

INDEXED

INFORME ANUAL



DEL DIRECTOR

1959

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana — Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

INDEXED

INFORME ANUAL DEL DIRECTOR
de la
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACION
MUNDIAL DE LA SALUD
PARA LAS AMERICAS
1959

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

A los Estados Miembros de la
Organización Panamericana de la Salud

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 1959. Este Informe comprende las actividades desarrolladas por la Oficina, así como un resumen de los programas ejecutados en colaboración con los Gobiernos de los Estados Miembros y con otras organizaciones internacionales. El Informe Financiero correspondiente al año se presenta en un documento aparte.

Respetuosamente,

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'A. Horwitz', is written over a horizontal line. The signature is fluid and extends to the right with a long, sweeping tail.

Abraham Horwitz
Director

**INFORME ANUAL
DEL
DIRECTOR
1959**

INDICE

	<i>Página</i>
Introducción.....	ix
Administración de salud pública	
Servicios coordinados de salud pública.....	3
Estadísticas sanitarias.....	8
Saneamiento del medio.....	13
Servicios de higiene maternoinfantil.....	20
Servicios de enfermería.....	22
Nutrición.....	24
Higiene dental.....	28
Educación sanitaria.....	29
Otras actividades.....	30
Educación y adiestramiento	
Educación profesional.....	34
Becas.....	44
Control y erradicación de enfermedades	
Erradicación de la malaria.....	53
La fiebre amarilla y la erradicación del <i>Aedes aegypti</i>	60
Viruela.....	66
Treponematosis.....	70
Poliomielitis.....	72
Tuberculosis.....	75
Lepra.....	76
Enfermedades filariásicas.....	78
Peste.....	79
Rabia.....	80
Centro Panamericano de Zoonosis.....	82
Centro Panamericano de Fiebre Aftosa.....	88
Laboratorios de salud pública.....	90
Control de alimentos, drogas y productos biológicos.....	92
Micosis.....	93
Información y publicaciones.....	94
Reuniones y acuerdos oficiales.....	97
Estructura orgánica y actividades administrativas.....	101
Apéndice.....	109
Índice.....	133

Siglas

AT/NU	Asistencia Técnica de las Naciones Unidas
CET	Centro de Enfermedades Transmisibles
CSP	Conferencia Sanitaria Panamericana
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
ICA	Administración de Cooperación Internacional
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
NU	Naciones Unidas
OEA	Organización de los Estados Americanos
OEA/AT	Organización de los Estados Americanos-Asistencia Técnica
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMS/AT	Organización Mundial de la Salud—Asistencia Técnica
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
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

	<i>Página</i>		<i>Página</i>
Número y clases de consultores internacionales en proyectos integrados de salud pública, 1959, Cuadro	1	Erradicación de la malaria en las Américas, diciembre de 1959, Mapa	52
Situación geográfica de los proyectos de servicios integrados de salud pública y año de iniciación de los mismos, Mapa	2	Resumen de las pruebas de resistencia de los anofelinos, por especies e insecticidas, en las Américas, hasta el 31 de diciembre de 1959, Cuadro	53
Plan de organización de los servicios integrados de salud pública de Honduras, Gráfica	5	La resistencia de los anofelinos al dieldrín y al DDT en las Américas, hasta el 31 de diciembre de 1959, Cuadro	54
Número y clases de personal que completó cursos en proyectos integrados de salud pública, 1959, Cuadro	6	Resumen de la campaña de erradicación del <i>Aedes aegypti</i> en las Américas desde su iniciación hasta diciembre 1959 o último mes informado, Cuadro	61
Cursos para inspectores sanitarios llevados a cabo en 1959 en proyectos integrados de salud pública, Cuadro	6	Estado de la campaña de erradicación del <i>Aedes aegypti</i> , diciembre de 1959, Mapa	63
Cursos para enfermeras de salud pública y para auxiliares de enfermería llevados a cabo, en 1959, en proyectos integrados de salud pública, Cuadro	7	Casos notificados de fiebre amarilla en las Américas, 1950-1959, Cuadro	64
Población del Mundo, de las Américas y de las tres Regiones de las Américas en 1920 y 1940, y población estimada para los años 1960, 1980 y 2000. (En millones de habitantes), Cuadro	9	Casos notificados de fiebre amarilla selvática en las Américas, y sitio, por divisiones políticas mayores de cada país, 1958 y 1959, Mapa	65
Distribución porcentual de la población de las Américas por regiones, 1920-2000, Cuadro	9	Casos de viruela notificados en las Américas, por países, 1950-1959, Cuadro	66
Aumento de la población en las tres regiones de las Américas, 1920-1950, y aumento estimado, 1950-2000, Gráfica	9	Casos notificados de viruela, por divisiones políticas mayores en las Américas, 1959, Mapa	67
Distribución por país de origen, de los estudiantes de los cursos de Estadística Vital y Sanitaria, Chile, 1953-1959, Cuadro	10	Número de vacunaciones antivariolíticas en las Américas, por país, 1958 y 1959, Cuadro	67
Distribución, por país de origen, de los estudiantes de los Cursos sobre Clasificación, 1954-1959, Cuadro	11	Producción de vacuna antivariólica en veinte países de las Américas, en 1957-1958 y primer semestre 1959, Cuadro	68
Casos notificados de enfermedades cuarentenables en las Américas, 1959, Cuadro	13	Casos notificados de poliomielitis por 100,000 habitantes en las Américas, Canadá y Estados Unidos y en el resto de las Américas, 1945-1959, Gráfica	72
Porcentaje del total de defunciones que ocurren en niños menores de un año y de 1-4 años, en las tres regiones de las Américas, 1956, Gráfica	14	Casos de poliomielitis notificados en las Américas y tasas por 100,000 habitantes, 1955-1959, Cuadro	73
Defunciones por 100,000 habitantes en el grupo de edad de menores de 5 años, por causas, en las tres regiones de las Américas, 1956, Gráfica	14	Prevalencia de la lepra en Centro América y Panamá, en 1958 y 1959, por país o área, Cuadro	76
Porcentaje de población sin servicio de abastecimiento de agua en ciudades de 2,000 o más habitantes, en países de las Américas, 1958, Gráfica	14	Distribución de casos conocidos de lepra en Centro América y Panamá, por forma clínica (Casos registrados hasta 1959), Cuadro	77
Total estimado y porcentaje de la población sin servicio de agua en ciudades de 18 países de América Latina en 1958, por país y tamaño de ciudad, Cuadro	15	Casos de peste notificados en las Américas 1955-1959, Cuadro	79
Actividades de saneamiento relacionadas con los servicios de salud pública, en Guanajuato (México-22), Cuadro	18	Casos notificados de peste en las Américas, y sitio, por divisiones políticas mayores de cada país, 1958 y 1959, Mapa	79
Lugar que ocupa la unidad de enfermería en los servicios de salud pública de 19 países de América Latina, Cuadro	23	Casos de rabia, en seres humanos, en 1958, Cuadro	80
Becarios de otras regiones que iniciaron estudios en las Américas en 1959, por clase de adiestramiento, Cuadro	44	Casos de rabia en animales, en 1958, Cuadro	80
Becas concedidas en las Américas, por país de origen y clase de adiestramiento, 1959, Cuadro	44	Casos de rabia en el hombre, notificados en las Américas, en 1958, Mapa	81
Becas concedidas por país de origen, materia estudiada y clase de adiestramiento en las Américas, 1959, Cuadro	45	Casos de rabia en animales, notificados en las Américas, en 1958, Mapa	81
Becas concedidas en las Américas en 1959, por profesiones, Cuadro	46	Compra de materiales antirrábicos, para los países, en 1959, Cuadro	82
Becas concedidas en las Américas por país de origen y materia estudiada y becarios procedentes de otras regiones, 1959, Cuadro	47	Centro Panamericano de Zoonosis, Resumen de algunas actividades técnicas, en 1959, Gráfica	83
Becas concedidas en las Américas por país de origen y país o región de estudio, 1959, Cuadro	48	Países que enviaron médicos y veterinarios a los cursos de entrenamiento del centro de zoonosis, durante 1959, Mapa	86
Fondos para Becas en las Américas, 1958 y 1959, Cuadro	49	Muestras recibidas en los laboratorios del CPZ, en 1959, Cuadro	87
Participantes en seminarios y grupos de trabajo organizados por la OPS, por regiones, países o área de procedencia, 1959, Cuadro	49	Publicaciones en 1959, Cuadro	96
Becas concedidas para asistir a cursos organizados por la OPS/OMS, o con su colaboración, durante 1959, en las Américas, por país de origen y materia estudiada, Cuadro	50	Personal profesional internacional asignado a los proyectos de la Oficina Sanitaria Panamericana, en los países de las Américas, octubre de 1959, Mapa	100
Materias estudiadas, número del proyecto, títulos, lugares y fechas de los cursos organizados por la OPS/OMS, o con su colaboración, Cuadro	51	Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud, 1959, Cuadro	103
		Fuentes de los fondos para el programa de la Organización Panamericana de la Salud, 1959, Gráfica	103
		Gastos de la OPS y de la OMS en 1959, según el origen de los fondos, Cuadro	104
		Zonas y Oficinas de Zona de la Oficina Sanitaria Panamericana, Mapa	106

ACTIVIDADES EN 1959

Introducción

INTRODUCCION DEL DIRECTOR

Lo realizado en 1959

Nos referimos en las páginas que siguen a lo que los Gobiernos de las Américas han hecho por la salud de los habitantes del Continente en 1959, con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud.

Todo el informe muestra progresos sustanciales, que pueden apreciarse mejor considerando la naturaleza de nuestras funciones, las que son esencialmente de carácter asesor y no ejecutivo, que procuran sólo aconsejar y no imponer, que tienden a revelar experiencias positivas y la forma de adaptarlas a cada ambiente. Dicho con otras palabras, las iniciativas realizadas son la obra de las autoridades y los técnicos en salud de cada país, a la vez que el reflejo de la política de dichas organizaciones internacionales establecida por sus Cuerpos Directivos.

Una visión de conjunto revela un mejor conocimiento de los problemas de salud, de sus prioridades y de los métodos para resolverlos. Hay una conciencia más clara de la necesidad de planificar, para poder realizar más con lo que se cuenta. Se advierte propósitos definidos por mejorar las organizaciones en un plano nacional, extender los servicios locales y racionalizar la administración, en vista de lo logrado en este orden de actividades. Es más sólida la convicción sobre el valor insustituible del conocimiento y de la experiencia para proteger, fomentar y reparar la salud, lo que explica el interés creciente de los Gobiernos por la formación y el perfeccionamiento del personal en las diversas funciones. Un grupo de 505 profesionales se ha especializado en las distintas disciplinas de la salud pública y en algunas de la educación médica durante el año pasado, por medio de becas de ambas Organizaciones y están hoy aplicando desde sus esferas de acción en los países lo que pensaron y vieron.

Todos estos progresos, en definitiva, deben medirse en términos de la salud de los pueblos del Hemisferio. Hay fundadas razones para creer que los esfuerzos realizados en colaboración, en el campo de la salud, de los que se da cuenta en el presente informe, han tenido por resultado la ampliación y mejoramiento de los servicios de salud pública, haciéndolos llegar a una población más numerosa, con la consiguiente reducción de las enfermedades y defunciones.

Algunos hechos sobre la evolución general de la región

son de interés por su atinencia con los problemas de salud. El año transcurrió con renovados esfuerzos de los países de la América Latina por promover el bienestar, procurando aumentar y diversificar la producción de bienes y servicios y escapar del cerco de una economía basada, en gran medida, en los rendimientos de un solo producto, expuesto a las fluctuaciones de precios en los mercados internacionales.

