las visitas a los servicios de campo representan un segundo medio de evaluación, proporcionando al mismo tiempo oportunidad para un intercambio de informaciones y experiencias. Limitando el número de visitas, se ha conseguido organizarlas con más cuidado y se ha establecido un sistema para el intercambio de información entre los distintos Servicios, tanto antes de la visita como en el examen conjunto de los datos obtenidos. Por la experiencia adquirida, hoy se pueden preparar los planes de viaje y avisar a los Representantes de Zona con la anticipación necesaria. Uno de los principales pasos encaminados a obtener el máximo rendimiento del personal de la División ha sido la asignación del mismo a los proyectos durante períodos limitados. Este plan se ampliará a medida que se vaya acentuando la necesidad de consultores.

Las funciones de la División de Salud Pública, que en gran parte pudieran aplicarse también a las otras divisiones de la Oficina, pueden resumirse en la forma siguiente:

*Planificación*

Elaboración de planes para la recopilación de informes sobre las condiciones y necesidades sanitarias de cada país; constante análisis y uso continuo de estos informes para la preparación de proyectos.

Formulación de los objetivos de los programas, en líneas generales, incluida la determinación de las necesidades regionales y la preparación de proyectos Inter-Zonas.

Formulación de principios y de métodos y técnicas estandard para la ejecución y evaluación de los programas.

Estudio de los programas y proyectos propuestos, a la luz de sus consecuencias presupuestarias, viabilidad técnica, y compatibilidad con los objetivos generales.

Estudio periódico y recomendación de asignaciones presupuestarias para las actividades propuestas por las Oficinas de Zona.

Examen de los resultados obtenidos en los programas y proyectos. Este examen se realiza mediante el análisis de los informes recibidos tanto del personal que trabaja en éstos como de las Oficinas de Zona, las visitas realizadas por el personal de la División y por otros procedimientos que sirven para determinar el progreso conseguido en la consecución de los objetivos establecidos.

Formulación de recomendaciones sobre los objetivos, técnicas y realizaciones de los proyectos, basadas en el examen de informes, visitas a los servicios de campo y consultas celebradas con otros funcionarios de la Oficina.

Estudio de los gastos que ocasionan las actividades autorizadas y recomendación de que se concedan, aumenten o reduzcan las asignaciones para los proyectos aprobados, dentro del campo de acción de la División.

Preparación de normas y métodos para la evaluación periódica de la labor realizada en los proyectos y programas.

*Servicios de asesoramiento de acuerdo con los Representantes de Zona*

Servicios de asesoramiento a funcionarios de la Sede y de las Oficinas de Zona en relación con las orientaciones, planes, métodos y procedimientos estandard.

Asistencia directa a los trabajos de campo, incluida la asignación de personal de la División, durante períodos limitados, a las actividades de las Zonas o a los proyectos.

Servicios de asesoramiento a funcionarios de los Gobiernos sobre la aplicación de métodos estandard e información sobre las normas y objetivos generales de la Oficina.

Análisis y difusión de datos estadísticos, incluyendo los que se refieren a las condiciones y requerimientos básicos de los países en materia de sanidad, la morbilidad y mortalidad, la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y otras informaciones estadísticas similares.

#### *Otras actividades*

Análisis y diseminación de información y material relacionado con los adelantos técnicos y administrativos en el campo de la salud pública.

Fomento de los trabajos de investigación como derivación de las actividades en que colabora la Oficina y mediante recomendaciones para la prestación de ayuda a individuos o instituciones que se dedican a estudiar problemas relacionados con la salud.

Dirección de los proyectos o programas inter-zonas o inter-países, que no hayan sido específicamente asignados a la jurisdicción de una Zona determinada.

Asistencia en la preparación y desarrollo de seminarios y cursos especiales sobre materias referentes a la salud pública; y ayuda en la observación de las actividades ulteriores desarrolladas por los becarios de la Oficina.

Colaboración en la contratación, designación y destino de personal, mediante la celebración de entrevistas con los candidatos y formulación de recomendaciones sobre la idoneidad de éstos para ocupar un puesto determinado.

Preparación de informes técnicos que hayan de ser presentados a las reuniones de los cuerpos directivos; y examen de las publicaciones o exposiciones proyectadas por la OSP, para comprobar si están de acuerdo con las normas establecidas y si son exactas desde el punto de vista técnico.

### **División de Educación y Adiestramiento**

La importancia del factor educativo se ha infiltrado tanto, desde el principio, en todas las actividades de la Oficina, que sería inexacto afirmar que lo relativo a educación y adiestramiento corresponde exclusivamente a una División. Toda la labor de salud pública que promueve la Oficina tiene una base educativa, puesto que representa el esfuerzo que realizan las democracias del Nuevo Mundo para educarse en las técnicas de la colaboración encaminada a fomentar mejores condiciones de vida.

Es un hecho bien conocido que la labor sanitaria internacional ha sido el factor de mayor éxito en el fomento de una colaboración pacífica entre todas las naciones del mundo. Al enfrentarse con las temibles amenazas materiales contra la vida, el género humano se une, como en ningún otro caso, para aprovechar los beneficios de la colaboración.

La idea de una unión protectora que adopte medidas contra la invasión de las enfermedades es, en sí, un gran ejemplo de colaboración defensiva, y, como tal, es una empresa esencialmente educativa. La idea ulterior de desarrollar extensas campañas de erradicación, constituye un esfuerzo para corroborar la tesis de que la erradicación, no solamente resulta a la larga menos costosa sino que constituye también un gran estímulo para elevar la moral colectiva.

En todos los momentos de su historia, la Oficina Sanitaria Panamericana se ha esforzado en ampliar el área de aplicación de los principios sanitarios. Cuando, además de las campañas de erradicación, la Oficina emprendió la tarea de ayudar a fortalecer las administraciones de salud pública de las distintas naciones de América, procedió impulsada por el convencimiento de la importancia que tiene toda coordinación de esfuerzos. También en este caso los factores principales son de carácter estrictamente educativo.

Sabido es que no se puede obligar a la gente a que adopte mejores hábitos higiénicos; lo que se ha de hacer es inducirla a la aceptación de estos hábitos por medio de la educación. Para poner en vigor mejores prácticas de higiene hay que contar con la colaboración de otras fuerzas educativas, como las que han venido ejerciendo desde hace siglos la iglesia y las escuelas. La aspiración, incluso del más variado de los programas de salud pública, es esencialmente la aplicación de aquellos nuevos conocimientos que hayan resultado eficaces para el fomento de la salud.

Debido a la propia naturaleza de la educación y a que en ningún caso se encuentra totalmente ausente de las actividades de la Oficina, las técnicas educativas se aplican en todos los sectores de la Organización. Si se observa el cuadro sobre la estructura orgánica de la OSP, que aparece al principio de esta sección, se verá que la División de Salud Pública tiene un Servicio de Fomento de la Salud. En este Servicio hay secciones que están absolutamente dedicadas a la educación del público. De una manera más general, la Oficina de Información Pública, directamente subordinada a la del Director, tiene una gran relación con el esfuerzo educativo que se requiere para que el público, especialmente el que lee la prensa, comprenda, con absoluta claridad, los objetivos y propósitos de esta organización sanitaria internacional.

Como ya se ha dicho anteriormente, gran parte de las actividades desarrolladas en las conferencias y reuniones son esencialmente educativas. Siempre resultan aleccionadores los cambios de impresiones que se celebran en esas ocasiones. Como es natural, también tiene carácter educativo la publicación de revistas y la distribución de material impreso, actividades que, al igual que la organización de reuniones, están bajo la supervisión directa de la Oficina del Secretario General. Así mismo, la División de Administración cuenta con un servicio que hace años viene suministrando valiosas exposiciones y otros medios auxiliares visuales encaminados a estimular la cooperación en la labor de salud pública.

A pesar de que, como se desprende de lo dicho, las actividades educativas se encuentran repartidas por toda la estructura orgánica de la Oficina, existen ciertos aspectos en la educación, especialmente los de carácter técnico, que están encomendados exclusivamente a la División de Educación y Adiestramiento.

La División tiene su origen en el programa de becas. Una de las actividades más antiguas, y más consolidadas, en toda la labor de salud pública, es la que se relaciona con la adjudicación de becas internacionales. Este programa se encuentra en ejecución en la Oficina desde hace muchos años.

La selección de los becarios y de los lugares en que han de estudiar, la organización de sus viajes y la ayuda técnica para que utilicen el tiempo en la mejor forma posible, son tareas que requieren especial preparación y una considerable labor administrativa. El programa de becas se desarrolla hoy con toda normalidad y eficacia. Constantemente hay cientos de becarios que cursan sus estudios y se renuevan de año en año, casi con la misma regularidad que los alumnos de las universidades. La labor de buscar para los becarios el profesorado que mejor pueda instruirlos y de facilitarles los medios económicos necesarios, para que viajen y vivan en el extranjero, se encuentra plenamente compensada por los resultados obtenidos. Gracias a las becas se dispone hoy de una continua afluencia de nuevos elementos a los departamentos nacionales.

La Oficina concede especial atención al adiestramiento de personal auxiliar. La necesidad de atender a urgentes necesidades sanitarias plantea, en muchas partes de las Américas, el problema de obtener el máximo rendimiento del personal adiestrado disponible y de proporcionar cierto grado de instrucción, competentemente dirigida, a aquellas personas que, sin ninguna preparación, han venido trabajando como auxiliares. Además de la ayuda que presta a la educación profesional y de su programa de becas, la División de Educación y Adiestramiento dedica una gran parte de sus actividades a los programas de formación de personal auxiliar.

Se organizan cursos especiales de saneamiento del medio, estadística y enfermedades transmisibles específicas, tales como la malaria y la brucelosis. Se trabaja también en estrecha colaboración con otras organizaciones, especialmente las internacionales, como por ejemplo el Instituto de Educación Internacional (Nueva York), y la Fundación Interamericana de Ampliación de Estudios Médicos (Chicago).

Recientemente, se han hecho gestiones para organizar un seminario de ingeniería sanitaria en Costa Rica y un curso de adiestramiento en sistemas de abastecimiento de agua, en Centro América; también se ha prestado especial atención a los congresos de enfermería. Todas estas actividades se describen más detalladamente en las secciones anteriores. Actualmente se encuentran en preparación seminarios de medicina preventiva, ingeniería sanitaria y educación pediátrica. La labor realizada en esta División se relaciona, en particular, con los adelantos técnicos en los métodos empleados en las actividades de salud pública.



## Oficinas de Zona

Desde hace muchos años han venido funcionando, de manera más o menos rudimentaria, algunas oficinas de campo de la OSP, pero hasta fecha relativamente reciente no se emprendió una reorganización completa en esta esfera. Las Oficinas de Zona, parte integrante de una organización muy vigorosa pero descentralizada, datan de menos de cinco años.

A fines de 1951 se delimitaron de nuevo las distintas Zonas, se fijó la sede de las respectivas oficinas y se comenzó a reunir el personal adecuado. La Oficina de la Zona II se estableció en México, D. F., a principios de 1952. En ese mismo año se promulgaron los principios generales relativos al alcance y método de la descentralización de funciones, definiéndose las que correspondían a la Sede y a las Oficinas de Zona.

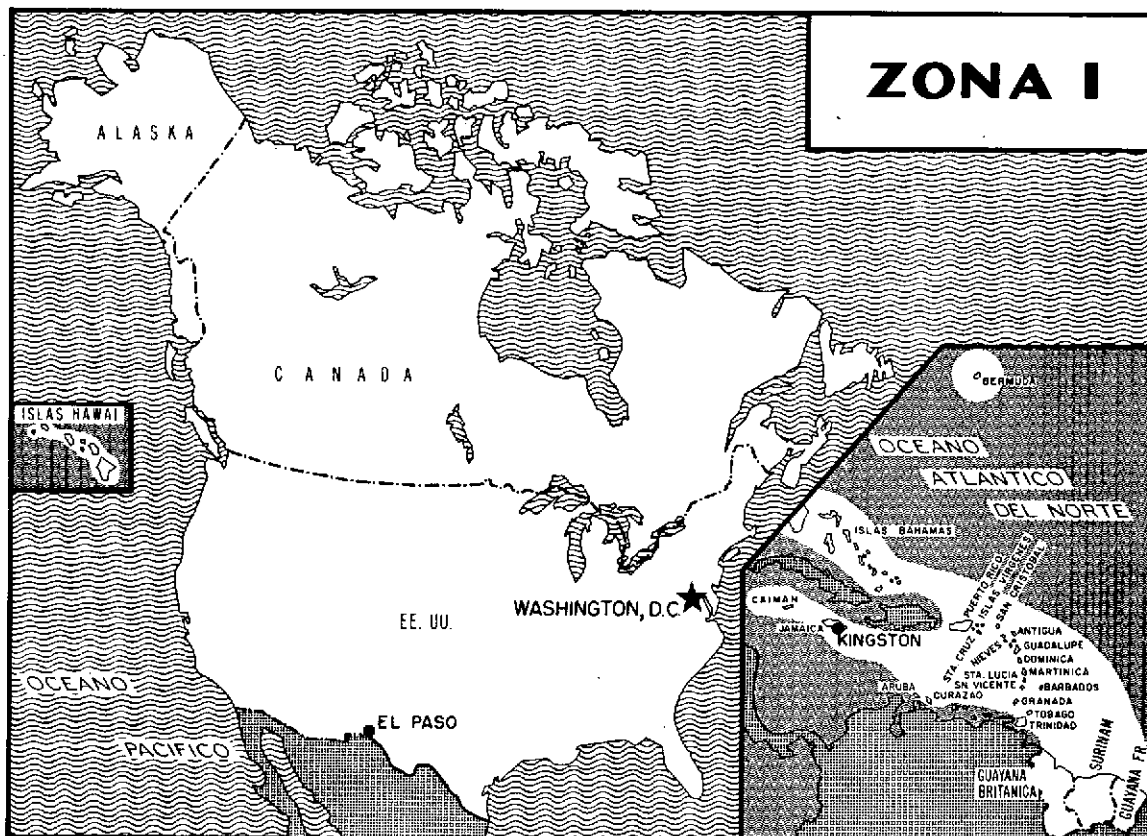
Las Oficinas de Zona asumieron la responsabilidad de las actividades de los programas, tanto en lo que se refiere a la prestación de servicios de asesoramiento técnico a las administraciones sanitarias como al planeamiento y ejecución de los proyectos. Este sistema tiene la ventaja de que los Gobiernos pueden contar siempre con el asesoramiento del personal de las Zonas, y permite, además, que los proyectos se preparen con la colaboración del personal sanitario nacional y se ajusten a las condiciones locales.