Una cuidadosa revisión de la política financiera en todos los países ha mostrado con más claridad el grave desnivel entre recursos y necesidades. Estas últimas han estado estimuladas por el crecimiento inusitado de las poblaciones en una tasa del 2½ al 3 por ciento por año y por la demanda creciente de la persona en busca de más y mejores servicios, todo lo cual ha hecho más urgente el aporte de capitales para las grandes empresas del desarrollo económico en cada país.

Sin pretender examinar en todos sus aspectos las repercusiones económicas de la situación actual en la América Latina, sería conveniente señalar dos factores de importancia. En primer lugar, se observa una apremiante necesidad de una gran inversión de capital, inversión que es particularmente urgente en relación con el mejoramiento de los sistemas públicos de abastecimiento de agua, como veremos más adelante. En segundo lugar, la idea de un mercado común, para toda la región o para un grupo de países, se ha venido estudiando con creciente interés en los últimos años y ha ganado muchos adeptos. Una empresa de esta naturaleza tendría por objeto diversificar la producción e incrementar el comercio exterior y el consumo doméstico.

“En realidad, el mercado común es una expresión de los esfuerzos para crear una nueva forma de comercio intra-regional, capaz de atender dos demandas que coaccionan, cuales son, los requerimientos de industrialización y la necesidad de disminuir la vulnerabilidad externa de los países de la América Latina.”¹

La Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, consecuente con su política, ha señalado durante 1959 por distintos medios la interrelación entre las funciones de la salud, del bienestar y de la economía. El principio rector de su planteamiento ha

¹ Mercado Común Latinoamericano. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, 1959, Pág. 6.

sido que sin una energía humana de buena calidad no hay producción eficiente ni consumo suficiente. A la vez, los progresos en salud que no coinciden con un incremento de bienes y servicios, van limitándose en el tiempo. Por la significación del problema en las Américas, la mortalidad infantil es un buen ejemplo de esta afirmación en vista que sus causas más frecuentes obedecen a factores de naturaleza diversa. Así se explica que las técnicas propias de la medicina logran reducir sus índices hasta un cierto nivel, que no descende a menos que mejoren la alimentación, la habitación, el saneamiento, educación, el ingreso promedio per capita, en suma, todo lo que contribuya al bienestar. De esta relación se desprende la necesidad de integrar las funciones de la salud en nivel local y de coordinarlas, en un plano nacional, con todas aquellas otras que las influyen directa o indirectamente.

La Oficina Sanitaria Panamericana tuvo oportunidad de plantear estos hechos durante la Segunda Reunión de la Comisión Especial para formular nuevas medidas para el desarrollo económico de la Organización de los Estados Americanos, celebrada en Buenos Aires en abril de 1959. La resolución (No. VII) refleja las ideas debatidas de acuerdo con el texto que sigue:

Resuelve:

“1) Recomendar a los Gobiernos que, al programar y negociar el financiamiento del desarrollo económico, incluyan los programas de salud pública, que son esenciales y complementarios de los económicos;

2) Recomendar a los Gobiernos la asesoría técnica de la Oficina Sanitaria Panamericana para la formulación de los programas antes mencionados.”

Para que esta recomendación pueda hacerse realidad, a tono con el progreso económico y social, los países deben contar, con técnicos en salud bien formados, que conozcan el modo de vivir de las sociedades en las cuales deben aplicar sus conocimientos y con los servicios básicos de salud racionalmente estructurados. Mayores serán las probabilidades de éxito si las grandes pestilencias están erradicadas y si se han tomado las medidas para controlar las enfermedades transmisibles corrientes.

Consecuente con este planteamiento, que coincide con el programa general de trabajo de la Organización, la Oficina Sanitaria Panamericana colaboró, durante 1959, con los Gobiernos Miembros en dichas actividades fundamentales. Los resultados de mayor relieve de los 220 programas desarrollados en el año aparecen descritos en este informe. En una organización que asesora hay una multitud de acciones de sus técnicos, derivadas del intercambio diario de opiniones con sus colegas nacionales, que no pueden medirse, pero que ejercen indudable influencia en el tiempo, contribuyendo a plasmar iniciativas que redundan en más y mejores funciones de salud.

Quisiéramos analizar algunos programas porque, además de responder a la política general de la Organización, orien-

tan mejor respecto a las relaciones de la salud con el proceso de desarrollo económico a que hemos hecho referencia.

* * *

La erradicación de la malaria es uno de los mejores ejemplos de cómo influyen las funciones de la salud en el bienestar de las personas y en el progreso de las sociedades. No sólo devuelve al medio social individuos aptos, con capacidad plena de producir y de cotizar, sino que al mismo tiempo libera de una grave pestilencia grandes extensiones que, sabiamente explotadas, pueden contribuir a la riqueza nacional. Cualquiera que sea el valor que se le asigne a estas tierras, está siempre muy por encima de las inversiones que hacen los Gobiernos y justifica el esfuerzo y los sacrificios de sus técnicos. Parece necesario, sin embargo, establecer un método para medir el impacto económico de la erradicación de la malaria. Sus resultados podrán determinar con mayor precisión el significado que ha tenido para la economía la desaparición de la enfermedad en cada país. Los datos así obtenidos serán un complemento de aquéllos relacionados con el aumento de la capacidad de producción que resulta de la reducción del número de muertos y de enfermos. Reconocemos que el problema es complejo porque, a medida que desaparece la enfermedad, diversas iniciativas concurren simultáneamente a mejorar las condiciones de vida y la economía de las zonas maláricas. Es de observación frecuente cómo aumenta con rapidez la población, aun cuando el riesgo haya disminuído sólo parcialmente. No obstante, es de importancia investigar el método más adecuado, aunque no sea exacto, para revelar la erradicación del paludismo como determinante de progreso y bienestar.

En 1959 el programa continental continuó expandiéndose con características singulares. Hacia el término del año, en todos los países en que la enfermedad es prevalente, se encontraba en distintas etapas de desarrollo. Así en seis se había completado el primer año de rociamientos; en otros seis, el segundo y en un país el tercer año de la fase de ataque. En los demás, o bien se había terminado la encuesta previa a la planificación o se comenzaban los rociados. Es más, se pueden mostrar extensiones relativamente grandes donde la enfermedad ha desaparecido. En el continente en su conjunto se observan como excepción enfermos de paludismo en los grandes centros urbanos.

A pesar de demoras, de crisis financieras, de obstáculos inesperados las acciones progresaron con un ritmo constante. A medida que la enfermedad ha ido disminuyendo, los problemas que interfieren con su erradicación son más claros y este hecho, que es fundamental para el éxito de toda la empresa, destaca en nuestro sentir entre las realizaciones de 1959. Donde la transmisión no se ha interrumpido, procede saber primero si se han llevado a cabo todos los detalles del programa. Pocas actividades de salud pública requieren de mayor exactitud que la erradicación de la malaria. El conocimiento, la experiencia y los métodos más acabados deben adaptarse al ciclo inexorable de la naturaleza. Si las funciones técnicas y administrativas se han realizado adecuada-

mente, y la transmisión no se ha interrumpido es indispensable investigar con detención las costumbres de los vectores, la forma de vivir de las poblaciones, la epidemiología de la enfermedad y, en general, su ecología.

La aparición de resistencia de los anófeles a los insecticidas dió lugar a un aumento sustancial de las pruebas de susceptibilidad. Hacia el término del año se comprobó que *A. albimanus*, *A. pseudopunctipennis*, *A. aquasalis*, *A. quadrimaculatus* y *A. albipennis* eran resistentes al DDT, al dieldrín o a ambos, en ocho países. Con la sola excepción de uno de ellos la resistencia es localizada, en focos, que son de una extensión limitada lo que no justifica la interrupción de los rociamientos de las viviendas. Nos asiste la convicción que este problema, como otros, será resuelto por la investigación, a la cual se está dedicando el talento y los recursos que son indispensables dada la trascendencia que tiene para la erradicación de la enfermedad.

El informe detalla las intensas actividades realizadas en la formación de técnicos en los centros de Venezuela, México, Brasil y Jamaica. Asimismo, la serie de reuniones de los expertos, las que son otras tantas oportunidades para un valioso intercambio de ideas y experiencias con el propósito de encontrar las soluciones más adecuadas para aspectos definidos de cada programa. Quisiéramos destacar la opinión unánime sobre la importancia de los colaboradores voluntarios en el proceso de identificación de casos que se expresó en el Seminario sobre Técnicas de Evaluación Epidemiológica, realizado en Brasil en noviembre pasado. Fue el consenso de los participantes que dichos colaboradores, por su presencia constante en las comunidades, la confianza de que gozan entre los vecinos, constituyen la mejor fuente de información respecto a la transmisión de la malaria. Así se justifica que se hayan organizado, en distintos países, grupos crecientes de ellos, los que, con éxito variado, están contribuyendo a identificar cada foco de malaria.

Se ha mantenido una coordinación muy estrecha con otros Organismos que participan activamente en la campaña continental de erradicación, particularmente el UNICEF y la Administración de Cooperación Internacional del Gobierno de los Estados Unidos. Además de dos reuniones formales, hubo frecuente consulta para asesorar en forma lo más adecuada posible en cada programa específico.

Una expresión concreta del interés de los países por el problema se refleja en las cifras invertidas durante el año 1959. Los Gobiernos en conjunto destinaron 28.4 millones de dólares y la colaboración internacional, tanto en los programas bilaterales como multilaterales, una suma superior a 11 millones de dólares. Las cifras sólo revelan una comprensión profunda de lo que significa el paludismo para el bienestar y el progreso y auguran una continuidad del esfuerzo hasta la eliminación total de la enfermedad. No podría ser de otra manera en vista que toda interrupción significaría una pérdida de los esfuerzos ya invertidos. Un nuevo aporte de 2 millones de dólares hizo ascender a 8.5

millones de dólares el total de la contribución voluntaria del Gobierno de los Estados Unidos de América para el Fondo Especial de erradicación de la malaria de la Organización Panamericana de la Salud, lo que ha permitido en gran medida la labor de la Oficina.

* * *

El año 1959 destaca por las resoluciones de la 12ª Asamblea Mundial de la Salud y de la XI Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud respecto a la provisión de agua a las comunidades, no sólo como un elemento esencial para la salud y el bienestar, sino para el desarrollo industrial y económico. En el espíritu y en la letra dichos acuerdos abordan el problema con un criterio realista. Algunos datos estadísticos, aun siendo incompletos, señalan su magnitud. En diecinueve países de la América Latina hay 29 millones de personas, o sea, el 39 por ciento de la población urbana, que no dispone de agua distribuida por cañerías a la colectividad. En las ciudades de 2,000 a 10,000 habitantes, el 70 por ciento carece de servicio de agua. En la actualidad se estima que en la América Latina 100 millones de personas necesitan suministro de agua. El costo de las obras está muy por encima de las disponibilidades de los Gobiernos.

Por otra parte, no existe una conciencia entre las personas sobre la necesidad de pagar el costo por la distribución del agua a los hogares, las empresas y las instituciones de las comunidades. El hecho de que sea un elemento de la naturaleza no justifica el que los Gobiernos deban invertir el total de los dineros para ponerlo a disposición de las sociedades sin el cual no pueden subsistir ni progresar. Una política de este orden ha conducido a la situación actual, que queda claramente expuesta por las estadísticas mencionadas. El problema es más serio, porque no cuentan los Gobiernos con los recursos para cubrir las necesidades de agua de la población actual; menos aún, para la que está incorporándose con una velocidad inusitada en el continente. Podrían obtener los capitales por medio de créditos a largo plazo y a bajo interés garantizando su inversión en proyectos bien concebidos dentro de un programa nacional. Con una administración adecuada de los servicios, con tarifas de agua que faciliten la amortización del crédito y de su interés como su eventual extensión, es posible abordar este problema cuya magnitud en financiamiento sólo debe valorarse en términos de su significado social.