El personal de las Zonas recopila información básica sobre las necesidades en materia de sanidad y los recursos disponibles, información que se utiliza para la elaboración de planes de largo alcance. Un aspecto fundamental de la descentralización es que las Oficinas de Zona, previa consulta con las respectivas autoridades sanitarias nacionales y con los organismos cooperadores, formulan las propuestas de actividades de campo que han de incluirse en el programa y presupuesto.

Al crear cada Zona, la responsabilidad del nombramiento de personal local se delegó en el Representante de Zona. A medida que aquéllas completaban su plantilla, la Oficina de Washington fué transfiriendo a ellas mayor número de funciones, especialmente las relacionadas con el personal de las Zonas.

La Oficina Central tiene a su cargo los servicios técnicos y administrativos. El Director asume la responsabilidad de las relaciones con los cuerpos directivos, y con las organizaciones internacionales, tanto gubernamentales como no gubernamentales, y establece las orientaciones, normas y procedimientos que rigen el funcionamiento de la Oficina y la marcha general de sus actividades. Entre las funciones técnicas y administrativas que desempeña la oficina de Washington figuran las gestiones de compras, colocación y supervisión de becarios, recopilación y distribución de información estadística y epidemiológica, servicios de biblioteca, labor de información pública, control financiero y servicios administrativos en general; preparación de programas generales y a largo plazo; evaluación de la labor realizada en los programas; información y asesoramiento técnico; y ejecución de proyectos inter-países que comprenden más de una zona.

En las secciones precedentes se han descrito en detalle las actividades sanitarias desarrolladas en las distintas Zonas. Los resúmenes que siguen se presentan como complemento de los mapas.



### Zona I

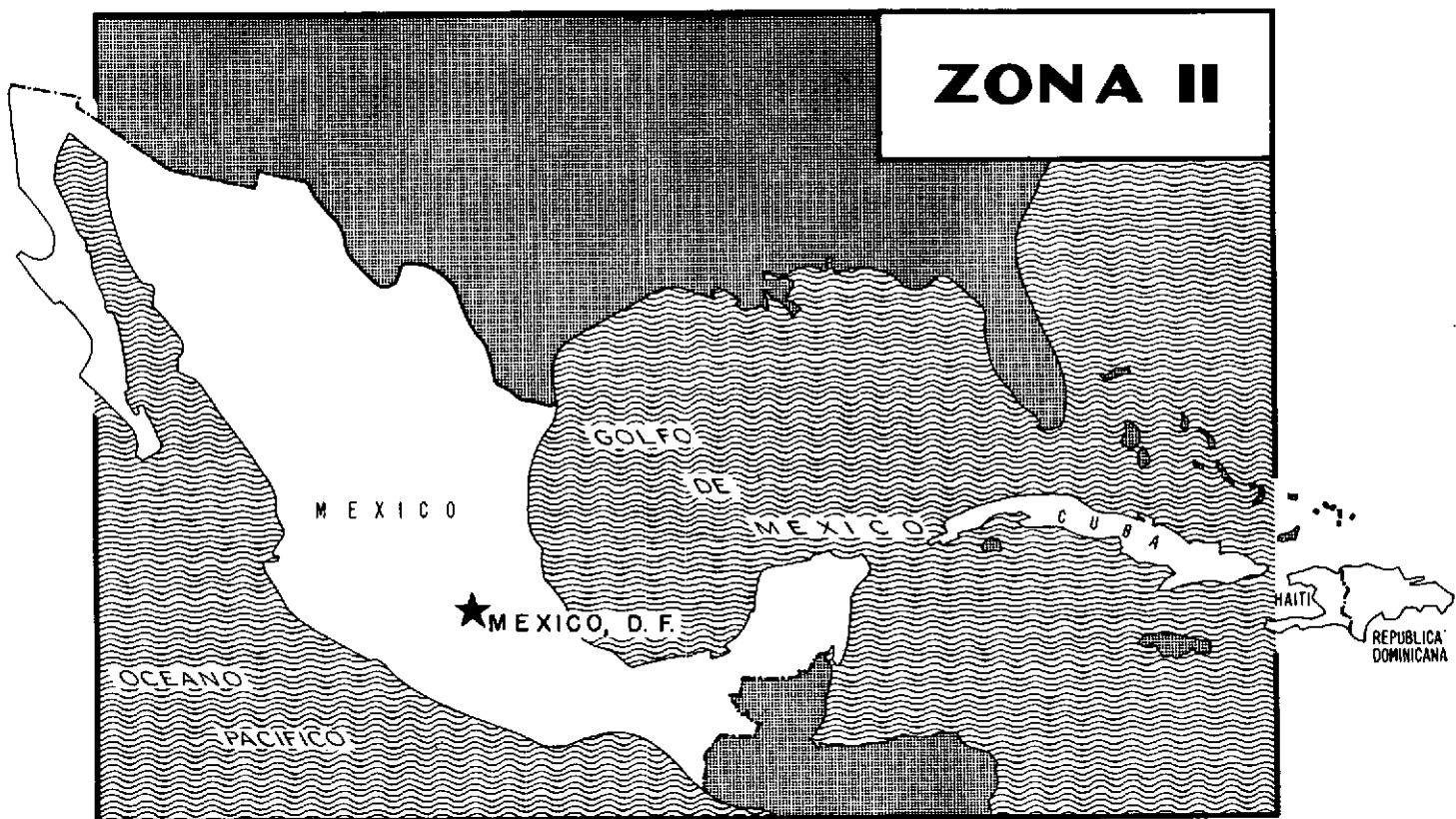
La Oficina de Washington retiene la jurisdicción sobre la Zona I. De ella depende la Oficina de Campo del Caribe situada en Kingston, Jamaica, que tiene a su cargo la coordinación de las actividades de la OSP con los 21 departamentos de sanidad de los territorios neerlandeses, británicos, franceses y estadounidenses del Caribe.

En 1954, el brote de fiebre amarilla en Trinidad hizo que se acelerara la labor de erradicación de *A. aegypti* en todo el Caribe.

Otros programas regionales desarrollados durante el año incluyeron actividades de erradicación de la malaria y de las treponemosis, saneamiento del medio, control de la lepra, y cursos regionales de adiestramiento. Aunque en 1954 se prestó atención principal a los problemas de las enfermedades transmisibles, también se logró notable adelanto en los programas que tienden al fortalecimiento de los servicios coordinados de salud pública.

La otra Oficina de Campo de la Zona I, establecida en El Paso, Texas, continuó funcionando como programa inter-países, cuyo objeto es fomentar la colaboración y coordinación de las actividades entre los funcionarios de sanidad del área fronteriza México-Estados Unidos.

Esta oficina se ocupa de los problemas sanitarios de cuatro Estados de los Estados Unidos y seis Estados mexicanos, que tienen una población total de 23,000,000 de habitantes y están situados a lo largo de una frontera que mide 2,000 millas. Se mantuvieron estrechas relaciones con las organizaciones fronterizas de salud pública y actividades afines. Un importante organismo de enlace en esta labor es la Asociación Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad, cuya Secretaría está a cargo de la Oficina de El Paso.



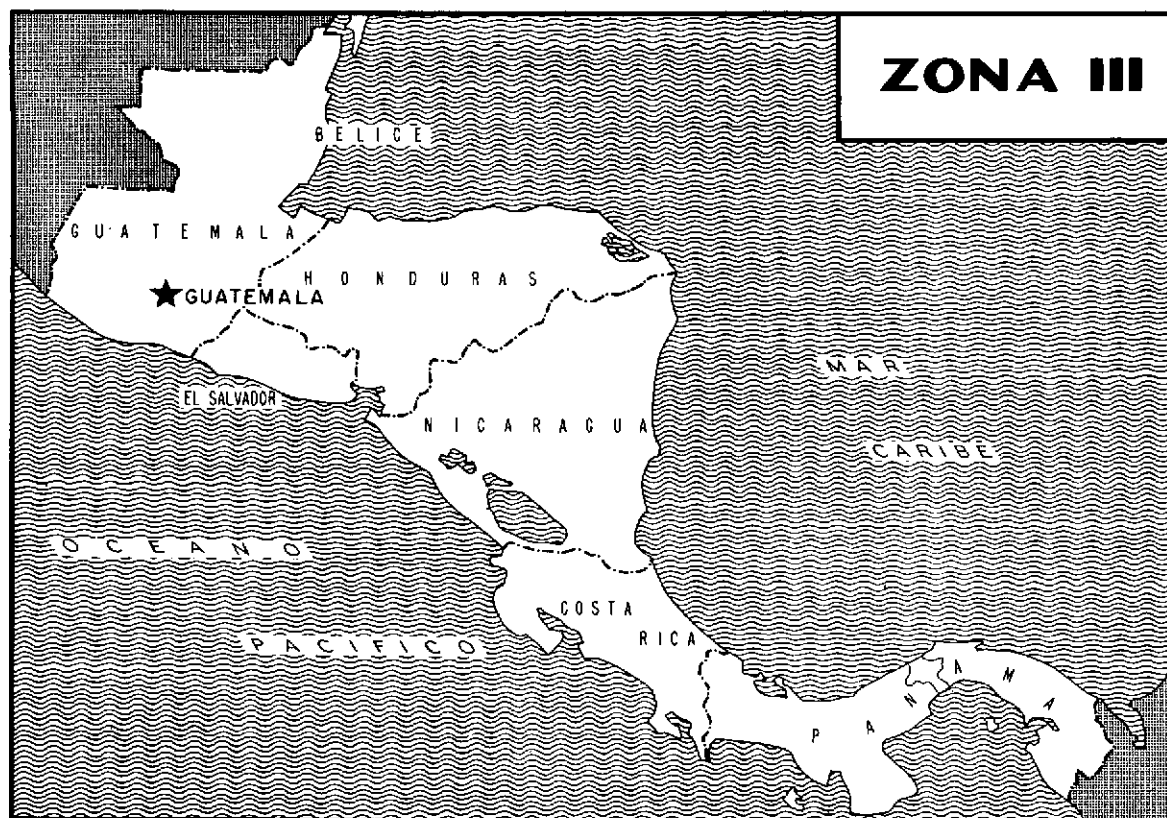
## Zona II

Aunque la oficina de la Zona II es la de creación más reciente, en 1954 tuvo a su cargo una amplia variedad de actividades. Teniendo en cuenta los problemas sanitarios de los cuatro países que abarca la Zona, se estimó conveniente acelerar la ejecución de los programas, ya bien adelantados, de educación sanitaria y adiestramiento. Uno de ellos, encaminado a la erradicación del *A. aegypti* en Cuba, sirvió para el adiestramiento de personal de nueve países de las Américas, incluso de los Estados Unidos.

Durante el año, la Oficina de Zona colaboró en la iniciación de un programa completo de servicios coordinados de salud pública en la República Dominicana, y se encuentra muy adelantada la preparación de otros programas, para la extensión de esos servicios a las zonas rurales, en los cuatro países comprendidos en la Zona.

En veterinaria de salud pública, las actividades de la Zona, que antes se circunscribían a un proyecto de lucha antirrábica, se extendieron al control de la encefalitis, brucelosis y zoonosis en general. En el campo del saneamiento del medio se prestó especial atención al adiestramiento adecuado y a la utilización de los servicios de inspectores sanitarios.

El año 1954 fué de una gran expansión en materia de educación de enfermería; cabe destacar el seminario sobre planes de estudios de enfermería celebrado con todo éxito en México, la promulgación de una ley sobre tales estudios en Cuba, y la iniciación del proyecto encaminado a la reorganización completa de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de México, para el que se han facilitado los servicios de cuatro consultoras que ya se encuentran en el país.



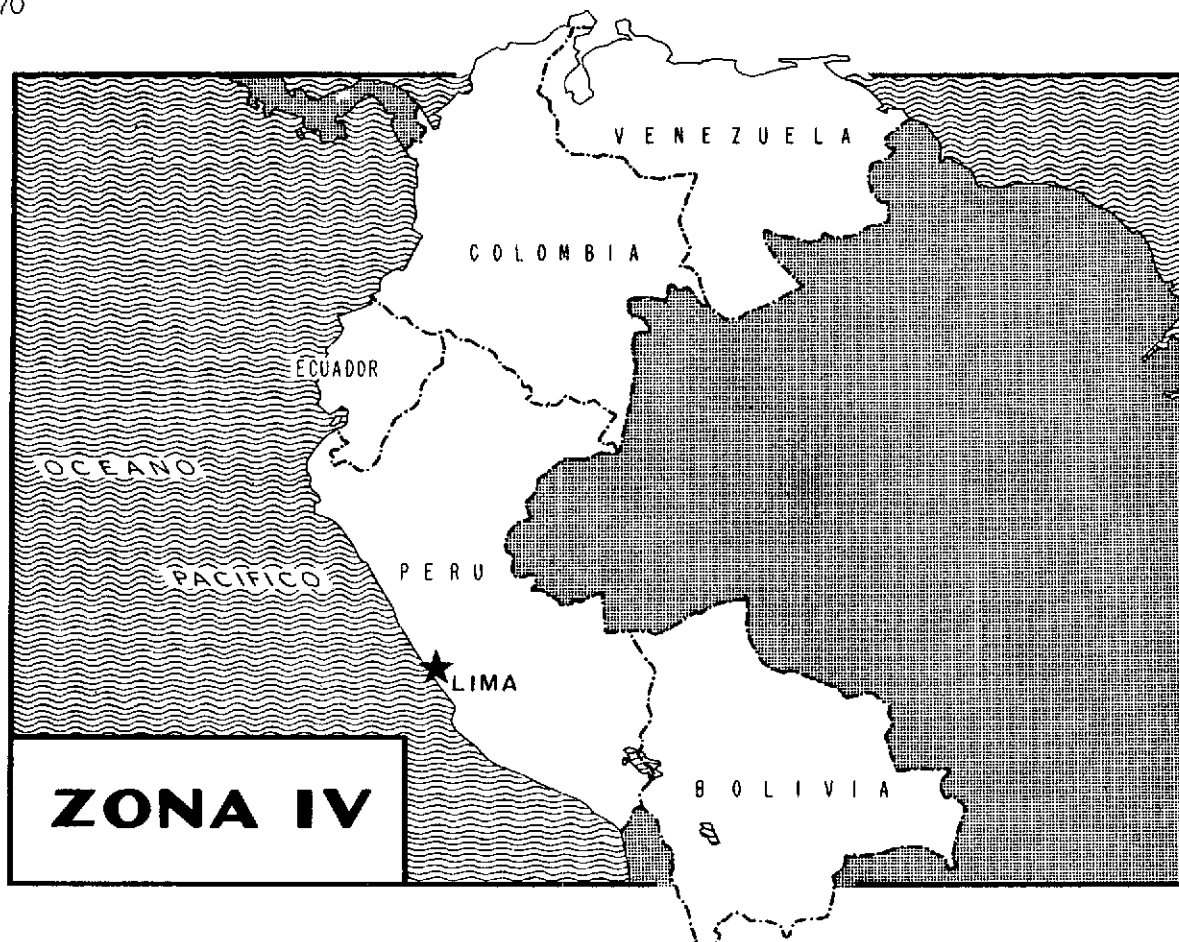
### Zona III

El desarrollo de servicios coordinados de salud pública, primero en El Salvador (en 1951), y después en Panamá (en 1952), ha tenido notable repercusión en los servicios de los demás países de la Zona. Las actividades de todos los países tienden principalmente hacia el fortalecimiento de los servicios nacionales de sanidad, control de las enfermedades transmisibles y erradicación de aquellas enfermedades que se prestan a esta forma de ataque. Las asignaciones presupuestarias de los servicios nacionales de sanidad, destinadas a la medicina preventiva, son, sin excepción, más elevadas que nunca en la historia de los países, habiendo aumentado también los gastos de los Gobiernos por concepto de servicios de hospital y de medicina curativa.

Durante el año, la cooperación entre los países, en el campo de la salud pública, fué excelente, hecho notable si se tiene en cuenta que la intranquilidad política en algunos de ellos afectó otras formas de cooperación.

Uno de los aspectos más destacados en esta esfera de actividad, fué el establecimiento del INCAP, con carácter permanente, y la inauguración de un nuevo edificio (véanse páginas 22, 94 a 96 y 148).

Los programas inter-países han tenido gran éxito. Todos ellos contribuyen a la integración de los servicios de sanidad en cada país.



#### Zona IV

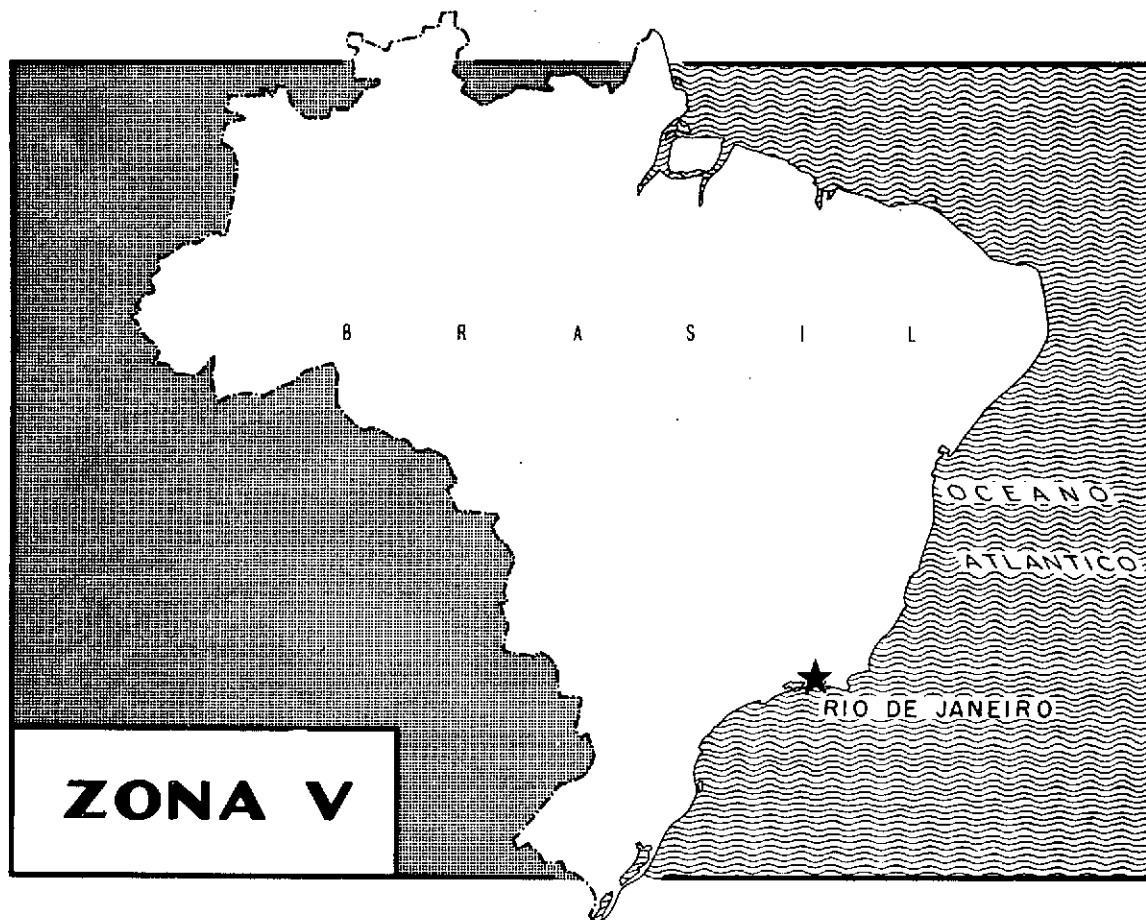
En 1954, la Oficina de la Zona IV desarrolló una intensa actividad en los cinco países comprendidos en su jurisdicción, tanto por medio de servicios directos de asesoramiento a los Gobiernos y autoridades sanitarias como en la ejecución de proyectos específicos, algunos con la participación del personal internacional y otros supervisados por el personal de la propia Oficina de Zona.

Se establecieron muy buenas relaciones de trabajo con el personal de la Oficina Regional del UNICEF para la América Latina, aumentando el número de reuniones celebradas para estudiar problemas relacionados con las actividades conjuntas.

Se prestó gran atención a los 24 proyectos que se encontraban en ejecución en 1954, cinco de los cuales eran inter-regionales.

En el campo de la educación y adiestramiento, la Oficina de Zona hizo las gestiones necesarias para la concesión de 46 becas.

En los cinco países se estableció estrecho contacto con el personal nacional e internacional de enfermería y actividades afines, prestándose ayuda en esta materia, tanto en la planificación de actividades generales de salud pública como en proyectos específicos.



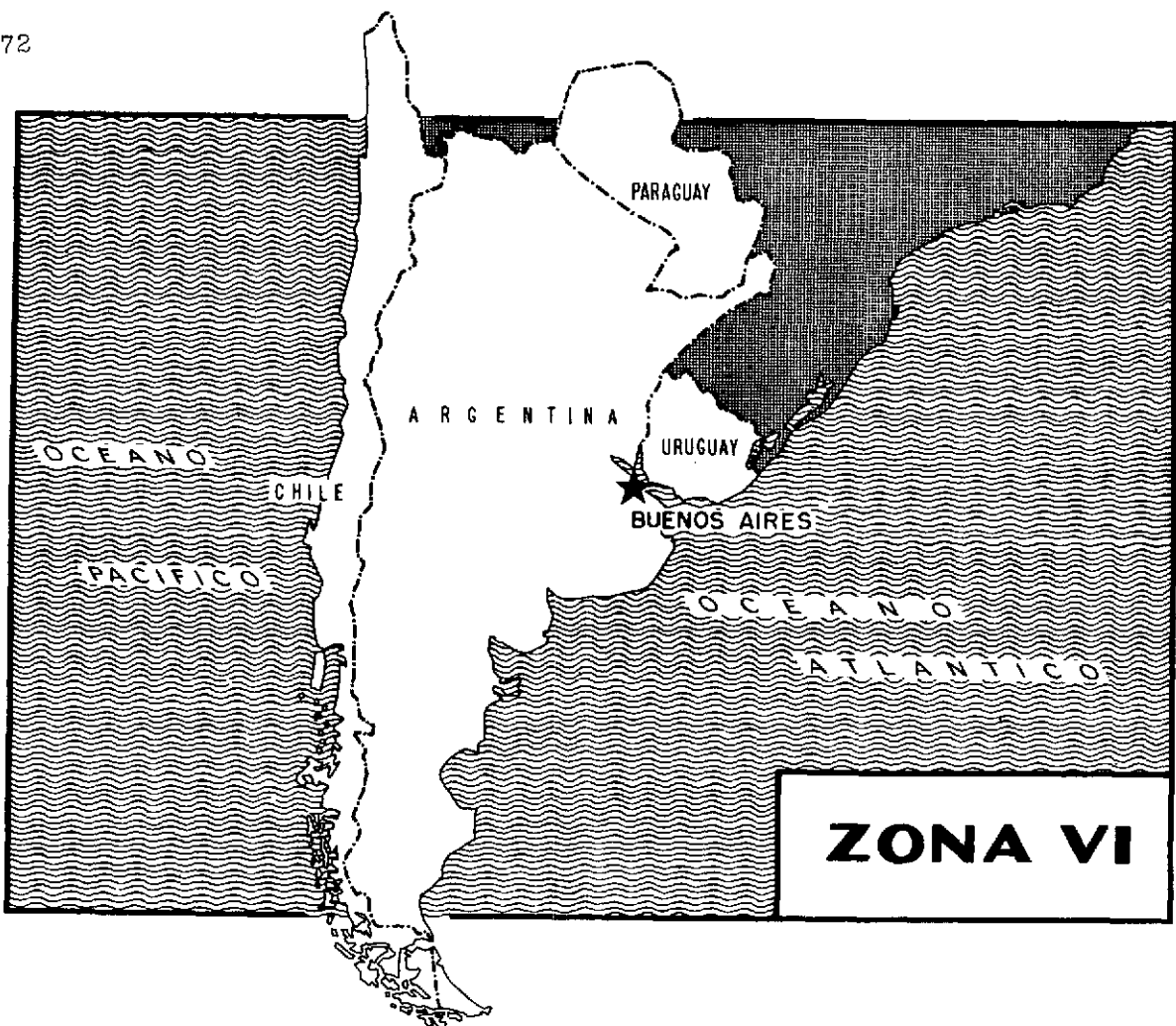
### Zona V

Esta Oficina de Zona, establecida en 1950, ha experimentado una rápida expansión tanto en lo que se refiere a responsabilidades como a recursos. Su función primordial es colaborar con el Gobierno del Brasil en la organización de servicios de sanidad y en la ejecución de programas específicos.

En 1954, hubo dos hechos importantes que interesaron directamente a la Oficina de Zona: la firma de un acuerdo entre la OSP y el Gobierno del Brasil dando forma legal al establecimiento de dicha Oficina de Zona, y la creación de un Ministerio de Salud en el Gobierno Federal.

Desde hacía algún tiempo se venía apreciando en el Brasil la necesidad de contar con un departamento nacional que se ocupara de las enfermedades endémicas en las zonas rurales a fin de poder llegar al elevado porcentaje de la población no atendida por los centros de salud. En 1954, la OSP proporcionó al Ministerio los servicios de un consultor con el fin de que estudiara la organización y funciones de un departamento de ese tipo. Ya ha sido aprobado por una de las Cámaras parlamentarias un proyecto de ley para la creación de ese departamento en el Ministerio de Salud.

Uno de los ejemplos más notables de colaboración internacional es el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, iniciado en 1951, bajo el Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos. El Centro, planeado por la Oficina Sanitaria Panamericana, en colaboración con el Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas, funciona bajo la dirección de la Oficina. Mantiene relación con otros centros de todo el mundo y realiza trabajos de investigación sobre la fiebre aftosa y su control.



### Zona VI

Se han intensificado las buenas relaciones de trabajo con el personal técnico y las autoridades de salud pública de los cuatro países de la Zona, relaciones que constituyeron uno de los más valiosos y gratos aspectos de la labor durante el año.

Se han concertado acuerdos con las principales universidades de tres países de la Zona para el mejoramiento de la enseñanza de la medicina. Durante el año se procedió a la reorganización de los servicios de salud pública en tres países, lo que prueba el progreso alcanzado en la labor de fortalecimiento de tales servicios.

En 1954, la Argentina no sólo abonó sus cuotas pendientes a la Oficina Sanitaria Panamericana y a la Organización Mundial de la Salud, sino que, además, hizo una aportación voluntaria de 1,500,000 pesos argentinos.