La voluntad de los Gobiernos y su interés por este programa han de ser el incentivo fundamental para modificar la política del mercado internacional de capitales en el sentido de conceder préstamos para las obras de agua. La función asesora de las organizaciones internacionales puede ejercerse en los aspectos técnicos, administrativos, legales y financieros, así como en el adiestramiento y la capacitación de los técnicos nacionales para proyectar y poner en marcha los servicios.

Una intensa actividad de promoción de estas ideas y de

planificación de algunos programas se ha realizado en 1959. La respuesta de los Gobiernos refleja un interés creciente, lo que hace augurar en los años por venir mejores perspectivas para este problema básico; vale decir agua de buena calidad y en cantidad suficiente para más personas.

En el medio rural se construyeron instalaciones sanitarias en una proporción mucho mayor que en el pasado, con asistencia de la Organización. Es el resultado directo del adiestramiento creciente de inspectores sanitarios en cada país.

El año evidenció nuevos riesgos provenientes del aire, de los alimentos, del agua y del ambiente en general en el que la gente de la región trabaja y vive. Entre éstos hubo un mayor número de informes sobre contaminación de los ríos y de las playas por excretas y desechos industriales; contaminación atmosférica en las grandes ciudades; problemas de exposición a vapores, polvos, líquidos, radiaciones ionizantes y otros riesgos que son propios de la industrialización y de la aplicación de los nuevos conocimientos. Es una consecuencia del progreso de una región que busca afanosamente el mejoramiento de su economía. A pesar del predominio de los problemas básicos de salud, en algunos países, en determinados medios urbanos con gran concentración de habitantes, será necesario abordar el control de aquellos riesgos mencionados cuya importancia para la salud lo justifique.

* * *

Dentro del programa general de trabajo de la Organización se concede toda la importancia debida al reforzamiento de los servicios básicos de salud en un plano nacional y local. Es lógico pensar que a medida que vayan desapareciendo las grandes pestilencias, las funciones de la salud deberán realizarse más integradas con la estructura y la evolución normal de las sociedades. Con este propósito los países deben contar con planes nacionales que muestren los problemas y sus prioridades, con programas de acción específicos, los técnicos indispensables y las organizaciones para llevar los conocimientos hacia las personas con el fin de proteger, fomentar y reparar su salud, según las circunstancias. Es un proceso permanente sometido a las variaciones que son características de cada medio social. Por ser una actividad ininterrumpida de los Gobiernos lo es también de las organizaciones internacionales que éstos han creado.

En catorce países, la Oficina Sanitaria Panamericana prestó en 1959 asesoría a los servicios nacionales de salud y a organismos locales, con propósitos de demostración y adiestramiento. El informe muestra en detalle la labor de distintos Gobiernos en lo que respecta a la reorganización de las instituciones, la extensión de los servicios, la actualización de la legislación sanitaria, la creación de una carrera funcionaria basada en la selección del personal por antecedentes, la dedicación exclusiva a determinadas funciones, la estabilidad de los técnicos y sus rentas adecuadas.

Sólo dos países, Honduras y Paraguay, han preparado un

plan de cinco años que están cumpliendo por etapas. Es de desear que los demás Gobiernos consideren la formulación de sus respectivos programas a largo plazo, lo que ha de facilitar una aplicación más adecuada de los recursos a las necesidades de mayor transcendencia en términos de morbilidad, de mortalidad y de evolución social.

En los programas integrados de salud en el nivel local hubo buen progreso en la iniciación o en la consolidación de las actividades, con énfasis en saneamiento, protección de la maternidad y la infancia, control de las enfermedades transmisibles. La asesoría prestada en los distintos países aparece en el informe en sus aspectos de mayor relieve. Un servicio demostrativo que opera adecuadamente, logrando despertar el interés de las comunidades por los problemas de la salud, representa un estímulo para otras colectividades que solicitan de los Gobiernos una organización similar, lo cual hace más necesaria una planificación de largo plazo para ir las atendiendo ordenadamente, en la medida que los recursos lo permitan.

La integración de las actividades de salud pública, entendida en su más amplio sentido, requiere de una actitud, un modo de pensar y de actuar de los técnicos responsables por cada programa. Sin esta disposición de espíritu, las acciones para prevenir y curar las enfermedades a las vez que fomentan la salud fluyen con ritmo variable, por canales aislados, incoordinadas, sin relacionarse con todas las otras destinadas a un mismo grupo familiar. Así se explica la necesidad de adaptar la experiencia a los problemas de cada sociedad, que los recursos permiten atender. Los centros de salud, operando como una unidad técnica y administrativa en un régimen integrado de acciones, pueden cumplir con este propósito.

* * *

El programa de la nutrición merece un comentario aparte. Si bien los niveles de producción de alimentos han aumentado en las Américas, la producción PER CAPITA fue ligeramente menor en 1956-58 que en 1934-38. Ello, como consecuencia del incremento de las poblaciones. Al mismo tiempo en la mayoría de los países la calidad de la alimentación es deficiente, especialmente en proteínas de origen animal. Esta situación le da mayor transcendencia aún a la producción de la Incaparina, una mezcla de proteínas vegetales obtenida en el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) que tiene un valor nutritivo similar al de la leche. Así lo revelan ensayos extensos realizados en 1959 en Guatemala. Esta evidencia justifica el interés de los Gobiernos por industrializar este preparado e incorporarlo a la dieta habitual.

En lo que se refiere a política de la Oficina Sanitaria Panamericana en materia de nutrición, se puso especial interés en 1959 en integrar esta función a los programas normales de salud pública en un plano nacional y local. Este propósito se señala en el informe no sólo en las actividades del INCAP sino en las del Instituto de Nutrición del Ecuador y en la asesoría prestada a otros Gobiernos del

continente. Con este fin será necesario un aumento sustancial de técnicos en los centros de salud, lo que equivale a más adiestramiento.

* * *

El 80 por ciento del problema que significa la erradicación de las Américas del *Aedes Aegypti*, vector urbano de la fiebre amarilla, ha sido resuelto. Guatemala y Honduras fueron declarados libres del mosquito el año pasado; Cuba inició su programa de erradicación con una inversión de 800,000 dólares anuales por parte del Gobierno; se intensificaron las actividades en Venezuela, y en México una evaluación preliminar mostró que, como consecuencia de la campaña de erradicación de la malaria, la casi totalidad de las zonas en que existía el *Aedes Aegypti* estaba libre del vector.

En Haití, una encuesta de 2.3 por ciento de la población permitió demostrar no más de 100 casos de pian que fueron tratados con sus contactos. Son los últimos focos que han de permitir en un futuro muy cercano declarar al país libre de la enfermedad. Con intensidad creciente continuaron las actividades en los otros países del continente donde la incidencia del pian es de importancia. Los detalles aparecen en el capítulo respectivo del informe. En su conjunto la situación es alentadora.

Hubieron más de 3,000 casos de viruela en las Américas en 1959 mientras fueron 3,600 los casos conocidos en 1958. Hubo que lamentar dos brotes epidémicos de consideración que interfirieron con el propósito decidido de la mayor parte de los Gobiernos por liberarse en definitiva de esta pestilencia. La Organización continuó prestando su asesoría, tanto para el desarrollo de los programas regulares como durante las emergencias.

Con la excepción de muy pocos países, en 1959 se completó el panorama sobre la frecuencia de la lepra en las Américas y se formularon los programas para desarrollar las actividades de control en el curso de este año, a la vez que progresaron en aquellos países en que se iniciaron en años recientes.

La Primera Conferencia Internacional sobre Vacunas con Virus Atenuados contra la Poliomiélitis tuvo lugar en Washington en junio de 1959. Fue patrocinada por la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, con la ayuda financiera de la Fundación Elizabeth Kenny. Los trabajos presentados y las discusiones alrededor de los distintos aspectos del proceso compendiados en un volumen, representan hoy una fuente de consulta de gran valor para los estudiosos de la poliomiélitis. Significan a la vez una importante colaboración de los organismos internacionales para el conocimiento y la solución de un problema en el cual el peso de la opinión pública domina, con frecuencia, a las informaciones estadísticas.

La Oficina Sanitaria Panamericana colaboró con los Gobiernos de Colombia, Nicaragua, Costa Rica en programas de vacunación con virus atenuados. En este último país se inició la inmunización de todos los menores de diez

años, la que debe terminar en el año en curso sin que se observara, como en todos los programas, ningún efecto deletéreo debido a la vacuna.

He aquí una serie de informaciones sobre enfermedades transmisibles que tienen la virtud de mostrar, en términos muy concretos, la obra de los Gobiernos y de sus técnicos en un campo de la salud pública que representa el problema de mayor urgencia, para cuya solución existe el conocimiento y la experiencia indispensables. Lo realizado en 1959 revela una voluntad de continuar hacia la eliminación de estas enfermedades, en las que ello es posible, y hacia la reducción de los riesgos en las otras.

* * *

Es inherente a todas las acciones de la medicina y de la salud pública un propósito de educar, de persuadir, que mueve a las personas, sus familias y las colectividades a preocuparse de su propio bienestar y del de los demás. Si este proceso no se realiza, el destino de dichas funciones es muy incierto. Quienes reciben los beneficios y no adquieren al mismo tiempo una clara conciencia de su significado, no tienen tendencia a difundirlos y a concitar así a otras personas expuestas a situaciones similares. Cuando las acciones son colectivas, de mayor importancia es la persuasión de los grupos con respecto a una determinada función médico social.

De aquí que la formación y el adiestramiento de los técnicos en las diversas disciplinas de la medicina y de la salud deban fundarse en un conocimiento sólido de las costumbres y el modo de vivir de las personas y las características de la sociedad en la cual van a ejercer sus responsabilidades.

Este hecho orienta la política de la Organización en el campo de la formación de profesionales y auxiliares. El hombre, como unidad biológica y como ser social, es el propósito de la medicina y de sus disciplinas conexas. La curación de los enfermos, su objetivo inmediato; la salud y el bienestar, sus miras permanentes.

Las comunidades, que son el reflejo de la adaptación sutil e incesante de los seres humanos al ambiente, representan el campo de acción de los técnicos en salud pública. Son, a su vez, entidades indisolubles cuya evolución normal es su preocupación, junto a la de aquellos otros expertos que tienen que hacer con las demás funciones que conducen al bienestar.

Sobre estas premisas se ha realizado la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana a los Gobiernos en el complejo proceso de formación de profesionales y de auxiliares. Muestra el informe lo que se ha hecho en 1959 en educación médica, salud pública, ingeniería sanitaria, dietética, estadística, enfermería, medicina veterinaria, y en la capacitación de auxiliares. Ya señalamos que por medio de las becas de la Organización se habían especializado 505 técnicos en diversos campos de la salud pública y en algunos de la educación médica. El número de auxiliares, formados en

los centros de salud demostrativos de los programas integrados, alcanza a 667, lo que representa un aumento vecino al 50 por ciento con relación al año anterior. Ante la magnitud del problema en cantidad y en calidad, todo progreso es insuficiente. Cada técnico preparado despierta el interés de muchos otros cuyo adiestramiento es indispensable. La evolución de las comunidades, la variación de los problemas y la aplicación de los nuevos conocimientos crean, a su vez, nuevas necesidades de perfeccionamiento. Mirada en proyección, ésta es la tarea de más largo alcance que tienen los países y las organizaciones internacionales que los asesoran.