Chile cuenta con instituciones educativas y de salud pública cuyo grado de desarrollo es considerablemente elevado, razón por la cual se utilizaron para la labor de adiestramiento. Los programas llevados a cabo en dicho país han tendido principalmente a mejorar aún más esas instituciones, con el objeto de que pueda hacerse mayor uso de ellas para fines de demostración y adiestramiento.

## Procedencia de los fondos

### Cuotas

Las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana en 1954 representaron una inversión de \$4,305,075.

De esa cantidad más de dos millones de dólares procedían de las cuotas anuales aportadas a la Oficina Sanitaria Panamericana por los países y territorios de las Américas. Casi otro millón provenía de las cuotas de los Países Miembros de la Organización Mundial de la Salud. En la tabla que aparece a continuación se detallan las cuotas asignadas a cada país.

Cuotas a la OSP y a la OMS correspondientes a 1954, aportadas por los países y territorios de las Américas

País	Cantidad	
	OSP	OMS
Argentina	\$ 148,400	\$ 155,134
Bolivia	7,400	6,988
Brasil	176,200	155,134
Canadá*		268,340
Colombia	42,600	
Costa Rica	4,800	3,494
Cuba	41,400	24,458
Chile	40,200	37,735
Ecuador	4,800	4,193
El Salvador	6,000	4,193
Estados Unidos	1,320,000	2,987,667
Francia**	4,647	
Guatemala	7,400	4,193
Haití	4,800	3,494
Honduras	4,800	3,494
México	85,000	53,109
Nicaragua	4,800	3,494
Países Bajos	2,695	
Panamá	6,000	4,193
Paraguay	4,800	3,494
Perú	21,800	16,771
Reino Unido**	15,000	
República Dominicana	6,000	4,193
Uruguay	20,200	15,374
Venezuela	42,600	22,362
Total	\$2,022,342	\$3,781,507

La aportación de esas cuotas es un notable ejemplo no sólo de solidaridad continental, sino también del interés de las Américas en la labor sanitaria mundial. La participación activa de todos los países en el mejoramiento de la salud en el Continente y en el mundo entero constituye la aceptación del principio de que en este campo, el beneficio que alcanza un país se extiende a todos los demás.

### Organismos cooperadores

Además de los fondos citados en la sección precedente, la Oficina Sanitaria Panamericana coopera con otros organismos y comparte los fondos distribuidos por los mismos o proporciona supervisión técnica a programas relacionados con la salud y para los cuales se facilitan suministros y equipos. En la tabla que aparece en la página siguiente se indican los datos y cifras pertinentes.

Además, en 1954 la Junta Ejecutiva del UNICEF asignó la suma de \$496,000 para la compra de suministros y equipo

\*No pertenece a la Organización Sanitaria Panamericana.

\*\*A nombre de sus territorios en el Hemisferio Occidental.



## Gastos de la OSP en 1954, por procedencia de los fondos

Oficina Sanitaria Panamericana	\$2,099,424
Organización Mundial de la Salud	925,586
Asistencia Técnica de las Naciones Unidas	685,093
Asistencia Técnica de la OEA	205,326
Otros fondos extrapresupuestarios	389,646
	\$4,305,075

destinados a proyectos internacionales conjuntos de salud pública, en los que la Oficina tenía a su cargo la aprobación técnica y la supervisión. Por lo tanto, esta suma debe agregarse a los \$4,305,075 para presentar un cuadro adecuado del total de los fondos invertidos en las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana en 1954.

En las cifras citadas anteriormente no se incluyen los fondos administrados por la Oficina, en nombre de los Gobiernos Miembros, para la compra de suministros y equipo. Sin embargo, esos fondos requieren que el personal técnico y administrativo les preste atención, lo que lógicamente representa una proporción mayor de gastos generales. Las compras realizadas en 1954 ascendieron a \$1,500,461 y los cálculos de precio facilitados a los Gobiernos representaron otros \$2,672,166. Para más detalles véase la página 156.

El Programa de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas está financiado por un fondo especial constituido por aportaciones voluntarias de los Gobiernos. La dirección del Programa corresponde al Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC), la coordinación y control a la Junta de Asistencia Técnica y al Presidente Ejecutivo y la aplicación práctica se realiza a través de diversos organismos participantes. El Programa representa el experimento de mayor envergadura que se ha emprendido hasta ahora en la coordinación y control de la labor de diversos organismos. Sus efectos son de gran alcance, no sólo en lo que se refiere a la asistencia técnica, sino también a las actividades ordinarias de los distintos organismos. Dos son los principales puntos de interés: la estabilidad del programa, reflejada por su situación financiera, y las consecuencias que su estructura orgánica, su labor de planificación, sus orientaciones y sus procedimientos determinan en las relaciones entre organismos y en las mantenidas con los distintos países.

La estabilidad del Programa de Asistencia Técnica depende del equilibrio que exista entre tres factores. Estos son: la cantidad de las aportaciones prometidas por los Gobiernos, la cantidad de fondos recaudados y disponibles para asignaciones y el número de programas planeados. La gran diferencia que hubo entre esos tres factores -especialmente el exceso de programas planeados en relación con los fondos prometidos y disponibles- causó en los primeros cuatro años una gran inestabilidad en el Programa de Asistencia Técnica. Sin embargo, hacia fines de 1954 se alcanzó cierto grado de estabilización debido al equilibrio establecido entre los tres factores citados.

La tendencia general del Programa de Asistencia Técnica se refleja en aquellos programas que, con fondos de dicha procedencia, desarrollan en sus respectivas esferas la OSP y la OMS. En 1951 y 1952, fué necesario elaborar y poner urgentemente en ejecución diversos proyectos. Tras esto, vino, en 1953, una etapa de "congelación", seguida de varias reducciones en la asignación de fondos, pero, al llegar 1954, se inició de nuevo, en ésta, una tendencia ascendente. Todas esas variaciones originaron difíciles situaciones administrativas y, en algunos casos, afectaron adversamente las relaciones con los Gobiernos.

En conjunto, sin embargo, el afecto sobre el programa global no fué tan considerable como se podía suponer, y para ello existían dos razones: una, que, debido a la urgencia de elaborar proyectos, se prepararon muchos que no resultaban prácticos, y, por lo tanto, se podían descartar sin perjudicar el programa; la otra, más importante, que se utilizaron los programas ordinarios de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Organización Mundial de la Salud para remediar las consecuencias de las reducciones. Algunos proyectos que iban a quedar paralizados y otros urgentes, y en condiciones de ser puestos en ejecución, se transfirieron al programa ordinario, con lo que se evitó suspender los proyectos en marcha y, a pesar de la falta de fondos de Asistencia Técnica, se pudieron iniciar los mejor planeados y de mayor apremio. A continuación se describe, por orden cronológico, la situación relativa a los fondos de Asistencia Técnica.

Aportación Financiera del Programa de Asistencia Técnica  
de las Naciones Unidas, 1954

Fecha y acuerdo	Total de asignaciones a todos los organismos	Oficina Regional para las Américas		
		Número de proyectos	Asignaciones	Ajuste
Dic. 1953 27a reunión de la JAT	\$12,000,000	11	\$472,528	Reducción efectuada por la terminación de 8 proyectos en 1953 y la transferencia de 6 al programa ordinario de la OMS
Marzo 1954, 28a reunión de la JAT	\$14,500,000	15	\$580,716	Se transfirieron de nuevo 2 proyectos a la AT y se dió comienzo a 2 aprobados anteriormente.
Mayo 1954 29a reunión de la JAT	\$16,000,000	14	\$580,716	Se completó un proyecto el 30 de abril
Julio 1954 Acuerdo del Presidente	\$18,000,000	14	\$617,000	Transferencia a la AT de las becas concedidas para tres proyectos
Nov. 1954 Nuevo acuerdo	\$18,000,000	20	\$780,000	Transferencia de 3 proyectos a la AT, y comienzo de 3 proyectos a corto plazo

La Oficina Sanitaria Panamericana, en su carácter de organismo especializado de la Organización de Estados Americanos, colabora también en el Programa de Asistencia Técnica de esta última, lo que incluye su participación en el Comité de Coordinación de la Asistencia Técnica (CCAT) y supone la ejecución de proyectos financiados con fondos de la OEA/AT. El único proyecto de este género en ejecución, en 1954, fué el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa,

establecido en Río de Janeiro, Brasil, cuyos detalles figuran en la página 68 (AMRO-77). El Comité de Coordinación de la Asistencia Técnica (CCAT) y el Consejo Interamericano Económico y Social (I-ECOSOC) aprobaron otro proyecto para un Centro Panamericano de Zoonosis, a reserva de la disponibilidad de fondos. En 1954 no se contó con fondos para su ejecución.

El principio fundamental que rige la colaboración con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en los proyectos sanitarios, no sufrió alteración alguna en 1954. EL UNICEF, previo acuerdo de su Junta Ejecutiva, financiala compra de suministros y equipo destinados a los programas de salud, desarrollados conjuntamente con los Gobiernos Miembros de la OMS y aprobados técnicamente por ésta. Todos los proyectos deben estar comprendidos en los campos delimitados por el Comité Mixto OMS/UNICEF de Política Sanitaria. Si bien el UNICEF reembolsa a veces a la OMS el costo del personal internacional que exceda de las disponibilidades financieras de ésta, en las Américas esos reembolsos se han limitado a los programas de vacunación con BCG.

Más de la mitad de los programas nacionales que se hallaban en ejecución en 1954, recibieron la ayuda de UNICEF. Las asignaciones aprobadas durante el año por su Junta Ejecutiva, para programas de salud en las Américas, se elevaron a \$496,000.

Hasta 1953 el UNICEF colaboró en las actividades relativas a higiene maternoinfantil, nutrición, readaptación, malaria, enfermedades transmisibles tales como las treponematosis, tuberculosis viruela, difteria y pertussis. Los proyectos de saneamiento del medio, cuya inclusión en el programa del UNICEF se acordó en 1953, recibieron su ayuda económica por primera vez en 1954.

Durante 1954, el Comité Mixto de Política Sanitaria extendió gradualmente el campo de acción del UNICEF hasta incluir el control del tracoma y la ayuda a hospitales bajo ciertas condiciones. Dispuso que se volviera a prestar asistencia a las actividades contra la lepra. La participación del UNICEF en el importante campo del saneamiento del medio y en los aspectos de la higiene maternoinfantil de los programas coordinados de salud pública, ha fortalecido mucho sus estrechas relaciones con la OSP/OMS.

El asunto más importante de política sanitaria que quedó pendiente en 1954, fué la reclasificación de la malaria, con el fin de apoyar la conversión de los programas de control en programas de erradicación.

Un factor decisivo en el desarrollo y mantenimiento de buenas relaciones de trabajo con la Oficina Regional del UNICEF para la América Latina, situada en Lima, Perú, fué el nombramiento, en febrero de 1954, de un asesor médico de la OMS adscrito a dicha Oficina. El asesor médico actúa de enlace entre la OSP -tanto la Sede como las Oficinas de Zona- y la Oficina Regional del UNICEF, con el fin de estimular y facilitar el planeamiento y la ejecución conjuntos de los programas de salud pública.

En 1954 fué posible, por primera vez, establecer como objetivo ciertas cantidades para la ejecución de proyectos específicos en el futuro. En el programa y presupuesto de la OMS/OSP se toma hoy en consideración la posible participación del UNICEF en los programas de salud pública. Se convino un plan cronológico para la presentación de proyectos a la Junta Ejecutiva del UNICEF, con objeto de obtener la asignación correspondiente. Este plan, elaborado en 1953 y aplicado por primera vez en 1954, ha contribuido a mejorar notablemente la preparación de los proyectos en tiempo oportuno.

## APENDICE I

### Lista de Proyectos

En las páginas que siguen, se presenta, por orden alfabético y numérico, la información esencial sobre los proyectos que se encontraban en ejecución en 1954.

Las zonas que se mencionan en el Apéndice son las correspondientes a las seis Oficinas de Zona de la OSP. En los proyectos inter-regionales no se indica zona alguna, puesto que se trata de programas en escala mundial y de cuya supervisión general se encarga la OSP en cuanto se refiere a las Américas. En la penúltima columna figuran los servicios técnicos de la Oficina de Washington que tienen a su cargo los respectivos proyectos. Las siglas utilizadas son las siguientes:

HOC	División de Salud Pública
HCD	Servicio de Enfermedades Transmisibles
HES	Servicio de Saneamiento del Medio
HHP	Servicio de Fomento de la Salud
EFS	Servicio de Becas
EPE	Servicio de Educación Profesional
FOC	Oficina de Campo del Area del Caribe
WO	Oficina de Washington

Para mayor facilidad, se repiten aquí las otras siglas que aparecen en la lista de proyectos:

UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USPHS	Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos
FK	Fundación Kellogg
OIT	Organización Internacional del Trabajo
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
GML	Gorgas Memorial Laboratory
AT/NU	Asistencia Técnica de las Naciones Unidas
OEA/AT	Asistencia Técnica de la Organización de los Estados Americanos

## Lista de Proyectos

No. del Código	Título	Año en que comenzó	Fondos	Organismo cooperador	Servicio Técnico	Zona
Argentina-6	Administración de salud pública - Becas	1954	OMS		EFS	VI
Argentina-51	Erradicación del <i>A.aegypti</i>	1950	OSP		HOC	VI
Belice-2	Vacunación con BCG	1953	OMS	UNICEF	HCD	III
Bolivia-4	Control de insectos	1953	OSP	UNICEF	HOC	IV
Bolivia-5	Enseñanza de Enfermería	1953	OMS		EPE	IV
Bolivia-6	Estudio del sistema de abastecimiento de aguas	1953	OMS		HES	IV
Brasil-3	Higiene maternoinfantil	1951	OSP	UNICEF	HHP	V
Brasil-4	Difteria y pertussis	1951	OMS	UNICEF	HCD	V
Brasil-15	Departamento de Enfermedades Endemo-epidémicas	1954	OSP		HCD	V
Brasil-16	Administración de salud pública - Becas	1954	OMS		EFS	V
Brasil-51	Laboratorio de fiebre amarilla	1950	OSP		HCD	V
Brasil-52	Laboratorio de enfermedades vénereas y Centro de adiestramiento	1951	OSP		EPE	V
Brasil-53	Esquistosomiasis	1951	OSP	USPHS	HCD	V
Canadá-1	Laboratorios de salud pública	1954	OMS		EFS	I
Colombia-4	Servicios rurales de salud pública (antes higiene maternoinfantil)	1951	OMS	UNICEF	HHP	IV
Colombia-5	Control de insectos	1951	AT/NU	UNICEF	HOC	IV
Colombia-15	Control de tuberculosis (BCG)	1954	OMS	UNICEF	HCD	IV
Colombia-52	Fiebre amarilla (Instituto Carlos Finlay)	1950	OSP		HCD	IV
Costa Rica-3	Enseñanza de Enfermería	1951	AT/NU		EPE	III
Costa Rica-5	Vacunación con BCG	1952	OMS	UNICEF	HCD	III
Costa Rica-11	Poliomielitis (rehabilitación)	1954	OSP		HCD	III

## Lista de Proyectos (continuación)

No. del Código	Título	Año en que comenzó	Fon- dos	Organis- mo coo- perador	Servi- cio Técnico	Zona
Cuba-1	Erradicación del <i>A. aegypti</i>	1953	OSP		HOC	III
Chile-10	Control de tuberculosis	1954	OMS	UNICEF	HCD	VI
Chile-12	Centro de demostración de asistencia a niños prematuros	1954	OMS	UNICEF	HHP	VI
Chile-14	Control de la rabia	1954	OSP		HCD	VI
Ecuador-4	Servicios rurales de salud pública	1954	OSP	UNICEF	HHP	IV
Ecuador-5	Centro de enseñanza del control de la tuberculosis	1951	OMS	UNICEF	EPE	IV
Ecuador-6	Laboratorio de BCG	1952	OMS	UNICEF	HCD	IV
Ecuador-7	Control de enfermedades venéreas (Bahía)	1952	AT/NU		HCD	IV
Ecuador-11	Instituto Nacional de Higiene	1952	AT/NU		HHP	IV
Ecuador-52	Control de la peste	1950	OSP		HCD	IV
Ecuador-53	Instituto Nacional de Nutrición	1950	OSP	FK*	HHP	IV
El Salvador-5	Zona de demostración sanitaria	1951	AT/NU	OIT/FAO UNESCO	HHP	III
El Salvador-6	Higiene maternoinfantil	1952	OMS	UNICEF	HHP	III
Estados Unidos-6	Prueba de inmovilización del treponema	1953	OSP		HHP	VI
Guatemala-8	Servicios rurales de salud pública	1954	OMS	UNICEF	HHP	III
Guatemala-10	Eliminación de basuras	1954	OMS		HES	III
Guayana Británica-1	Control de tuberculosis	1954	OMS	UNICEF	HCD	I (FOC)
Haití	Erradicación de la frambesia y control de la sífilis	1950	OMS OSP	UNICEF	HCD	II

\*Subvención de la Fundación Kellogg para la adquisición de equipo.

## Lista de Proyectos (continuación)

No. del Código	Título	Año en que comenzó	Fondos	Organismo cooperador	Servicio Técnico	Zona
Haití-2	Servicios locales de salud pública	1954	AT/NU		HHP	II
Haití-4	Control de insectos	1953	AT/NU	UNICEF	HOC	II
Haití-9	Laboratorio de salud pública	1953	OSP		HHP	II
Islas de Barlovento-1	Vacunación con BCG	1954	OMS	UNICEF	HCD	I(FOC)
Islas de So-tavento-1	Vacunación con BCG (San Cristóbal, Nieves)	1953	OMS	UNICEF	HCD	I(FOC)
Jamaica-5	Administración de salud pública - Becas	1954	OMS		EFS	I(FOC)
México-11.3	Curso para instructoras en enfermería	1952	OSP		EPE	II
México-12	Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional	1954	OSP		EPE	II
México-13	Curso de adiestramiento en control de las enfermedades venéreas	1953	OSP		EPE	II
México-15	Estudio de los servicios rurales de salud pública	1954	OMS	UNICEF	HHP	II
México-18	Administración de salud pública - Becas	1954	OMS		EFS	II
México-20	Laboratorio de Virus	1954	OSP		HCD	II
México-53	Control de insectos	1949-1952-1954	AT/NU	UNICEF	HOC	II
Nicaragua-3	Servicios rurales de salud pública	1954	AT/NU OSP	UNICEF	HES	III
Nicaragua-51	Saneamiento del medio	1953	OSP	UNICEF	HES	III
Panamá-1	Servicios rurales de salud pública	1952	AT/NU	UNICEF	HHP	III
Paraguay-1	Control de insectos	1948	AT/NU	UNICEF	HOC	VI
Paraguay-2	Control de tuberculosis	1952	AT/NU		HCD	VI

## Lista de Proyectos (continuación)

No. del Código	Título	Año en que comenzó	Fondos	Organismo cooperador	Servicio Técnico	Zona
Paraguay-3	Higiene maternoinfantil	1951	OMS	UNICEF	HHP	VI
Paraguay-4	Control de enfermedades venéreas	1952	AT/NU		HCD	VI
Paraguay-5	Control de la viruela y anquilostomiasis	1951	AT/NU		HCD	VI
Paraguay-6	Departamento de Medicina Preventiva	1953	OMS		EPE	VI
Paraguay-7	Vacunación con BCG	1954	OMS	UNICEF	HCD	VI
Paraguay-9	Control de la lepra	1954	OSP		HCD	VI
Paraguay-11	Estudio sobre el banco de sangre	1954	OSP		HHP	VI
Perú-10	Higiene maternoinfantil	1951	AT/NU	UNICEF	HHP	IV
Perú-13	Centro de demostración y adiestramiento en salud pública (Callao)	1952	AT/NU	UNICEF	HHP	IV
Perú-14	Centro de Salud de Ica	1951	OMS	UNICEF	HHP	IV
Perú-16	Vacunación contra la difteria y pertussis	1953	OMS	UNICEF	HCD	IV
Perú-21	Administración de salud pública - Becas	1954	OMS		EFS	IV
Perú-54	Investigación de campo sobre la vacuna contra el tifo	1953	OSP	Universidad de Tulane	HCD	IV
República Dominicana-2	Control de insectos	1952	AT/NU	UNICEF	HOC	II
República Dominicana-4	Reorganización de servicios locales de salud pública	1953	OSP	UNICEF	HHP	II
República Dominicana-5	Preparación del Código Sanitario (estudio del consultor a corto plazo)	1954	OSP		HHP	II



## Lista de Proyectos (continuación)

No. del Código	Título	Año en que comenzó	Fondos	Organismo cooperador	Servicio Técnico	Zona
República Dominicana-52	Control de enfermedades venéreas	1953	OSP		HCD	II
Trinidad-1	Vacunación con BCG	1952	OMS	UNICEF	HCD	I (FOC)
Uruguay-51	Control de artrópodos	1948	OSP		HOC	VI
Venezuela-4	Administración de salud pública - Becas	1954	AT/NU		EFS	IV
AMRO-1	Adiestramiento en saneamiento del medio (México, Brasil, Chile)	1952	OMS		EPE	WO
AMRO-6	Misión Conjunta para poblaciones indígenas	1952	AT/NU	OIT UNESCO	HHP	WO
AMRO-7	Control de insectos (Centro América y Panamá)	1950	AT/NU	UNICEF	HOC	I (FOC)
AMRO-8	Control de insectos (Area del Caribe)	1949	AT/NU	UNICEF	HOC	I (FOC)
AMRO-10	Centro Interamericano de Bioestadística	1952	AT/NU	Ofic. Estadist. NU/FOA	HCD	WO-IV
AMRO-13.2	Seminario de ingeniería sanitaria (Centro América)	1954	OMS		EPE	III
AMRO-18	Enseñanza médica y de salud pública (México)	1953	OMS		EPE	WO
AMRO-21	Laboratorio de enfermedades venéreas y centro de adiestramiento (Centro América)	1946	OMS		EPE	III
AMRO-26.2	Curso de adiestramiento sobre brucelosis	1954	OMS		EPE	II
AMRO-29	Antropología cultural	1953	OMS		HHP	III
AMRO-31	Estadístico (BCG)	1952	OMS		HCD	WO
AMRO-35	Becas (sin especificar)	1953	OSP		EFS	WO

## Lista de Proyectos (continuación)

No. del Código	Título	Año en que comenzó	Fondos	Organismo cooperador	Servicio Técnico	Zona
AMRO-43	Control de la hidatidosis	1953	OSP		HCD	VI
AMRO-46.4	Seminarios sobre plan de estudios de enfermería (México)	1954	OSP		EPE	II
AMRO-47	Erradicación de la frambesia y control de la sífilis (Area del Caribe)	1954	AT/NU		HCD	I(FOC)
AMRO-54	Ayuda al INCAP	1949	OSP	FK	HHP	III
AMRO-57	Estudios sobre la fiebre amarilla	1952	OSP	GML	HCD	III
AMRO-60	Erradicación de la viruela	1951	OSP		HCD	WO
AMRO-61	Control de la rabia	1952- 1953 1954	OSP		HCD	II
AMRO-64-2	Seminario de ingeniería sanitaria	1954	OMS		EPE	IV
AMRO-71.2	Curso de adiestramiento en técnicas de erradicación del <i>A. aegypti</i>	1954	OSP		EPE	II
AMRO-72	Higiene dental	1954	OSP	FK	HHP	WO
AMRO-74	Investigaciones sobre la peste	1954	OSP		HCD	IV
AMRO-76	Pruebas de vacunas	1954	OMS		HCD	WO
AMRO-77	Centro Panamericano de Fiebre Aftosa	1951	OEA/AT		HCD	V
AMRO-78	Estudio sobre la malaria en las Américas	1954	OSP		HOC	WO
AMRO-79	Curso de adiestramiento para escribientes de estadística	1954	OSP		HCD	I(FOC)
AMRO-83	Control del tifo (Bolivia, Perú)	1954	OSP	UNICEF	HCD	IV
AMRO-87	Bocio endémico	1950	OMS		HHP	WO
AMRO-88	Asesor en la erradicación del <i>A. aegypti</i>	1954	OSP		HOC	WO

## Lista de Proyectos (continuación)

No. del Código	Título	Año en que comenzó	Fondos	Organismo cooperador	Servicio Técnico	Zona
AMRO-89	Becas en varias especialidades sanitarias para estudios en el Brasil (facilitadas por su Gobierno)	1954	AT/NU		EFS	WO
Inter-Regional-7	Pruebas de campo en el tratamiento de la rabia	1952	OMS	USPHS	HOC	
Inter-Regional-8	Centros de Brucelosis (Argentina, México, Estados Unidos)	1951	OMS		HCD	
Inter-Regional-10	Centros de Influenza	1948	OMS		HCD	
Inter-Regional-13	Centro Internacional de Shigelosis	1954	OMS		HCD	
Inter-Regional-14	Poliomielitis	1954	OMS		HCD	
Inter-Regional-15	Estandarización de las pruebas de virus y de rickettsia	1954	OMS		HCD	

## APENDICE II

Otras Conferencias y Reuniones a que  
asistieron uno o más miembros del personal durante el año 1954

Fecha	Lugar	Reunión
11-23 enero	Panamá, Panamá	OIT - Seguridad Social, Seminario sobre
12 enero - 2 febrero	Ginebra, Suiza	OMS - Consejo Ejecutivo, 13a Reunión
19 enero	Washington, D. C.	Leptospirosis, Simposio sobre, Escuela para Graduados, de los Servicios Médicos del Ejército
19 febrero	Washington, D. C.	Abastecimiento de alimentos, Subcomité sobre (Consejo Nacional de Investigaciones de EE. UU. de A.)
23 febrero	Washington, D. C.	Vectores y Reservorios animales de las enfermedades, Subcomité sobre (Consejo Nacional de Investigaciones).
23 febrero	Washington, D. C.	Control de insectos y de roedores, Subcomité sobre (Consejo Nacional de Investigaciones).
28 febrero- 1 marzo	Chicago, Illinois	Triquinosis, Segunda Conferencia Nacional de
1-13 marzo	México, D.F., México	OSP/OMS - Brucelosis, Curso de adiestramiento para el Area del Caribe, sobre la
1-27 marzo	Caracas, Venezuela	OEA - Décima Conferencia Interamericana
2 marzo	Caracas, Venezuela	OEA - Comité de Coordinación de la Asistencia Técnica, 24a Reunión
17-24 marzo	San José, Costa Rica	OSP/OMS - Ingeniería Sanitaria, Seminario Centroamericano de
3-10 abril	São Paulo, Brasil	Medicina veterinaria, Segundo Congreso Panamericano de
7-9 abril	Albuquerque, Nuevo México	Asociación Fronteriza Mexicana - Estadounidense de Salubridad, 12a Reunión Anual

Otras Conferencias y Reuniones a que  
asistieron uno o más miembros del personal durante el año 1954 (Cont.)