* * *

Ha sido de trascendencia para la Oficina Sanitaria Panamericana trabajar en colaboración estrecha con el UNICEF al servicio de los Gobiernos del continente. La contribución del UNICEF a diversos programas de salud y de bienestar, ha sido y continúa siendo fundamental. En la erradicación de la malaria, en los servicios básicos de salud, con especial referencia a la protección de la maternidad y la infancia y al saneamiento rural, la acción conjunta de ambas organizaciones ha sido de efectos indudablemente beneficiosos en los países.

Queremos destacar asimismo la labor coordinada en determinados programas con la Organización para la Agricultura y la Alimentación de las Naciones Unidas (FAO) y la Fundación Kellogg. En el campo de la educación la obra de la Fundación Rockefeller sigue siendo proverbial. En la erradicación de la malaria ya indicamos la importante colaboración a los Gobiernos de la Administración de Cooperación Internacional de los Estados Unidos (ICA).

* * *

No es tarea simple sintetizar la resultante de 220 programas desarrollados en 1959. Hemos querido comentar

sólo las grandes líneas del trabajo de la Organización sin penetrar en los detalles. Estos forman el contenido del informe, el que, a pesar de su extensión, no relata todo lo ocurrido. Hay mucho en la colaboración internacional que no puede expresarse, ni mucho menos evaluarse. El intercambio diario de opiniones entre el técnico del país y su asesor, el análisis constante de cada problema dentro de un programa, la valoración de resultados parciales mientras se van cumpliendo objetivos, la confianza mutua que estimula y renueva los esfuerzos, identificando a nacionales e internacionales en un solo propósito humanitario de servir, son actividades cuyas consecuencias sólo se revelan al correr de los años y que la estadística no puede medir en un momento dado.

“El hombre moderno, se siente inquieto y cada vez más perplejo. Trabaja y lucha, pero es vagamente consciente de un sentimiento de futilidad con respecto a sus actividades. Mientras se acrecienta su poder sobre la materia se siente impotente en su vida individual y en la sociedad. Conforme ha ido creando nuevos y mejores medios para dominar a la naturaleza se ha ido enredando en las mallas de esos medios y ha perdido la visión del único fin que les da significado: el hombre mismo. Ha llegado a ser el amo de la naturaleza y al mismo tiempo se ha transformado en el esclavo de la máquina que construyó con su propia mano. A pesar de todos sus conocimientos acerca de la naturaleza, permanece ignorante en cuanto a los problemas más importantes y fundamentales de la existencia humana: lo que el hombre es, cómo debe vivir y cómo liberar las tremendas energías que existen dentro de él y usarlas productivamente.”²

La salud pública identificada con la salud moral puede facilitar la consecución de este propósito superior.

²Erich Fromm: *Ética y Psicoanálisis*, Segunda Edición 1957, Pág. 16.

ADMINISTRACION DE SALUD PUBLICA

Introducción

En 1959, la Organización continuó colaborando con los gobiernos en la extensión de sus servicios de salud pública y concedió especial atención a las actividades desarrolladas a nivel nacional. Así, se prestaron servicios consultivos en 10 de los 14 proyectos de servicios integrados de salud pública que se encuentran en ejecución. La mayoría de estos proyectos comprenden zonas de demostración, que se han establecido para los servicios locales de salud pública, y que se tiene el propósito de extender a todo el país, para utilizarlas en el adiestramiento de personal.

En el Cuadro I y en el gráfico que lo acompaña, se indica el nivel a que se prestaron los servicios de asesoramiento, así como el número de personal internacional asignado a cada uno de los proyectos de servicios integrados de salud pública.

Prosiguieron los esfuerzos encaminados a la reorganización de los ministerios y departamentos de salud pública, prestando la debida consideración al desarrollo económico y socio-cultural de cada país.

Los Comités o Consejos de Plancamiento son hoy los organismos a que se confía, en muchos países de América Latina el estudio tanto de la reorganización general de los servicios de salud pública como de la nueva estructura que convenga adoptar en ciertos sectores de dichos servicios. En 1959, se llevó a cabo una activa labor de planificación para reorganizar y ampliar los servicios nacionales de salud pública, especialmente en cuatro de los países en que se encuentran en funcionamiento proyectos integrados—Colombia, Guatemala, Honduras y la República Dominicana—así como en Cuba donde se espera iniciar uno de

CUADRO I. NUMERO Y CLASES DE CONSULTORES INTERNACIONALES EN PROYECTOS INTEGRADOS DE SALUD PUBLICA, 1959

Proyecto	Nivel de las operaciones	Oficiales médicos	Enfermeras de salud pública	Ingenieros sanitarios	Sanitarios	Educadores sanitarios	Especialistas de laboratorio
Argentina—7	Provincial y local	1	1	1	—	—	—
Bolivia—10	Nacional	1	—	—	—	—	—
Colombia—4	Nacional y local	2	2 (1) ^a	1	—	—	—
Ecuador—4	Nacional	1	1	—	—	—	—
El Salvador—5	Local	—	1	1	—	—	—
Guatemala—8	Nacional y local	1	1 (1) ^a	1	—	—	—
Haití—16	Nacional	1	—	—	—	—	—
Honduras—4	Nacional y local	1	2	1	1	—	—
México—22	Local	1	1	1	1	1	—
Panamá—1	Nacional y local	1	1 (1) ^a	1	—	—	—
Paraguay—10	Nacional	1 (1) ^a	1	1	—	—	1
Perú—22	Nacional	(1) ^a	1	1	—	—	—
República Dominicana	Nacional y local	1	1	1	—	(1) ^a	—
Uruguay—5	Local	1	1	1	—	—	—

— Ninguno. ^a Puestos vacantes, entre paréntesis.

estos proyectos en 1960. En otros países, las actividades de planeamiento se relacionaron más especialmente con aspectos específicos de los respectivos planes nacionales, tales como la descentralización en Panamá y Paraguay.

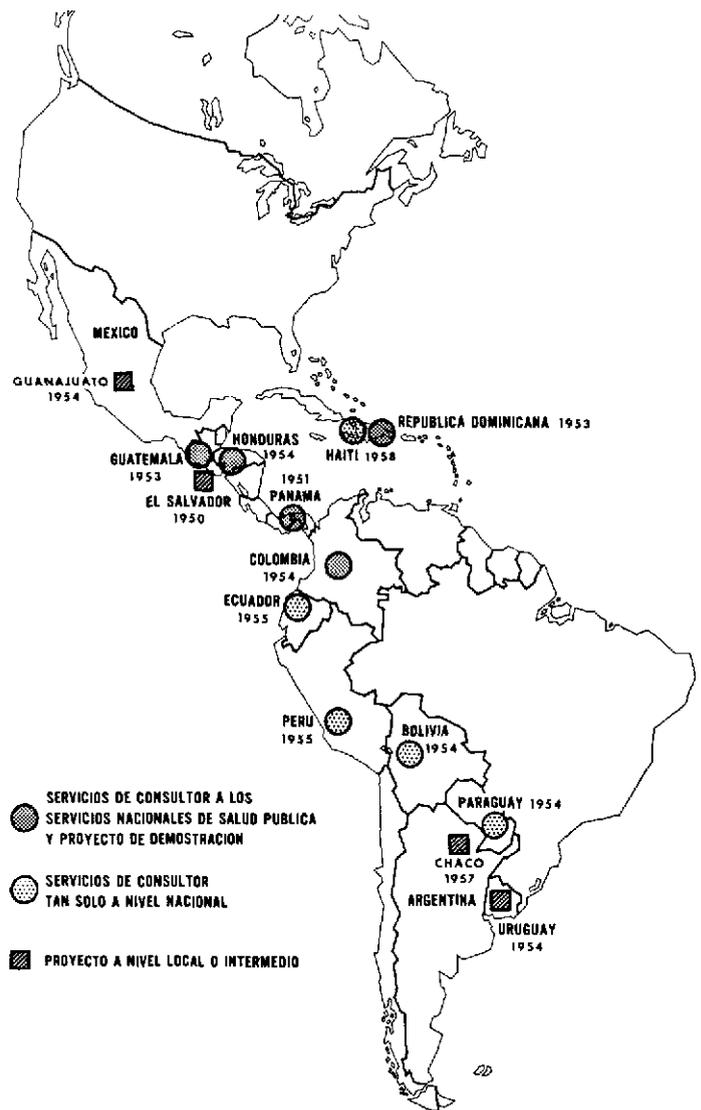
Otro importante indicador de los progresos alcanzados en el fortalecimiento de los servicios nacionales de salud es la atención prestada al mejoramiento de la legislación sanitaria. En 1959, se trabajó con este fin en Trinidad, Bolivia y la provincia argentina de El Chaco.

En algunos de los países se ha tendido resueltamente a fomentar el servicio de carrera, y se han establecido puestos permanentes, a tiempo completo, para personal adiestrado en salud pública. Del mismo modo, en algunos países se han continuado estudiando las repercusiones presupuestarias de las medidas de reorganización, proyectadas o establecidas, a nivel nacional.

En aquellos países en que las zonas de demostración a nivel local forman parte del proyecto de servicios integrados de salud pública, se han realizado, en general, buenos progresos en la iniciación o consolidación de los servicios. En estos servicios, desarrollados de conformidad con el principio de la integración, se ha prestado la debida atención a los importantes campos del saneamiento del medio, a los servicios que tienen como centro de sus actividades la familia—especialmente los de higiene materno-infantil—y a los de control de enfermedades transmisibles.

Igual que en años anteriores, los servicios locales de las zonas de demostración se utilizaron para la preparación del personal básico de salud pública, tanto por medio de cursos oficiales como de adiestramiento durante el servicio. En 1959, el número de personas que terminaron cursos fue aproximadamente, superior en un 50 por ciento al del año anterior. También se acentuó la tendencia a un mayor empleo del adiestramiento durante el servicio para determinados grupos de profesionales y de personal auxiliar. Entre las formas de mantener al día los conocimientos del personal figuraron los seminarios y grupos de discusión, cada vez más utilizados como parte de los esfuerzos de la labor general de capacitación. Como ejemplos, pueden citarse los seminarios para personal de higiene materno-infantil de la Argentina, celebrados en la Provincia de El Chaco, y el seminario para inspectores sanitarios, celebrado en Guatemala.

SITUACION GEOGRAFICA DE LOS PROYECTOS DE SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD PUBLICA Y AÑO DE INICIACION DE LOS MISMOS



Servicios integrados de salud pública

Servicios nacionales

Entre las actividades más destacadas llevadas a cabo a nivel nacional, figuran los progresos realizados en la descentralización y los cambios introducidos en la estructura de los servicios de salud pública.

En Bolivia prosiguió el estudio de la organización de un servicio nacional de salud, basado en el nuevo Código Sanitario. En el curso del año, se completó la legislación sanitaria, iniciada con el Código, y se adoptaron las medidas pertinentes para incluir en el presupuesto de 1960 las asignaciones necesarias para establecer una nueva estructura orgánica. Los dos acontecimientos más importantes en el país fueron la creación del Consejo Nacional de Salud Pública y los estudios encaminados a establecer un servicio de carrera para el personal técnico. Desde que se creó en el mes de septiembre, el Consejo ha desplegado una gran actividad.