Fecha	Lugar	Réunion
8-9 abril	Cincinnati, Ohio	La Salud Humana y el Saneamiento del Medio, Simposio sobre (Ceremonia de dedicación del Centro de Ingeniería Sanitaria Robert A. Taft)
21 abril	St. Petersburg, Florida	Asociación Americana de Salud Pública - Sección Sur, Comité de Salubridad Interamericano
4-21 mayo	Ginebra, Suiza	OMS - Séptima Asamblea Mundial de la Salud
13-16 mayo	Buenos Aires, Argentina	Pediatría, Jornadas Argentinas de
17-22 mayo	París, Francia	Office International des Epizooties, 22a Asamblea Anual
17-27 mayo	Caracas, Venezuela	OSP/DMS/Gobierno de Venezuela - Ingeniería Sanitaria, Seminario para Países Sudamericanos
24-29 mayo	Trinidad	Asociación de Veterinaria de los Territorios Británicos del Caribe, Reunión de la
27-28 mayo	Ginebra, Suiza	OMS - Consejo Ejecutivo, 14a Reunión
27-30 mayo	Tegucigalpa, Honduras	Venereología, Quinto Congreso Centroamericano de
15-18 junio	Washington, D. C.	Asociación de Bibliotecas Médicas, 53a Reunión Anual
21-25 junio	San Francisco, California	Asociación Americana de Medicina, 103a Reunión Anual
8-16 julio	Panamá, Panamá	FOA - Servicio de América Latina, División de Salud Pública
21-24, 26 julio	Washington, D. C.	OEA - Comité de Coordinación de la Asistencia Técnica, 25a Reunión
23-29 julio	São Paulo, Brasil	Cáncer, Sexto Congreso Internacional del.

Otras Conferencias y Reuniones a que  
asistieron uno o más miembros del personal durante el año 1954 (Cont.)

Fecha	Lugar	Reunión
25-31 julio	São Paulo, Brasil	Ingeniería Sanitaria, Cuarto Congreso Interamericano de
1-7 agosto	São Paulo, Brasil	Pediatría, Cuarto Congreso Panamericano de
14-21 agosto	Toronto, Canadá	Salud Mental, Quinto Congreso Internacional de
23-26 agosto	Santiago, Chile	Tisiología, Conferencia Nacional de
23-26 agosto	Seattle, Washington	Asociación Americana de Medicina Veterinaria, 91a Reunión Anual
29 agosto - 1 septiembre	Saskatoon, Canadá	Enfermedades en la Naturaleza Transmisibles al Hombre, Conferencia Internacional sobre
1-10 septiembre	Buenos Aires, Argentina	FAO - Agricultura y Nutrición en América Latina, Tercera Reunión Regional sobre programas y planes futuros de
7-12 septiembre	Quebec, Canadá	Asociación Internacional Católica de Enfermeras y Asistentes Médicosociales, Congreso Reglamentario
9 septiembre	Washington, D. C.	Abastecimiento de alimentos, Subcomité sobre (Consejo Nacional de Investigaciones)
12-17 septiembre	Washington, D. C.	Cardiología, Segundo Congreso Mundial de
28 septiembre	Washington, D. C.	Comité sobre Ingeniería Sanitaria y Saneamiento del Medio (Consejo Nacional de Investigaciones)
1-6 octubre	Leopoldville, Congo Belga	OMS Oncocercosis, Conferencia Africana sobre
7 octubre	Washington, D. C.	Programa de Estudios de la Influenza (Comité Asesor de EE.UU. de A.)
11-15 octubre	Búffalo, N. Y.	Asociación Americana de Salud Pública, 82a Reunión Anual de la
25 octubre - 2 noviembre	Ginebra, Suiza	OMS - Comité de Cuarentena Internacional, Segunda Reunión

**Otras Conferencias y Reuniones a que  
asistieron uno o más miembros del personal durante el año 1954 (Cont.)**

Fecha	Lugar	Reunión
26 octubre- 2 noviem- bre	Ginebra, Suiza	FAO/OMS - Nutrición, Cuarta Reunión del Comite de Expertos en
3-6 noviembre	Memphis, Tennessee	Sociedad Americana de Medicina e Higiene Tropical, Reunión Anual de la
3-11 noviem- bre	Montevideo, Uru- guay	UNESCO - Consejo Ejecutivo, 39a Reunión
3 noviembre- 14 diciembre	Mexico, D. F.	OSP - Enseñanza de Enfermería, Seminario sobre
6-10 noviem- bre	Río de Janeiro, Brasil	UNESCO - Reunión de Jefes de Misión Latinoamericanos
8-13 noviem- bre	San Salvador, El Salvador	Trabajo y bienestar social, Primer Congreso Nacional del
8-30 noviem- bre	Montevideo, Uru- guay	Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), Seminario sobre los programas de Asistencia Técnica
12 noviembre- 11 diciembre	Montevideo, Uru- guay	UNESCO - Conferencia General, Octava Reunión de la
18 noviembre	Washington, D. C.	Abastecimientos de aguas, Subcomité sobre (Consejo Nacional de Investiga- ciones)
26-28 noviem- bre	San Salvador, El Salvador	VI Congreso Sanitario Nacional
1-8 diciembre	São Paulo, Brasil	III Congreso Panamericano de Farmacia y Bioquímica
5-7 diciembre	Managua, Nicaragua	INCAP - V Reunión del Consejo
6-10 diciem- bre	Washington, D. C.	Asociación de Funcionarios de Salud Pública de los Estados y Territorios, Reunión Anual de la
6-17 diciem- bre	Lima, Perú	OIT - Trabajo femenino, Reunión Técnica Latinoamericana sobre la utilizacion del
9-13 diciem- bre	San Salvador, El Salvador	Pediatría, II Congreso Centroamericano de

## INDICE

	Página		Página
A			
<i>Abstracts of World Medicine</i>	126	Africa, mortalidad	74
<i>Aedes aegypti</i> , erradicación	7, 9, 22, 31, 35, 36, 37, 38, 39, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 48, 49, 76, 159, 167	Agua, abastecimiento, Bolivia	81
Anguilla	44	instalaciones, adiestramiento,	
Antigua	44	becas	82
Argentina	43, 48	curso	82
Aruba	44	Perú	82
Bahamas	44	funcionamiento de sistemas, cursos	18
Barbados	44	pura, base de la salud, lema del	
Belice	45	Día Mundial de la Salud	78
Bermuda	44	V. también Ingeniería Sanitaria.	
Bolivia	43	Alaska, hidatidosis	35
Brasil	43	Alcoholismo, investigaciones	19, 97
Caribe	44	Alimentos, leche en polvo	83
Colombia	48	experimentos, Instituto de	
consultores, Oficina Sanitaria		Nutrición de Centro América	
Panamericana	44, 46, 47, 48	y Panamá	95
Costa Rica	43	V. también Nutrición.	
Cuba	43	<i>Alouatta palliata</i> , fiebre amarilla,	
Curazao	44	Honduras	39
Dominica	44	América Central, población	83
Ecuador	43	América del Norte, mortalidad	74
El Salvador	45	población	83
Estados Unidos	43	América del Sur, hidatidosis	35
Granada	44	mortalidad	74
Guatemala	45	población	83
Guayana Británica	44	América Latina, enfermería, escuelas	92, 107
Guayana Francesa	44	medicina y salud pública, escuelas,	
Haití	47	mapa	104
Honduras	45	saneamiento del medio, proyectos	82
informes, guía para su preparación,		<i>American Journal of Public Health</i>	125, 126
publicación	78	Américas, becas concedidas, por	
Islas de Sotavento	44	país de origen y por país o	
Islas Vírgenes	44	región de estudios	113
Jamaica	44	esquistosomiasis	34
México	43	influenza, centros	68
Nicaragua	45	malaria	41
Nieves	44	población total y distribución por	
Panamá	45	grupos de edades	83
Paraguay	48	zonas no protegidas y población	
Perú	43	expuesta, cuadro	42
Puerto Rico	44	peste	31
República Dominicana	47	situación sanitaria	25-26
San Cristóbal	44	viruela	65
San Vicente	44	Anguilla, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	44
Santa Lucía	44	<i>Anopheles aztecus</i> , colonia	80
Surinam	44	<i>Anopheles darlingi</i>	41
técnicas, adiestramiento, cursos	46	<i>Anopheles gambiae</i>	7, 35
Trinidad	44	Anquilostomiasis	30, 33, 59
Uruguay	43, 48	Paraguay, programa	59
		Antigua, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	44
		Antropología cultural	72, 97, 122



	Página		Página
Argentina, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	43, 48	Bolivia, becarios	113
becarios	113	enfermería	110
brucelosis, centro de investigación	51	proyectos	93
enfermería, escuelas	107	estadística, becarios	79
estadística, becarios	79	malaria	48
hidatidosis	50	mortalidad	84
influenza, centros	68	infantil	84
malaria	41	natalidad	84
adiestramiento	42	peste, comisión tripartita de	
medicina preventiva, profesores,		salubridad fronteriza	60
becas de viaje	105	consultor	61
mortalidad	84	población	84
infantil	84	indígena, altiplanicies andinas,	
natalidad	84	estudios	121
población	84	tifo, control, DDT	55
viruela	65	viruela	65
Aruba, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	44	Brasil, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	43
Asia, mortalidad	74	<i>Anopheles gambiae</i> , desaparición	7
Asistencia social, El Salvador	98	becarios	113
Asociación y licenciatura	103	cooperación, Oficina Sanitaria	
Asociación Americana, Facultades de		Panamericana	4
Medicina	103	difteria, vacunación	54
Aureomicina, síndrome pluricarenal		educación sanitaria	91
infantil	95	enfermedades endémicas, zonas rurales,	
		consultor	99
		enfermería, congreso regional	110
		escuelas	107
		esquistosomiasis	34
		estudios	55
		estadística, becarios	29
		fiebre aftosa, centro panamericano,	
		actividades	18, 68
		control, cursos	18, 68
		fiebre amarilla	7
		vacunas, producción, cooperación	
		de la Oficina Sanitaria Panamericana	31
		frambesia, control	91
		higiene materno-infantil, servicios	91
		influenza, centro	68
		ingeniería sanitaria, cursos, becarios	82
		malaria	7, 42, 47
		adiestramiento	42
		mortalidad	84
		infantil	84
		natalidad	84
		población	84
		salud pública, administración, becas	91
		saneamiento del medio, programa	91
		tracoma, control	91
		venéreas, adiestramiento, cursos	56
		serología, cursos	118
		viruela	65
		Bromatología, recomendaciones	96
<b>B</b>			
Bahamas, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	44		
Barbados, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	44		
enfermería, proyectos	93		
Basuras, eliminación, Guatemala	82		
Becas	13, 20, 42, 113		
Américas, por país de origen y por			
país o región de estudios	113		
campos de estudio	102, 116, 117		
distribución y fines	102, 114		
visado para estudios en Estados Unidos	118		
Belize, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	45		
tuberculosis, control	62		
Bermuda, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	44		
Bienestar humano, promoción	9		
Bioestadística, adiestramiento, cursos	79		
centro interamericano, Santiago,			
desarrollo	17, 79		
Black Flies ( <i>Simuliidae</i> ) and their			
Relationship to the Transmission of			
Onchocerciasis in Guatemala, publi-			
cación subvencionada por la Oficina			
Sanitaria Panamericana	49		
Bocio endémico	72, 95		
Bolivia, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	43		
agua, abastecimiento	81		

	Página		Página
Brucelosis	30, 33, 50	Costa Rica, enfermería, congreso regional	110
adiestramiento, seminarios,	50	labor realizada	109
centro internacional	19	estadística, becarios	79
centros de investigación	33, 51	ingeniería sanitaria, seminario	82
cursos	18	malaria, adiestramiento	42
		mortalidad	84
		infantil	84
		natalidad	84
		población	84
		poliomyelitis	67
		tuberculosis, control	62
		Cuarentena	12
		Cuba, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	43
		alimentos, reglamento	96
		becarios	113
		bromatología, proyecto terminado	96
		enfermería, escuelas	107
		estadística, becarios	79
		fiebre amarilla, convenio con la	
		Oficina Sanitaria Panamericana	46
		influenza, observador	68
		sanidad, código	96
		Curazao, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	44
		Chile, becarios	113
		bioestadística, centro	
		interamericano	17, 79
		cursos, obtención de licenciatura	78
		brucelosis, seminario	50
		Comité Ejecutivo, Oficina	
		Sanitaria Panamericana, reunión	143
		de enfermedades transmisibles,	
		notificación, seminario	76
		enfermería, escuelas	107
		especializada, cursos, organización	112
		estadística, becarios	79
		cursos	79
		recomendaciones	78
		hidatidosis	50
		influenza, centros	68
		malaria	41
		mortalidad	84
		infantil	84
		natalidad	84
		peste, comisión tripartita de	
		salubridad fronteriza	60
		población	84
		prematuros, cuidados, centro de	
		demostración y adiestramiento	88
		psiquiatría, profesor, beca	105
		registro civil, directores de	
		oficinas, seminario	79
		sanidad, inspectores, cursos	82

## C

Canadá, becarios	113
influenza, centros	68
mortalidad	84
infantil	84
natalidad	84
población	84
Caribe, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	44
esquistosomiasis	34
fiebre amarilla, casos, 1948-1954, mapa	35
frambesia	56
sífilis	56
Centro América y Panamá, Instituto	
de Nutrición	20, 22
fiebre amarilla, casos, 1948-1954, mapa	35
Centro de salud de Ica, publicación	97
Código Sanitario Panamericano	1
Colombia, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	48
becarios	113
enfermería, escuelas	108
obstétrica, curso	88
proyectos	93
estadística, becarios	79
fiebre amarilla, casos	38
vacunas, producción, cooperación	
de la Oficina Sanitaria Panamericana	31
higiene maternoinfantil, proyectos	88
malaria	42, 48
adiestramiento	42
mortalidad	84
infantil	84
natalidad	84
población	84
salud, centro docente	88
tuberculosis, BCG, campaña	63
viruela	65
Conferencia interamericana, décima	124
Conferencia Sanitaria Panamericana,	
XIV, Chile	1, 74, 123
V. también bajo Oficina Sanitaria	
Panamericana.	
Conferencias, discusiones técnicas	102, 123
participación	102, 123
Costa Rica, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	43
becarios	113