En Colombia, el Presidente nombró una Comisión Nacional de Planificación para que estudiara la reorganización de toda la administración pública. La Comisión acordó estudiar la reorganización del Ministerio de Salud Pública como proyecto piloto. El proyecto de reorganización comprende modificaciones fundamentales en la política relativa al personal sanitario, entre ellas el establecimiento de un servicio de carrera, a tiempo integral.

El Gobierno de Cuba solicitó la cooperación de la OPS para estudiar la completa reorganización del Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria y de todos los servicios de salud pública. Durante seis meses un consultor de la Organización colaboró con las autoridades de Cuba y se preparó un amplio proyecto, a base del cual se espera que, en 1960, se ponga en ejecución un proyecto de servicios integrados de salud pública. Este plan entraña la reorganización del Ministerio de Salubridad, así como de los servicios provinciales y municipales de salud pública, con una zona de demostración en una de las provincias.

En la República Dominicana se nombró una comisión nacional para estudiar la reorganización y ampliación de los servicios de salud pública.

En Ecuador, se creó un Departamento de Epidemiología, dentro de la Dirección General de Sanidad. El Departamento se estableció para dos zonas: la central, de Quito, y la costera, de Guayaquil.

En Guatemala se desarrolló un plan encaminado a reorganizar los servicios de salud pública, en el que se proyecta el establecimiento de una Dirección General de Sanidad Pública con cinco divisiones principales: saneamiento;

epidemiología; servicios locales; servicios técnicos generales y administración. Continuó el proceso de descentralización, con un sistema de regiones sanitarias. Se organizarán, en etapas sucesivas, siete de estas regiones que abarcarán todo el país.

En Honduras se preparó un plan nacional de salud pública que representa la reorganización de los servicios nacionales de sanidad, incluyendo la descentralización y desarrollo de servicios locales en un programa quinquenal.

Se fortaleció el plan de descentralización en Panamá y se propuso un programa a largo plazo para las regiones sanitarias.

Continuó, durante todo el año, la reorganización gradual del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, que se inició en 1957. Se organizaron los departamentos de higiene mental, investigaciones científicas y atención médica. Asimismo prosiguió la descentralización, a raíz de la división del país en cinco regiones sanitarias, tal como se recomendó en 1958. Las autoridades sanitarias continuaron patrocinando el servicio de carrera, con puestos a tiempo integral. El total de trabajadores sanitarios profesionales incluidos en ese grupo ascendió a 98, mientras el año anterior fue de 80. Apareció una nueva publicación, *Salud y Bienestar*, como órgano oficial informativo del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, y se distribuyó con regularidad durante todo el año.

En el Perú continuó la descentralización con la organización, lenta pero constante, de nuevas zonas sanitarias atendidas por personal a tiempo completo. Hacia fines de 1959, el gobierno proyectaba una nueva reorganización de la estructura sanitaria nacional.

En la provincia de El Chaco, Argentina, se dió un importante paso hacia la descentralización con la transferencia de los servicios de asistencia médica, de nivel nacional, a nivel provincial. Simultáneamente, empezó la reorganización de los servicios sanitarios en la provincia y se preparó un proyecto de Código Sanitario que fue presentado al congreso local. Este es el primer paso que ha dado el país a este respecto y se espera que repercutirá en los servicios sanitarios de otras provincias. Se han recibido ya varias solicitudes de asistencia en este campo, procedentes de otras provincias.

Merece también mención la constante tendencia, que se observa en varios países, a aumentar las asignaciones presupuestarias para las actividades sanitarias. Otra de las características del creciente interés que la salud pública despierta en los países, es el notable aumento de personal a tiempo completo en los servicios de sanidad.

Se han mantenido y ampliado las actividades locales en las zonas de demostración, con el fin de poner de manifiesto lo que puede conseguirse mediante las técnicas y métodos modernos. Nueve de los proyectos de servicios integrados de salud pública cuentan con zonas de demostración. Se ha venido dedicando especial atención a que estos servicios de demostración se ajusten al desarrollo económico y social de los respectivos países, a fin de que se pueda repetir el programa en cualquier otro lugar del país.

La provincia de El Chaco, Argentina, se ha dividido en distritos sanitarios, el primero de los cuales se organizó en 1959. Se crearon unidades provinciales de higiene materno-infantil, atención médica, enfermedades transmisibles, saneamiento y administración, y empezaron a funcionar, en el primer distrito, varios centros locales de salud. Entre ellos figuran el de Villa Libertad y Villa Alvear en Resistencia, capital de la provincia; Puerto Villuelas y Puerto Tirol. Todos estos centros cuentan con los servicios de directores a tiempo completo y de un personal apropiado. Asimismo se crearon en la provincia 11 puestos de sanitarios, y se están construyendo dos nuevos centros de salud. Una de las medidas más importantes de este programa ha sido el establecimiento de una escala de sueldos satisfactoria, gracias a la que resultarán más atractivos los puestos de salud pública.

El Subdepartamento de Estadísticas fue uno de los que desplegaron mayor actividad en el curso del año, en el que logró diversos resultados de interés. El jefe de esta unidad y dos ayudantes recibieron adiestramiento especializado (AMRO-10). Se introdujo en toda la provincia, un modelo de certificado de defunción, que sigue el formulario del certificado médico recomendado internacionalmente. En breve empezarán también a utilizarse los certificados de nacimientos vivos y de muertes fetales, que ya han sido preparados.

Se levantó un censo de la zona de demostración y se organizó un departamento de estadística en un hospital.

Se están elaborando los planes para la organización de un laboratorio central y de un curso de adiestramiento del personal. También están en marcha otros planes sobre educación sanitaria.

En Colombia, prosiguieron las actividades en las zonas piloto locales de los Departamentos del Norte de Santander y Boyacá, y empezaron a funcionar, durante el año, tres nuevos departamentos (Cundinamarca, Nariño y Magdalena), utilizando personal recientemente adiestrado, contratado a tiempo completo. Con esto, el total de centros en funcionamiento de acuerdo con el programa, se eleva a 20, lo que representa un aumento de 11. Dos centros de salud, cerca de Bogotá, han sido especialmente organizados y provistos del personal apropiado para servir como zonas de prácticas en servicios de campo. El gobierno está sumamente interesado en este programa, y se han hecho negociaciones para prorrogarlo por un período de cinco años con el objeto de organizar un centro piloto en cada departamento del país.

Estos centros piloto se utilizarán tanto para la prestación de servicios como para el adiestramiento de personal. Se ha preparado un *Manual de procedimientos* que comprende las normas mínimas para el desarrollo del programa en cada centro de salud, y se espera que en 1960 se aplicarán estas normas en todos los centros.

Los centros de salud de San Cristóbal y Ciudad Trujillo, República Dominicana, continúan prestando servicio a sus respectivas zonas y contribuyen a la formación del personal de salud pública de todas clases.

En Ecuador, se ampliaron los servicios mediante el establecimiento de cuatro nuevos centros de higiene materno-infantil en capitales de provincia.

En 1959, continuó funcionando la zona piloto de Guatemala, así como su centro de adiestramiento, y se reorganizó el sistema de registro.

El área de demostración de Honduras se extendió a otros cinco municipios. El centro piloto de salud, Las Crucitas, establecido a principios de 1958, amplió sus servicios, especialmente en materia de higiene materno-infantil y en saneamiento, y, a principios de 1959, se inauguró el primer puesto sanitario.

El programa de demostración sanitaria del estado de Guanajuato, México, ha ido avanzando hacia uno de sus objetivos: la demostración de la coordinación de todas las actividades sanitarias del distrito. Se está tramitando el establecimiento de un sistema de distritos sanitarios para el Estado. Las autoridades municipales vienen mostrando un creciente interés en el programa, y los fondos asignados por los gobiernos locales han aumentado considerablemente.

Se emprendió un estudio de la reorganización de las regiones sanitarias en Panamá, con el objeto de desarrollar planes a largo plazo. Se procedió a modernizar y estandarizar el sistema de registro utilizado en los centros de salud, utilizando como base los registros del centro de salud de La Chorrera. Se inició el estudio de la reorganización de los departamentos urbanos de sanidad, de la Ciudad de Panamá y de Colón. Asimismo se está estudiando el sistema a seguir en los informes que los centros de salud han de enviar a los grupos regionales y al central para que éstos puedan evaluar y supervisar la labor realizada.

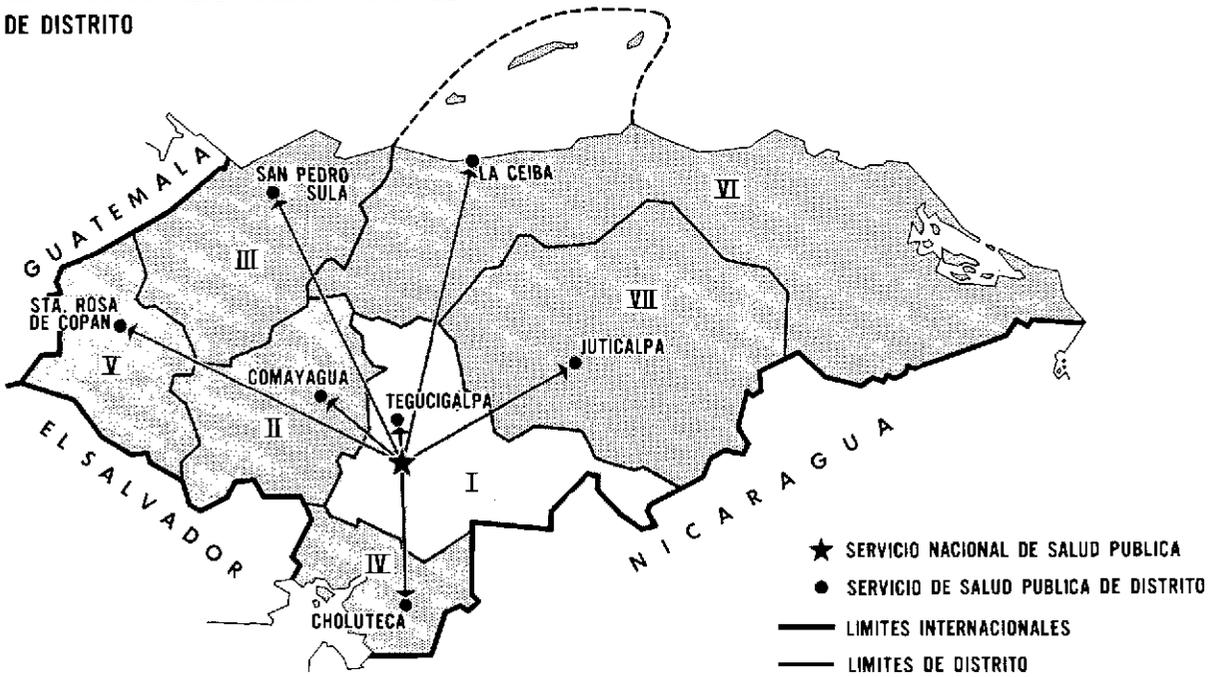
En Paraguay, se terminaron los edificios de dos nuevos centros de salud y se ampliaron otros cuatro. Se observa una tendencia encaminada a la descentralización de las actividades y a la asignación de más funciones ejecutivas a los servicios locales.

Cuatro nuevas unidades de salud, que empezaron a funcionar en Uruguay, provistas de personal debidamente adiestrado, prestaron servicios a las capitales de cuatro departamentos que anteriormente no contaban con esas unidades, quedando así cubierta toda el área y proporcionando una firme base para las apropiadas actividades sanitarias en los cinco departamentos del proyecto de demostración.

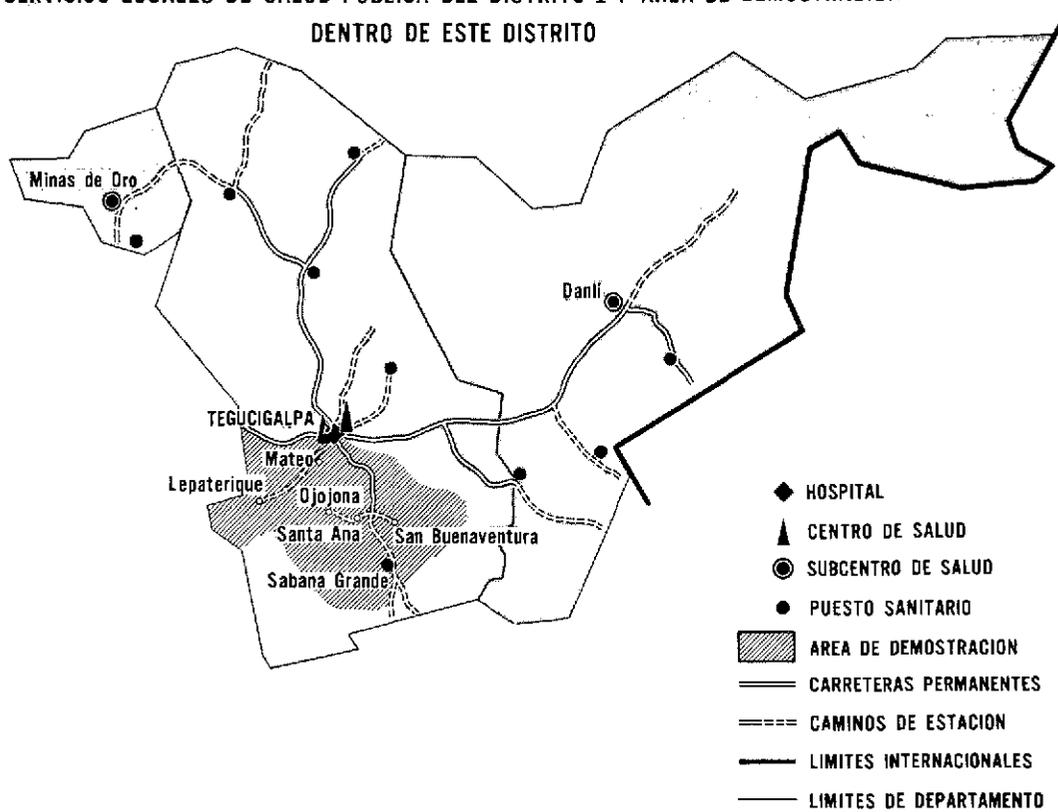
Las principales actividades de los centros de salud de los proyectos de demostración corresponden a la higiene ma-

PLAN DE ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD PUBLICA DE HONDURAS

SERVICIOS DE SALUD PUBLICA NACIONALES Y DE DISTRITO



SERVICIOS LOCALES DE SALUD PUBLICA DEL DISTRITO I Y AREA DE DEMOSTRACION DENTRO DE ESTE DISTRITO



ternoinfantil, al saneamiento del medio y al control de las enfermedades transmisibles. Los capítulos relativos a higiene maternoinfantil y a saneamiento del medio contienen algunas observaciones sobre las dos primeras clases de actividades. En cuanto al control de las enfermedades transmisibles, se procedió de manera habitual a la vacunación contra la viruela; frecuentemente se administró vacuna contra la difteria, pertussis y tétanos, en combinación; y en algunos casos también se administraron vacunas BCG, antipoliomielíticas con virus muerto y antitíficas.

Adiestramiento de personal

El adiestramiento de personal constituye una parte necesaria e importante de los proyectos de demostración de los servicios integrados de salud pública. Por consiguiente, todo proyecto de demostración comprende, además de la adjudicación de becas para cursar estudios académicos oficiales, cursos organizados localmente, así como adiestramiento durante el servicio.

La información sobre becas para estudios oficiales figura en el capítulo relativo a educación y adiestramiento; por consiguiente, en la presente sección se trata principalmente de los cursos y actividades de adiestramiento durante el servicio, que se llevan a cabo en los proyectos integrados de salud pública.

Como indica el Cuadro II, en 1959, completaron sus cursos 667 trabajadores de salud pública, lo que representa un

CUADRO II. NUMERO Y CLASES DE PERSONAL QUE COMPLETO CURSOS EN PROYECTOS INTEGRADOS DE SALUD PUBLICA, 1959

Proyecto	Total	Médicos	Inspectores sanitarios	Enfermeras	Auxiliares de enfermería	Estadígrafos	Otro personal
Total	667	16	227	48	274	12	90
Argentina—7	78	—	17	—	24	12	25 ^a
Colombia—4	149	—	78	15	56	—	—
El Salvador—5	67	—	24	21	22	—	—
Guatemala—8	62	16	—	12	34	—	—
Honduras—4	79	—	30	—	29	—	20 ^b
México—22	10	—	10	—	—	—	—
Panamá—1	49	—	8	—	41	—	—
Paraguay—10	122	—	40	—	37	—	45 ^c
Uruguay—5	51	—	20	—	31	—	—

— Ninguno. ^a Doce (médicos, enfermeras, ingenieros y odontólogos) asistieron a un curso de salud pública general, 13 (maestros) asistieron a un curso sobre nutrición. ^b Distribuidores de leche. ^c Veinte asistieron a un curso sobre clasificación de causas de defunción, 15 (parteras) asistieron a un curso sobre salud pública y 10 recibieron adiestramiento en un curso sobre técnicas de laboratorio.

aumento de 215 con respecto al año anterior. Los dos grupos mayores fueron el de los inspectores sanitarios (227) y el de auxiliares de enfermería (274). En ambos campos, el número de personas que recibieron preparación en estos cursos fue mucho mayor que el correspondiente a 1958.

El tipo de curso ofrecido en estos proyectos varía considerablemente; algunos son de breve duración, mientras que otros se prolongan por períodos de varios meses. La instrucción es académica y práctica, y las proporciones varían según los casos. El presente informe contiene también datos relativos a la duración y a las horas de instrucción teórica y práctica en los cursos para enfermeras y auxiliares de enfermería (Cuadro IV) y para inspectores sanitarios (Cuadro III).

En la Argentina se completó el primer curso de 10 meses para inspectores sanitarios, al que asistieron 17 estudiantes; el segundo curso se inició en el mes de mayo. Asimismo, se organizó un curso de orientación en salud pública, que duró tres meses, al que asistieron 12 profesionales; médicos, enfermeras, ingenieros y dentistas. El Subdepartamento de Estadística organizó un curso de dos meses y medio para sus estadígrafos y para los pertenecientes a los centros de salud y otros departamentos. Los asistentes a este curso fueron 12. Es de esperar que la celebración de un curso de estadística en un nivel provincial ejerza una influencia provechosa en la obtención y uso de datos. Hubo también dos cursillos sobre nutrición, uno de ellos dedicado a auxiliares de enfermería (2 meses; 24 estudiantes) y otro sobre educación en nutrición e higiene escolar, dedicado a maestros (1 mes; 12 estudiantes).

CUADRO III. CURSOS PARA 227 INSPECTORES SANITARIOS LLEVADOS A CABO EN 1959 EN PROYECTOS INTEGRADOS DE SALUD PUBLICA

Proyecto	Número de inspectores sanitarios	Duración en meses	Horas		Fecha de terminación
			Teoría	Práctica	
Argentina—7	17	10 ^a	1,096	480	10 enero, 1959
Colombia—4	27	6	400	392	24 marzo, 1959
	22	5	400	392	19 septiembre, 1959
	29	5	400	392	9 noviembre, 1959
El Salvador—5	24	9	1,018	315	...
Honduras—4	13	6	457	440	21 marzo, 1959
	17	6	333	653	28 noviembre, 1959
México—22	10	3	...	...	2 octubre, 1959
Panamá—1	8	4	...	...	...
Paraguay—10	40	8	1,170	400	junio, 1959
Uruguay—5	20	11	754	300	julio, 1959

... No hay datos disponibles. ^a Calculado.

CUADRO IV. CURSOS PARA ENFERMERAS DE SALUD PÚBLICA Y PARA AUXILIARES DE ENFERMERÍA LLEVADOS A CABO, EN 1959, EN PROYECTOS INTEGRADOS DE SALUD PÚBLICA

Proyecto	Enfermeras de salud pública				Auxiliares de enfermería				Fecha de terminación	
	Número	Dura- ción en meses	Horas		Fecha de terminación	Número	Dura- ción en meses	Horas		
			Teoría	Práctica				Teoría		Práctica
Total	48					274				
Argentina—7	—	—	—	—	—	24	2	20	18	24 dic., 1959
Colombia—4	15 ^a	12	797	1,329	18 feb., 1959	30	3.5	174	432	6 agosto, 1959
						26	3	182	398	28 agosto, 1959
El Salvador—5	21	8	...	...	...	22	8	520	646	...
Guatemala—8	12	8		790	5 sept., 1959	16	4	314	264	30 mayo, 1959
						18	4	314	264	31 dic., 1959
Honduras—4	—	—	—	—	—	16	6	410	517	31 marzo, 1959
						13	6		1,003	28 nov., 1959
Panamá—1	—	—	—	—	—	41	7.5	307	874	3 julio, 1959
Paraguay—10	—	—	—	—	—	37	8	453	839	dic., 1959
Uruguay—5	—	—	—	—	—	31	10	462	840	mayo, 1959

... No hay datos disponibles. — Ninguna. ^a Enfermeras de salud pública-parteras.

A principios de 1959 terminó en Colombia el octavo curso de enfermería de salud pública y obstetricia para diplomadas, en el que participaron 15 enfermeras. El noveno curso se inició a primeros del mismo año, con la asistencia de 22 estudiantes. También a comienzos de 1959 se completó un curso de adiestramiento para 27 inspectores sanitarios, y en meses ulteriores se celebraron otros dos cursos para 22 y 20 inspectores sanitarios, respectivamente. Igualmente, hubo dos cursos para auxiliares de enfermería, a los que asistieron 56 cursillistas. Además de estas actividades comprendidas en el proyecto, se inició, a fines de año, en la Escuela de Salud Pública, un curso, de un año de duración, en administración de salud pública, en el que participaron 19 profesionales.

Las actividades de adiestramiento del personal, en Guatemala, fueron las siguientes: un curso en salud pública, de siete meses de duración, para médicos, con 16 participantes; un curso de ocho meses, en salud pública, dedicado a enfermeras, con 12 asistentes; y dos cursos para auxiliares de enfermería, con 16 y 18 estudiantes, respectivamente. En el mes de mayo comenzó un curso sobre laboratorios de salud pública, que continuará hasta abril de 1960, con asistencia de 16 auxiliares de laboratorio.

El personal internacional en Guatemala prestó servicios consultivos en medicina, enfermería y enseñanza odontológica. Por ejemplo, fueron objeto de estudio la creación y organización del Departamento de Medicina Preventiva y Social, que utilizará los servicios de un pequeño centro de salud, y el nombramiento de profesores a tiempo completo.

El personal nacional e internacional del proyecto participó en un curso de enfermería de salud pública para la escuela nacional de enfermería.