	Página		Página
Chile, tuberculosis, instituto de bacteriología viruela	64 65	Ecuador, peste, consultor control salud pública, laboratorios tuberculosis, BCG producción cursos internacionales departamento patológico, adiestramiento y planificación servicio nacional, reorganización venéreas, consultor control viruela	61 61 97 63 63 63 63 57 57 65
<b>D</b>			
Defunción, causas principales, América del Norte, 1952 América del Sur, 1952	77 77	Educación, higiene del pueblo médica, centro de información, OSP profesional, cooperación de la Oficina Sanitaria sanitaria del público, cursos principios fundamentales proyectos de campo seminarios zonas rurales, recomendaciones, XIV Conferencia Sanitaria Panamericana	13, 73 17, 20, 103 17, 102, 103 18 102, 118 102, 120 120 141
Día de las Naciones Unidas, celebración	132	El Salvador, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación antropología, estudios asistencia social becarios enfermeras, adiestramiento estadística, becarios malaria adiestramiento mortalidad infantil natalidad población salud pública, actividades, coordinación sanidad, inspectores, adiestramiento zona de demostración sanitaria, actividades	45 97, 122 98 113 97 79 42 42 84 84 84 84 73 97 97
Día Mundial de la Salud	78, 92, 107, 132	Enfermedades, clasificación estadística internacional, centro latinoamericano bacterianas incidencia, nivel cero ofensiva parasitarias transmisibles control enfermería, cursos notificación, procedimientos básicos, publicación recomendaciones, seminario, Chile	17, 20, 103 17, 102, 103 18 102, 118 102, 120 120 141 45 97, 122 98 113 97 79 42 42 84 84 84 84 73 97 97
Diarrea, amamantamiento, como protección educación sanitaria, necesidad excreta, eliminación, importancia morbilidad y mortalidad, análisis, Oficina Sanitaria Panamericana moscas, control recomendaciones rehidratación por vía bucal	83 86 86 78 86 85, 141 86	internacional	19
Difteria	30, 54		
vacunas, servicio de ensayo	54		
Dominica, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	44		
Drogas toxicomanígenas, control internacional	19		
<b>E</b>			
<i>Echinococcus granulosus</i> , ciclo de vida, esquema	34		
Ecuador, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación becarios enfermería, escuelas estadística, becarios higiene, instituto nacional, cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana materno infantil, programa malaria, adiestramiento becas mortalidad infantil natalidad nutrición, instituto nacional, cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana población indígena, altiplanicies andinas, estudios	43 113 108 79 98 87 42 42 84 84 84 95 84 121		

	Página		Página
Enfermedades, virales, no transmitidas por mosquitos	30, 65	Estados Unidos, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	43
Enfermeras, escasez	92	becarios	113
estudios de ampliación, cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana	18	visas, problemas	118
homenaje	72, 92, 132	brucelosis, investigaciones	51
internacionales, salud pública, labores realizadas	92	Comité Ejecutivo, Oficina Sanitaria Panamericana, reunión	143
rural, películas de las Naciones Unidas	134	cooperación, Oficina Sanitaria Panamericana	4
Enfermería	72, 92, 107-112	Día de las Naciones Unidas, celebración	132
becas	108	difteria	54
Boletín, Oficina Sanitaria Panamericana, artículos	108	enfermeras, escasez	92
congresos regionales	110	fiebre amarilla, conferencia	22
consultoras	108	influenza, observador	68
Día Mundial de la Salud	107	malaria	9, 41
enfermedades transmisibles, cursos	112	adiestramiento	42
enseñanza	102, 107	mortalidad	84
escuelas, América Latina	92, 107	infantil	84
especializada, progresos	112	natalidad	84
glosario de términos, publicación	108	población	84
obstétrica, curso	88	rabia, frontera mexicana-estadounidense, coordinación	53
seminarios	110	tuberculosis	32
Enteritis, datos estadísticos, análisis, Oficina Sanitaria Panamericana	78	viruela	65
Epidemiología, informe semanal, publicación de la Oficina Sanitaria Panamericana	19, 75, 129	Europa, mortalidad	74
información	73	F	
Erradicación, técnicas	7	Farmacopea internacional, publicación	19
programas, importancia	7, 8, 9, 11	Fiebre aftosa	30, 34, 68
Esquistosomiasis	30, 32, 55	adiestramiento	18, 68
Américas	34	centro panamericano	18, 68, 171
consultor	55	Fiebre amarilla	31, 35
Estadísticas sanitarias	72, 73, 74	Brasil	7, 38
adiestramiento y educación, preparación especial	78	Colombia	38
becas, OSP-OMS	79	conferencia, Estados Unidos	22, 36
consultor, zonas II y III, Oficina Sanitaria Panamericana	78	convenio, Cuba y Oficina Sanitaria Panamericana	46
datos de morbilidad y mortalidad, países americanos, resumen de informes de estados miembros	75	erradicación	7, 30
países americanos, recomendaciones	6, 7	Honduras	37, 38, 39
programas, preparación	72, 76	nuevo vector, posibilidades, estudio de la Oficina Sanitaria Panamericana y el Gorgas Memorial Laboratory	40
publicación trimestral, Oficina Sanitaria Panamericana	76, 129	Panamá	37
resoluciones, XIV Conferencia Sanitaria Panamericana	74, 141	Perú	38
servicios consultivos, Oficina Sanitaria Panamericana	78	resolución, Sociedad Americana de Medicina e Higiene Tropical	37
		Trinidad	20, 37, 38
		vacunas, producción, cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana	31
		Venezuela	36, 38, 39

	Página		Página
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, cooperación con la Oficina Sanitaria Panamericana	20, 41	Guayana Británica, tuberculosis viruela	64 65
Frambesia, control, Brasil	91	Guayana Francesa, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	44
desaparición	8, 32, 56	malaria	41
Haití	32, 56		
penicilina	32		
Fundación Interamericana de Estudios Médicos Postgraduados, Chicago	165		
Fundación Kellogg, cooperación con la Oficina Sanitaria Panamericana	20, 22, 96, 103	H	
Fundación Nacional contra la Parálisis Infantil (Estados Unidos), relación con la Oficina Sanitaria Panamericana	67	<i>Haemagogus spegazzinii</i> falco, fiebre amarilla selvática	16, 39, 40
Fundación Rockefeller, cooperación con la Oficina Sanitaria Panamericana	20, 103	Haití, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	47
		becarios	113
G		enfermería, escuelas	108
<i>Gorgas Memorial Institute</i>	23	organización	93
Granada, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	44	estadística, becarios	79
frambesia, erradicación, anteproyecto	59	fisiología, profesor, beca	105
tuberculosis, vacunación	64	frambesia	32, 57
Guatemala, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	45	influenza, observador	68
agua, abastecimiento, instalaciones, curso	82	malaria	42, 47
antropología, estudios	97, 122	salud pública, laboratorios	97
basuras, eliminación	82	sífilis, control	58
becarios	113	venéreas, consultor	58
bocio endémico	95	Hidatidosis	30, 35, 50
enfermería, escuelas	108	cooperación, Oficina Sanitaria Panamericana	50
estadística, becarios	79	Hidrazida del ácido isonicotínico, estudios, Paraguay,	65
malaria, comisión nacional	45	Higiene, instituto nacional, Ecuador	98
Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, edificio nuevo	148	institutos nacionales, servicio de salud pública, Estados Unidos	34
mortalidad	84	internacional, división del Servicio de Salud Pública, Estados Unidos	103
infantil	84	maternoinfantil	72, 83
natalidad	84	proyectos en ejecución	87
oncocercosis	49	mental	72, 73, 97
población	84	mortalidad infantil	72, 84
sal, yodación	95	normas generales, OSP	72, 85
salud pública, servicios, reorganización	99	programas simultáneos	72, 83
venéreas, laboratorio y centro de adiestramiento	56	proyectos en ejecución	72, 87
viruela	65	Honduras, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	45
Guayana Británica, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	44	antropología, estudios	97, 122
malaria	41, 42	becarios	113
		bocio endémico	95
		fiebre amarilla	37, 38, 39
		mapa	40
		mortalidad	84
		infantil	84
		natalidad	84
		población	84

	Página		Página
I		M	
Infancia, Fondo de las Naciones		Malaria, adiestramiento, personal	42
Unidas para la Infancia, actividades	20	Américas	41
mortalidad	72, 83	recomendaciones, XIV Conferencia	
Influenza	30, 67	Sanitaria Panamericana	141
Américas, centros	68	becas	42
centro internacional	19	Brasil	42
virus, muestras remitidas al		Bolivia	42, 47
Laboratorio de Referencia, New York	68	Colombia	42, 48
Ingeniería sanitaria, cursos	18, 82	consultor especial, Oficina	
seminario, Costa Rica	82	Sanitaria Panamericana	43, 47
Insecticidas, BHC	41	convenio, México y Oficina	
clordano	41	Sanitaria Panamericana	47
DDT	7, 32, 42, 46, 47, 55	reunión, proyectos	106
dieldrin	41	El Salvador	42
Insectos, control, cursos	18	erradicación	7, 30, 35, 41
programas	30, 35, 43, 80, 86	Guayana Británica	41, 42
Instituto Carlos Finlay	23, 41	Haití	42, 47
Instituto de Asuntos Interamericanos,		México	42
programas de salud pública	20, 103	morbilidad y mortalidad	78
Instituto de Educación Internacional,		notificación, métodos estandar	45
Nueva York	165	Paraguay	42
Instituto de Nutrición de Centro		Perú	42
América y Panamá, convenio		Republica Dominicana	47
básico, ratificación	148	resolución, Oficina Sanitaria	
edificio nuevo	22, 148	Panamericana	44
labores	20, 22, 94	Medicina, educación, centro de	
Instituto Oswaldo Cruz	41	información, creación	103
Islas de Barlovento, proyectos	180	escuelas, América Latina, mapa	104
Islas de Sotavento, <i>Aedes aegypti</i> ,		enseñanza	102, 103
erradicación	44	preventiva, adiestramiento,	
Islas Vírgenes, <i>Aedes aegypti</i> ,		becas de viaje	105
erradicación	44	México, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	43
J		becarios	113
Jamaica, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	44	brucelosis, centro	51
bioestadística, adiestramiento, cursos	79	seminario	50
influenza, centros	68	educación sanitaria del público,	
poliomielitis	67, 79	seminario	120
venéreas	59	enfermería, congreso regional	110
<i>Journal, American Medical Association</i>	126	seminario	110
L		servicios	91
Lepra	30, 32, 60	estadística, becarios	79
Paraguay	60	higiene maternoinfantil, servicios	91
sulfonas	32	influenza, centros	68
Ley <i>Smith-Mundt</i> (Estados Unidos),		ingeniería sanitaria, cursos	82
aplicación a becarios	118	malaria	42
		convenio con la Oficina Sanitaria	
		Panamericana	47
		mortalidad	84
		infantil	84
		natalidad	84
		oncocercosis	49

	Página	0	Página
México, población	84		
poliomielitis	67		
rabia	52		
frontera estadounidense-			
mexicana, coordinación	53		
salud pública, centros	91		
venéreas, adiestramiento, centro	58		
viruela	65		
Mortalidad, por continente	74		
infantil, mundial	85		
maternoinfantil, análisis, Oficina			
Sanitaria Panamericana	78		
Moscas, control y oncocercosis	30		
diarreas agudas, reducción	86		
negra, control	49		
Mosquitos, como vectores	30, 35		
Murciélagos vampiros y rabia	52		
<b>N</b>			
Naciones Unidas, Consejo Económico			
y Social, programa ampliado de			
asistencia técnica	18, 21, 41,		
	56, 121, 174		
Narcóticos, investigaciones	19		
Nicaragua, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	45		
antropología, estudios	97, 122		
becarios	113		
enfermería, proyectos	93		
estadística, becarios	79		
Instituto de Nutrición de Centro			
América y Panamá, ingreso	22		
mortalidad	84		
infantil	84		
natalidad	84		
población	84		
salud pública, laboratorios	97		
saneamiento rural, proyecto	83		
sanidad, zonas rurales,			
reorganización	99		
Nieves, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	44		
Nightingale, Florencia, homenaje	92		
Nutrición	73, 94		
animales, estudios	95		
Instituto de Nutrición de Centro Amé-			
rica y Panamá, carácter permanente	148		
edificio nuevo	22, 148		
labores	20, 22, 94		
encuestas dietéticas	94		
programas	94		
Instituto Nacional, Ecuador	96		
Oceanía, mortalidad			74
Odontología, salud pública			72, 96
Oficina Sanitaria Panamericana			
actividades, 1954			23, 25
acuerdo, Organización Mundial			
de la Salud			1
administración, división			154
asistencia técnica, aportación			
financiera del programa de las			
Naciones Unidas			175
becas concedidas		17, 18,	113
Biblioteca, estadística 1950-54			151
Boletín, su publicación y			
distribución			15, 125
campañas educativas			102, 135
carta de crédito, consultores			156
código sanitario panamericano			1
protocolo anexo, ratificación			147
Comité Ejecutivo, elecciones			143
funciones			2
miembros			146
reuniones			143
Conferencia Sanitaria Panamericana,			
XIV, Santiago, Chile	1, 74, 123,		141
administración y finanzas			141
asuntos jurídicos			141
discusiones técnicas			141
informes			141
importancia y funciones			1, 2
resoluciones			141
XIII Conferencia Sanitaria Pan-			
americana, Ciudad Trujillo			1
conferencia, sección			152
y reuniones, asistencia de			
miembros del personal, 1954			185-188
cooperación con otros organismos			20, 81
coordinación, oficina			153
Consejo Directivo, funciones			2
reuniones, asistencia			144, 145
VIII reunión, temas para			
discusiones técnicas			124
constitución de 1947			2, 3
comité permanente de revisión,			
reuniones			147
consultores, salud pública			13
Director, oficina			149
reelección			143
edificio sede			157
educación, actividades			13
médica, centro de información			17, 20, 103
adiestramiento			103, 163

	Página		Página
Consejo Directivo, estadísticas sanitarias,		Consejo Directivo, salud pública, división	
estados miembris	5, 6	planificación	162
fiebre amarilla, convenio con Cuba	46	proyectos, 1954, clasificados por	
fondos, cuotas	173	campos de actividad	160
fotografías	102, 135	servicio de enfermedades	
gastos, por procedencia de fondos	174	transmisibles	159
funcionarios, número	1, 7	servicio de fomento de salud	159
información pública, oficina	154	servicio de saneamiento del medio	159
Informe anual, 1953	1	Secretario General, oficina	150
informe cuadrienal, 1947-1950	2	servicios prestados	19
cuadrienal, 1950-1953	1, 123	Subdirector, nombramiento	143
unificación	5	oficina	149
informes epidemiológicos semanales,		subsidios de viaje, profesores	
servicios prestados	19, 129	de escuelas	17
informes, resumen, estados		traducciones, unidad	152
miembros 1950-1953	1	UNICEF, ayuda financiera	176
uniformidad, necesidad	5	Oncocercosis y control de moscas	30, 49
labor informativa	102, 125	Organización de Estados Americanos	2
exposiciones y otros medios	102, 130	Organización Internacional del Trabajo	121
prensa, radio y televisión	102, 132	Organización Mundial de la Salud,	
solicitudes	102, 134	acuerdo con OSP	1
longevidad	4	Asamblea, séptima	124
malaria, convenio con México	47	Consejo Ejecutivo, 13ª y 14ª reunión	124
medicina, educación, centro de		Crónica, traducción al español y	
información	17, 20, 103	publicación de la Oficina	
Oficinas de Zona	166	Sanitaria Panamericana	15
Zona I, Washington	167	Noticiero, publicación	129
Oficina de campo del Caribe	167	oficina regional	1
Oficina de campo de El Paso	167	reglamento sanitario internacional	19
Zona II	168	servicios técnicos, administrados	
Zona III	169	por OSP	19
Zona IV	170	Organización Sanitaria Panamericana,	
Zona V	171	constitución	1, 2, 4
Zona VI	172	órganos directivos	2
organizaciones internacionales,		conferenciantes	102, 134
colaboración	2		
organización y administración	140		
participación en otras conferencias	124		
personal, adiestramiento	17		
presupuesto	1, 7		
programas, fondos	2		
y presupuesto	143		
proyectos, como consecución de			
objetivos sanitarios	19		
lista	177		
películas	102, 134		
publicaciones especiales	102, 125, 127		
periódicas	102, 125		
reuniones, celebración e importancia	15		
participantes, 1954	142		
salud pública, división	158		
asesoramiento, acuerdo con			
representates de zona	162		
		P	
		Panamá, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	45
		antropología, estudios	97, 122
		becarios	113
		estadística, becarios	79
		fiebre aftosa, centro panamericano	
		cursos	18, 68
		fiebre amarilla	37
		Instituto de Nutrición de Centro	
		América y Panamá	20, 27
		malaria, adiestramiento	42
		mortalidad	84
		infantil	84
		natalidad	84



	Página		Página
Panamá, población	84	Perú, población	84
salud pública, actividades, coordinación	73	indígena, altiplanicies andinas,	
laboratorios	97	estudios	121
sangre, bancos, asesoramiento	97	salud pública, centro de	
sanidad, condiciones del país,		demostración y adiestramiento	99
compilación	100	laboratorios	97
servicios, coordinación	100	tifo, control, DDT	55
Paraguay, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	48	vacuna, experimento	54
anquilostomiasis, control	59	viruela	65
becarios	113	Peste	30, 31, 60
enfermería, escuelas	108	comisión tripartita de salubridad	
organización	93	fronteriza	60
estadística, becarios	79	Población, Américas	83
higiene maternoinfantil, programa	88	Poliomielitis	30, 67
lepra, consultor	60	centro internacional	19
control	60	centros regionales, desarrollo,	
malaria	42	funciones	67
adiestramiento	42	Jamaica	67, 79
mortalidad	84	Prematuros, cuidados, centro de	
infantil	84	demostración y adiestramiento	88
natalidad	84	Prensa, propaganda de la OSP	132
población	84	Productos biológicos, estandarización	19
profesor visitante, Oficina		Proyectos, Oficina Sanitaria	
Sanitaria Panamericana	123	Panamericana	19, 177
salud pública, actividades,		AMRO-1	106, 182
coordinación	74	AMRO-6	182
laboratorios	97	AMRO-7	44, 182
tuberculosis, BCG, campañas	64	AMRO-8	44, 182
laboratorio de diagnóstico,		AMRO-10	79, 105, 182
instalación	64	AMRO-13.2	82, 182
venéreas, control	56, 57	AMRO-18	105, 182
viruela, casos	65	AMRO-21	56, 182
vacunación	59	AMRO-26.2	50, 182
Pediatría, educación, encuesta	107	AMRO-29	122, 182
proyectos	107	AMRO-31	64, 182
Penicilina, frambesia	32	AMRO-35	182
Perú, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	43	AMRO-43	50, 183
agua, tratamiento	82	AMRO-46.4	110, 183
becarios	113	AMRO-47	56, 183
centro de salud de Ica, historia	97	AMRO-54	94, 183
difteria, vacunación, campaña	54	AMRO-57	41, 183
enfermería, congreso regional	110	AMRO-60	65, 183
estadística, becarios	79	AMRO-61	52, 183
fiebre amarilla	38	AMRO-64.2	82, 183
higiene maternoinfantil, servicios	87	AMRO-71.2	183
malaria	42	AMRO-72	183
adiestramiento	42	AMRO-74	60, 183
mortalidad	84	AMRO-76	54, 183
infantil	84	AMRO-77	68, 176, 183
natalidad	84	AMRO-78	43, 183
oficina regional del Fondo de las		AMRO-79	183
Naciones Unidas para la Infancia	21	AMRO-83	55, 183
peste, comisión tripartita de salu-		AMRO-87	183
bridad fronteriza	60	AMRO-88	46, 183

	Página		Página
Proyectos, AMBO-89	56, 118, 184	Proyectos, México-13	58, 180
Argentina-6	178	México-15	91, 180
Argentina-51	48, 178	México-18	180
Belice-2	62, 178	México-20	67, 180
Bolivia-4	48, 178	México-53	46, 180
Bolivia-5	178	Nicaragua-3	99, 180
Bolivia-6	81, 178	Nicaragua-51	83, 180
Brasil-3	91, 178	Panamá-1	100, 122, 180
Brasil-4	54, 178	Paraguay-1	48, 180
Brasil-15	99, 178	Paraguay-2	64, 180
Brasil-16	178	Paraguay-3	87, 181
Brasil-51	40, 178	Paraguay-4	56, 57, 181
Brasil-52	56, 178	Paraguay-5	59, 67, 181
Brasil-53	55, 178	Paraguay-6	122, 181
Canadá-1	178	Paraguay-7	64, 181
Chile-10	64, 179	Paraguay-9	60, 181
Chile-12	91, 179	Paraguay-11	181
Chile-14	53, 179	Perú-10	87, 96, 181
Colombia-4	88, 178	Perú-13	82, 99, 181
Colombia-5	48, 178	Perú-14	181
Colombia-15	178	Perú-16	54, 181
Colombia-52	40, 178, 178	Perú-21	181
Costa Rica-3	178	Perú-54	54, 181
Costa Rica-5	63, 178	República Dominicana-2	181
Costa Rica-11	67, 178	República Dominicana-4	181
Cuba-1	46, 179	República Dominicana-5	98, 181
Ecuador-4	87, 179	República Dominicana-52	56, 57, 182
Ecuador-5	63, 179	Trinidad-1	64, 182
Ecuador-6	63, 179	Uruguay-51	48, 182
Ecuador-7	57, 179	Venezuela-4	182
Ecuador-11	98, 179	<i>Public Health Reports</i>	125
Ecuador-52	61, 179	Puerto Rico, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	44
Ecuador-53	95, 179	enfermería	88
El Salvador-5	97, 122, 179	malaria	41
El Salvador-6	179	medicina preventiva y salud pública,	
Estados Unidos-6	59, 179	departamento de la Universidad,	
Guatemala-6	7, 99, 179	ampliación de estudios	114
Guayana Británica-1	64, 179	mortalidad	84
Haití-1	55, 57, 179	infantil	84
Haití-2	180	natalidad	84
Haití-4	180	población	84
Haití-9	97, 180		
Inter-Regional-7	53, 184		
Inter-Regional-8	51, 184		
Inter-Regional-10	184		
Inter-Regional-13	59, 184		
Inter-Regional-14	67, 184		
Inter-Regional-15	57, 184		
Islas de Barlovento-1	180		
Islas de Sotavento-1	64, 180		
Jamaica-5	180		
México-11	110, 180		
México-12	110, 180		
		R	
		Rabia	30, 52
		adiestramiento, material educativo	53
		animales de laboratorio, trabajos	
		experimentales	53
		investigaciones, Oficina Sanitaria	
		Panamericana	52
		vacuna avianizada	52

	Página		Página
Radioisótopos, servicios prestados por la Oficina Sanitaria Panamericana	151	Saneamiento del medio	72, 73
Radio, propaganda de la OSP	132	América Latina, adiestramiento, proyecto	82
Registro civil, directores de oficinas, seminario interamericano	79	consultores, Organización Mundial de la Salud	87
República Dominicana, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	47	programas, preparación	80
becarios	113	proyectos en ejecución	81
frambesia, erradicación	57	rural, Nicaragua, proyecto	83
influenza, observador	68	servicios de asesoramiento y otros	80
malaria, adiestramiento	42	Sangre, bancos	72, 97
control	47	grupos sanguíneos, laboratorio internacional de referencia	19
mortalidad	84	Sanidad, administración, principios, obra	152
infantil	84	actividades, integración	72, 73
natalidad	84	código cubano, proyecto de reforma	96
población	84	código dominicano	98
salud pública, laboratorios	97	código panamericano	1
sanidad, código	98	protocolo anexo, ratificación	147
venéreas, consultor	57	departamentos, fortalecimiento	72, 73
control	56, 57	educación, cursos	18
Reuniones internacionales, calendario mensual	129	inspectores, cursos	82
		reglamento internacional	19
<b>S</b>		seminario, proyecto	76
Salubridad, asociación fronteriza mexicana-estadounidense	167	San Vicente, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	44
Salud, importancia	3	frambesia, erradicación, anteproyecto	59
pública, administración	72, 73	Santa Lucía, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	44
becas, Brasil	91	Shigelosis	30, 59
centros, México	91	centros de Atlanta, Georgia y de Londres, Inglaterra, acuerdo	59
consultores, facilitados por la Oficina Sanitaria	13	recomendaciones	86
departamentos nacionales, colaboración de la Oficina Sanitaria	13	Sífilis, desaparición	8, 56
fortalecimiento	12	Síndrome pluricarenal infantil, estudios	95
enfermeras internacionales, labores realizadas	92	aureomicina	95
escuelas, América Latina, mapa	104	vitaminas, administración, pruebas de campo	95
enseñanza	102, 103	Smith-Mundt (Estados Unidos), aplicada a becarios	118
intercambio	105	Sociedad Americana de Medicina e Higiene Tropical, fiebre amarilla, resolución	37
laboratorios	72, 73, 96	Sulfonas, lepra	32
odontología	72, 96	Surinam, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	44
programas combinados, coordinación	73		
diversidad	11	<b>T</b>	
servicios consultivos	72, 78	Televisión, propaganda de la OSP	132
servicios locales	72, 97	Tifo	30, 31, 45
preparación especial	72, 78	control, DDT	55
Sal, yodación	95	<i>Rickettsia prowazeki</i> , descubrimiento	54
San Cristóbal, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	44	vacuna, pruebas experimentales	54
frambesia, erradicación, anteproyecto	59		
tuberculosis, vacunación	64		

	Página		Página
Tracoma, Brasil, proyectos	91		
Treponematosi	30, 56, 141		
treponema, prueba de inmovilización,		Venéreas, cursos	18, 56
acuerdo entre la <i>Health Research</i>		programas	33, 56
<i>Incorporated</i> y la Oficina		serología, cursos	118
Sanitaria Panamericana	59	Venezuela, becarios	113
Trinidad, <i>Aedes aegypti</i> , erradicación	44	enfermedades, clasificación	
fiebre amarilla, selvática y urbana	38, 76	estadística internacional, centro	
descubrimiento por el laboratorio		latinoamericano	80
de virus de la Fundación		enfermería, escuelas	108
Rockefeller	20, 37	proyectos	93
malaria	41	esquistosomiasis	34
tuberculosis, vacunación	64	fiebre amarilla	36, 38, 39
<i>Tropical Diseases Bulletin</i>	126	ingenieros, seminario	82
Tuberculosis	30, 32, 61	malaria	41
BCG	32, 61	adiestramiento	42
estadístico, programas de		becas	42
OMS/UNICEF, visitas realizadas	64	malariología, escuela	42
vacunación oral e intradérmica,		mortalidad	84
estudio comparativo, plan propuesto	65	infantil	84
desaparición	8	natalidad	84
diagnósticos de laboratorio, cursos	18	oncocercosis	49, 50
documentos distribuidos al personal		población	84
de campo, Organización Mundial		viruela	65
de la Salud	62	Veterinaria, escuelas, ayuda de la	
vacunación, informe, comité de expertos,		Oficina Sanitaria Panamericana	18
Organización Mundial de la Salud	62	Viajes internacionales, requisitos,	
		compilación	76
		Viruela	30, 31, 65
		Américas	65
		desaparición	8
		vacunación, Paraguay	59
		programa, Oficina Sanitaria	
		Panamericana	65-66
		vacuna seca, producción	31
		<i>Serum Institute de Copenhagen,</i>	
		pruebas	65
		Z	
		Zoonosis	30, 50, 131
		V. también bajo las distintas	
		enfermedades	