En Honduras, se completó a principios de 1959, un curso para auxiliares de enfermería que se había iniciado en abril del año anterior y al que asistieron 16 estudiantes. Este curso fue seguido de otro en el que participaron 13 auxiliares de enfermería. El segundo curso para inspectores sanitarios, inaugurado a fines de 1958, terminó a principios de año y asistieron a él 13 estudiantes. Igualmente se completó el tercer curso, en el que recibieron adiestramiento 17 inspectores. Se celebró un curso de un mes, con un total de 123 horas de clase y demostraciones, para 20 personas encargadas de puestos de distribución de leche.

En el Estado de Guanajuato, México, tuvo lugar un curso de tres meses para inspectores sanitarios al que concurrieron 10 personas.

Asimismo, 41 estudiantes terminaron un curso de 7 meses y medio para auxiliares de enfermería, iniciado a fines de 1958 en Panamá.

En Paraguay tuvo lugar un curso de ocho meses para auxiliares de enfermería, al que asistieron 37 estudiantes. Además, 15 parteras siguieron un curso de orientación en salud pública, que duró tres meses. También se celebró un curso de un mes y medio para técnicos de laboratorio, al que asistieron 10 cursillistas, y se completó otro de ocho meses, iniciado en 1958, para inspectores sanitarios, al que asistieron 40 estudiantes.

En Uruguay, 20 inspectores sanitarios terminaron el curso

de 11 meses iniciado a fines de 1958, y 31 auxiliares de enfermería completaron un curso de 10 meses, que comenzó en agosto de 1958.

La Organización continuó utilizando y fomentando el método de seminarios y discusiones de mesa redonda, sobre varios aspectos de la salud pública.

En Argentina el Instituto de Nutrición organizó, con la colaboración de la FAO, OEA y OPS, un seminario sobre encuestas relativas a los alimentos. El gobierno de El Chaco organizó un seminario sobre higiene materno-infantil, en Resistencia, en el que se estudiaron los métodos de protección de la salud materno-infantil, sobre la base de los medios disponibles, tanto respecto al personal como a los fondos. El capítulo referente a higiene materno-infantil contiene información sobre estos seminarios.

En Colombia, se celebró a fines de año el segundo seminario sobre saneamiento del medio, en el que participaron todo el personal de saneamiento, que trabaja en el proyecto, los directores de los centros y otras personas destacadas en este campo.

En la República Dominicana, el personal participó en un seminario organizado por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Previsión Social, en el que se analizaron los aspectos sanitarios, económicos y educativos del bienestar social.

En Guatemala tuvo lugar un seminario sobre saneamiento del medio, dedicado especialmente a inspectores sanitarios. En este seminario se analizó la nueva organización de los servicios locales y las funciones de los inspectores. Como resultado de esta reunión, se fundó la Asociación de Inspec-

tores Sanitarios. Igualmente se celebró en Guatemala una discusión de mesa redonda sobre la poliomiélitis y otra sobre la oncocercosis. Estas actividades sirvieron de estímulo para las debidas medidas de control de esas enfermedades.

Se han aprobado los planes para el próximo Primer Seminario Nacional de Salud Pública, que ha de tener lugar a principios de 1960, en Honduras. En este seminario se estudiarán las actividades sanitarias de todo el país, con la esperanza de llegar a un sistema de trabajo mejor orientado y más coordinado.

En Paraguay se celebró una discusión de mesa redonda con el objeto de estudiar la mejor utilización posible de los servicios del personal de salud pública, y de los recursos con que se cuenta. A esta reunión asistieron los oficiales médicos encargados de los centros de salud de dos de las regiones sanitarias, así como los jefes de los departamentos centrales.

También se organizó en este mismo país, un simposio sobre nutrición materna, infantil y familiar, con la participación del personal internacional, tanto de la zona del proyecto como regional.

Como ejemplo de planificación para varios años, puede citarse, en el Uruguay, el programa de adiestramiento de auxiliares de enfermería y de inspectores sanitarios para el próximo quinquenio. En este programa se proyecta adiestrar 133 visitadoras sanitarias (auxiliares de enfermería) y unos 50 inspectores sanitarios.

En 1960, la Organización proyecta cooperar con los países en la evaluación de estas actividades de adiestramiento para analizar su eficacia y reajustar la metodología y el contenido, en los casos en que así lo aconseje la experiencia obtenida.

Estadística sanitaria

La actividad más importante en la estadística sanitaria fue ampliar los servicios de consultores en el campo, mediante la contratación de 4 consultores a corto plazo así como también de 4 consultores a tiempo completo en estadística asignados a las Zonas. Otra de las actividades desarrolladas durante el año fue la recopilación y análisis de datos para el informe *La Salud en las Américas y la Organización Panamericana de la Salud*. Estos datos muestran en forma concisa los problemas de salud de las Américas y los recursos de personal. Las actividades de estadística sanitaria se exponen en cuatro secciones: a) Recopilación, análisis y distribución de información estadística; b) Programa de educación y adiestramiento; c) Actividades en los países, y d) Reglamento Sanitario Internacional.

Recopilación, análisis y distribución de información estadística

A solicitud de un Subcomité del Senado de los Estados Unidos, que estaba estudiando el papel desempeñado por este país en el campo de salubridad internacional, se compilaron datos sobre los problemas de la salud de las Américas. El informe preparado, además de haber sido publicado en inglés como documento del referido Subcomité, se está editando en español y portugués y será distribuido en la XI Conferencia Interamericana de la Organización de los Estados Americanos que se celebrará en Quito, Ecuador, así como a funcionarios de salud pública. El propósito del informe es dar contestación a preguntas relativas a las condiciones de salud en las Américas tales como: cuál es la na-

turalidad de los problemas de salud; cuáles los recursos técnicos y materiales disponibles para resolverlos, y cuál el papel desempeñado por la Organización en la solución de los mismos.

Los problemas se indican en 59 gráficos, con referencia a la totalidad del Continente. Además de exponer la situación actual, el informe estima las necesidades para 1980, año en que se calcula que la población de las Américas sobrepasará los 600 millones de habitantes. Se concede especial importancia al personal necesario para los servicios de salud y para la educación y adiestramiento de trabajadores de salud para este programa. En el documento figura información relativa a médicos, personal de enfermería y de saneamiento del medio, veterinarios, odontólogos y demás personal de salud. Se espera que el informe estimule el interés y promueva los esfuerzos de cuantos están auténticamente preocupados por el destino de cada país y de las Américas en general.

El crecimiento de la población y el cálculo aproximado de la misma para el año 2000, se indican en los Cuadros V y VI y en la figura que se acompaña, los cuales contienen datos publicados por las Naciones Unidas. Para el año 2000

CUADRO V. POBLACION DEL MUNDO, DE LAS AMERICAS Y DE LAS TRES REGIONES DE LAS AMERICAS EN 1920 Y 1940, Y POBLACION ESTIMADA PARA LOS AÑOS 1960, 1980 Y 2000 (En millones de habitantes)

Región	1920	1940	1960	1980	2000
Mundial	1,810	2,246	2,910	4,200	6,280
América	208	277	403	603	904
América del Norte ^a	117	146	197	254	312
Mesoamérica	30	41	66	115	198
América del Sur	61	90	140	234	394

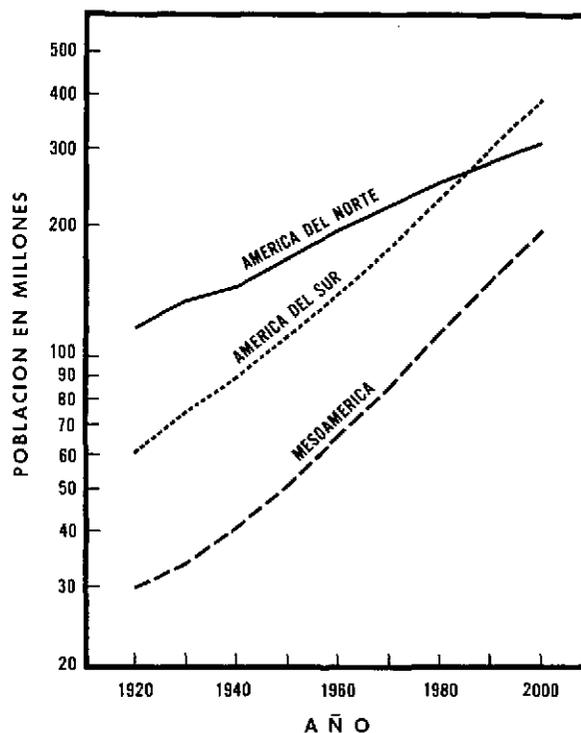
^a Los cálculos de la Oficina de Censo de Estados Unidos para la población de este país en 1980, elevan la cifra de América del Norte a 270 millones y la de las Américas a 619 millones.

CUADRO VI. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION DE LAS AMERICAS POR REGIONES, 1920-2000

Región	1920	1940	1960	1980	2000
Total	100	100	100	100	100
América del Norte	56	53	49	42	34
Mesoamérica	15	15	16	19	22
América del Sur	29	32	35	39	44

Fuentes de información: Naciones Unidas, *Statistical Yearbook 1958*; Naciones Unidas, ST/SOA/Series/A/28.

AUMENTO DE LA POBLACION EN LAS TRES REGIONES DE LAS AMERICAS, 1920-1950, Y AUMENTO ESTIMADO, 1950-2000



Fuente: Naciones Unidas, *Statistical Yearbook, 1958*
Naciones Unidas, ST/SOA/Series A/28

se estima que la población de las Américas llegará aproximadamente a los mil millones de habitantes, de los cuales alrededor de dos tercios corresponderán a Mesoamérica y Sudamérica, donde el ritmo de aumento de la población es el mayor del mundo. La población de América del Sur, solamente, quizá exceda a la de América del Norte (Estados Unidos y Canadá) en el año 2000.

El *Informe Epidemiológico Semanal* se preparó los martes de cada semana y se distribuyó por correo aéreo a las autoridades sanitarias. Contiene las últimas noticias sobre enfermedades cuarentenables. En el Cuadro IX, aparece el número de casos de las cinco enfermedades cuarentenables notificadas en las Américas, en 1959. Se recibieron notificaciones relativas acerca de 4,000 casos de enfermedades cuarentenables, de los cuales 3,447 eran de viruela. Están mejorando los sistemas de notificación.

Las zonas en que ocurren casos de enfermedades cuarentenables, se denominan "áreas locales infectadas." Estas áreas se declararán libres de la infección según el Artículo 6 del *Reglamento Sanitario Internacional*, cuando se hayan adoptado y mantenido todas las medidas profilácticas para impedir la reaparición de la enfermedad y su propagación

a otras áreas, y cuando haya transcurrido un plazo determinado sin que haya ocurrido un nuevo caso.

Además, de la información relativa a las enfermedades cuarentenables el *Informe Epidemiológico Semanal* presenta el número de casos notificados periódicamente de malaria y poliomiélitis.

Se verificó un análisis de las notificaciones de malaria enviadas a los servicios nacionales de sanidad, hechas principalmente sobre la base del diagnóstico clínico, y de las notificaciones al programa de erradicación de la malaria, hechas sobre la base de confirmaciones de laboratorio. En este programa, los métodos de descubrimiento de casos que se están aplicando dan por resultado un aumento de casos confirmados. Es necesario coordinar los procedimientos de notificación a fin de evaluar los resultados del programa de erradicación de la malaria.

La publicación trimestral *Estadística Sanitaria* facilita los totales mensuales de casos de cinco enfermedades cuarentenables por localidades de los países, y de otras enfermedades notificables por países. Además, esta publicación contiene informes de especial interés en estadísticas sanitarias.

Las administraciones de sanidad de las Américas fueron informadas de los progresos de la campaña de la erradicación del *Aedes aegypti*, del punto de vista *Reglamento Sanitario Internacional*, mediante resúmenes especiales, mensuales y trimestrales, publicados en el *Informe Epidemiológico Semanal*. Estos resúmenes contienen información sobre la inspección de localidades de tráfico internacional y el número de localidades visitadas.

A fin de facilitar cifras sobre los casos notificados de enfermedades notificables, se está preparando un segundo *informe decenal sobre enfermedades de notificación obligatoria*, correspondiente al período 1949-1958. Además del número de casos del decenio clasificados por países, se ofrecen datos seleccionados pertenecientes al trienio 1956-1958. Los casos de enfermedades cuarentenables y malaria se clasifican por unidades mayores de la división política para poder estudiar la distribución de dichas enfermedades. Asimismo, se facilitan por grupos de edad, datos acerca de las enfermedades siguientes: difteria, encefalitis infecciosa aguda, escarlatina, fiebre tifoidea, infecciones meningocócicas, lepra, malaria, poliomiélitis aguda, sarampión, tífus transmitido por piojos y tos ferina. Se proporciona información relativa a las zoonosis siguientes: encefalitis transmitida por artrópodos, leptospirosis, triquinosis, tripanosomiasis y tuberculosis bovina. Con respecto al ántrax, brucelosis, hidatidosis y rabia se incluye el número de casos ocurridos en el hombre y en los animales.

Programa de educación y adiestramiento

Los principales campos de actividad comprenden el adiestramiento de estadísticos en el curso anual de la Escuela de Salubridad de Chile y los cursillos de adiestramiento sobre la clasificación de causas de defunción, ofre-

cidos por el personal del Centro Latinoamericano de Venezuela. Asimismo, se dió mayor extensión que en cualquiera otra época a los servicios consultivos de estadística médica. Además se reunió un Grupo de Trabajo sobre el establecimiento de certificados médicos, para tratar de la enseñanza de los métodos de certificación médica a los estudiantes de medicina.

Curso en estadística vital y sanitaria, AMRO-10

La Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile ofreció su séptimo curso de estadísticas vitales y sanitarias para estadísticos procedentes de ocho países. La Organización otorgó becas para este curso a 13 alumnos de los países siguientes: Argentina, 6; Colombia, 1; Honduras, 1; Perú, 3; y Uruguay, 2. En este Centro han recibido adiestramiento 255 estadísticos de 20 países, de los cuales 128 eran chilenos y 127 de otros países. La mayoría de estos últimos recibieron becas de la Organización. En el Cuadro VII figura la distribución de estudiantes.

CUADRO VII. DISTRIBUCION POR PAIS DE ORIGEN, DE LOS ESTUDIANTES DE LOS CURSOS DE ESTADISTICA VITAL Y SANITARIA, CHILE, 1953-1959

País	Número	País	Número	País	Número
Total	255				
Argentina	27	Ecuador	6	Panamá	6
Bolivia	6	El Salvador	3	Paraguay	9
Brasil	2	Guatemala	6	Perú	15
Colombia	5	Haití	3	República Dominicana	1
Costa Rica	6	Honduras	1		
Cuba	2	México	13	Uruguay	10
Chile	128	Nicaragua	3	Venezuela	3

La Escuela de Salubridad, que dirige este curso anual, cuenta con un excelente profesorado de bioestadística, integrado por siete profesores empleados a tiempo completo y varios profesores empleados a tiempo parcial que colaboran en la enseñanza. La influencia del Centro puede verse a través de la actuación de sus graduados. Las solicitudes de admisión varían según los países y en los últimos años han sido muchas las recibidas de Argentina.

Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades, AMRO-85

Las actividades desarrolladas en el Centro Latinoamericano durante 1959, han contribuido en gran manera al mejoramiento de la clasificación. Con anterioridad a dicho año, se habían celebrado en el Centro establecido en Caracas, Venezuela, tres cursos para 42 personas procedentes de 16 países. Además, en 1958 se dieron cursos en Colombia y

la República Dominicana para 15 y 13 estudiantes, respectivamente. En 1959, se ofrecieron cinco cursos en cinco países, con asistencia de 126 alumnos: Argentina, 32; Panamá, 41; Paraguay, 21; Perú, 22; y Venezuela, 10. De este modo, mediante estos 10 cursos, 196 personas de 17 países (distribuidos según indica el Cuadro VIII) recibieron adiestramiento, en español, sobre clasificación de causas de defunción.

CUADRO VIII. DISTRIBUCION, POR PAIS DE ORIGEN, DE LOS ESTUDIANTES DE LOS CURSOS SOBRE CLASIFICACION, 1954-1959

País	Número	País	Número	País	Número
Total	196				
Argentina ^a	33	El Salvador	1	Panamá ^a	47
Colombia ^a	21	Guatemala	6	Paraguay ^a	22
Costa Rica	3	Haití	1	Perú ^a	25
Cuba	1	Honduras	1	República Dominicana ^a	14
Chile	2	México	8	Venezuela	4
Ecuador	2	Nicaragua	4	OSP	1

^a Cursos celebrados en estos países.

La influencia de este Centro se ha extendido ampliamente en las Américas y ha aumentado el interés por el empleo del formulario internacional de certificado médico y por la *Clasificación Internacional de Enfermedades*.

Grupo de trabajo sobre educación y adiestramiento en certificación médica, AMRO-98

Del 26 al 30 de mayo, el Grupo de Trabajo sobre educación y adiestramiento en certificación médica se reunió en el Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades, de Caracas, Venezuela. Los objetivos de la reunión consistieron en realizar un estudio completo del estado de instrucción y adiestramiento de los alumnos de medicina en lo relativo a certificación médica; intercambiar puntos de vista sobre las diversas técnicas pedagógicas y preparar recomendaciones sobre la enseñanza de la mencionada materia en las escuelas de medicina. Con anterioridad a la reunión, la Sede de la OMS preparó, en forma resumida, más instrucciones sobre la certificación médica de causas de defunción tomando como base los datos contenidos en los programas de las escuelas de medicina, en informes solicitados y en otra información disponible. En el Grupo de Trabajo participaron doce profesores y estadísticos de los países siguientes: Argentina, 1; Brasil, 1; Colombia, 2; Chile, 1; Estados Unidos, 1; México, 1; Panamá, 1; Uruguay, 1; y Venezuela, 1.

El informe del Grupo de Trabajo, titulado: *La Enseñanza de la Certificación Médica de las Causas de Defunción*, se publicará en español en el *Boletín* de la OSP. Este informe será distribuido a las escuelas de medicina, donde podrá ser útil a los profesores en las enseñanzas relativas a la certificación médica.

Enseñanza de Estadística Médica

Continuaron los progresos en la enseñanza de estadística médica, mereciendo destacarse la contribución de tres jefes de departamento de bioestadística de escuelas de salud pública. Uno de ellos visitó varias escuelas de medicina del Brasil, para asesorar en el desarrollo de las estadísticas sanitarias. Otro, llevó a cabo un programa de conferencias y servicios consultivos en las escuelas de medicina y salubridad de Centro América, México, Perú y Venezuela. En todos los países que visitó existe gran interés por mejorar o implantar la enseñanza de estadísticas en los planes de estudios médicos. El tercero estuvo en Brasil, Chile, y Argentina, dando conferencias sobre la misión de la estadística en los problemas de investigación médica y ensayos clínicos.

Un consultor dió dos cursos sobre estadística de malaria en el Centro de Adiestramiento para la Erradicación de la Malaria, de Jamaica. El primer curso del año fue dado por el consultor de la Zona III. A finales del año se nombró un estadístico de malaria, el cual quedará encargado de la mayor parte de la enseñanza. Los consultores en estadística desempeñaron también algunas funciones docentes, de esta especialidad, en los países en que se encontraban prestando servicio.

Actividades en los países

Además de la recopilación, análisis y distribución de datos, el programa de la Organización en el campo de las estadísticas sanitarias comprende la cooperación en el mejoramiento y ampliación de servicios estadísticos de sanidad en las Américas. En las Oficinas de Zona hay consultores de estadística para esta finalidad específica. Durante el año, los consultores de las Zonas II y III continuaron su labor en los países de Mesoamérica. A fines de año, se nombraron consultores en estadística para las Zonas I y VI y en Zona V prestó servicio un consultor a corto plazo. Además, los consultores, cuyas actividades se mencionan bajo el título "Enseñanza de Estadística Médica," también prestaron servicio en los países.

Diversas actividades desarrolladas en los países, y expuestas a continuación, indican progreso en la estadística sanitaria.

En Argentina, se observaron avances en el campo de la estadística sanitaria y se mostró gran interés por el programa de educación y adiestramiento. En 1959, se creó una Comisión de Estadística Vital y Sanitaria, administrada por el Consejo Nacional de Estadística. Con ello se esta-

bleció un mecanismo para la coordinación de actividades estadísticas. En la Provincia de El Chaco, el Subdepartamento de Bioestadística del Ministerio Provincial de Asistencia Social y Salud Pública ha organizado un buen servicio que cuenta con personal adiestrado y está realizando trabajos estadísticos en muchas actividades del Ministerio. Se están estableciendo los métodos de estadísticas vitales internacionalmente recomendados y ya se encuentra en uso un formulario de certificado médico. En las provincias de El Chaco y Córdoba se celebraron cursillos para adiestramiento de personal. Varios de los instructores habían recibido adiestramiento en estadística en la Escuela de Salud Pública de Chile (AMRO-10). El curso celebrado en El Chaco para 12 alumnos duró dos meses y medio, mientras que el de Córdoba de dos semanas de duración para 36 estudiantes, consistió de 42 horas de clases teóricas y prácticas y 40 horas de visitas y seminarios.

En Costa Rica se han trazado planes para reorganizar el Departamento de Bioestadística dentro del Ministerio de Salubridad Pública, a fin de lograr una mayor integración de las actividades estadísticas y una mejor utilización de los datos obtenidos mediante encuestas sobre enfermedades venéreas, lepra; cáncer y otras campañas similares.

En Cuba, se estudió la posibilidad de establecer en Pinar del Río, para todo el país, un centro de demostración, relativo a la preparación y uso de estadísticas sanitarias.

El Subdepartamento de Estadística del Servicio Nacional de Salud de Chile continuó su práctica de publicar, a principios de año, los informes correspondientes al año anterior, facilitando así, con toda prontitud, datos anuales para que puedan ser utilizados dentro del país o por los organismos internacionales. En 1959, la Comisión Nacional de Estadísticas Vitales y Sanitarias de Chile publicó un resumen de las actividades de tres de sus subcomisiones sobre cálculos de población, certificado médico de causas de defunción, y coordinación entre los servicios que preparan estadísticas vitales.

Se encuentra ya cercano el momento en que empezará a utilizarse en Honduras el certificado internacional de causas de defunción que está pendiente tan sólo de que queden sentadas sus bases legales. Esto hará posible un mejor análisis de las causas de mortalidad en Honduras. En el Hospital de San Felipe se está cambiando el sistema de recopilación de datos. Los nuevos métodos pueden extenderse a instituciones similares de otras partes del país.

Se formuló un plan piloto para mejorar la compilación y uso de estadísticas sanitarias en Celaya, México, el cual pudiera convertirse en modelo de otros similares y servir de base para un centro de adiestramiento e investigación en la recolección y elaboración de datos. En México, D. F., se ofrece adiestramiento en estadísticas sanitarias en las escuelas de medicina, de salud pública y de enfermería. Va en aumento el número de estadísticos que ingresan en el personal de la Escuela de Salubridad y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

El certificado internacional de causas de defunción ha sido introducido en Nicaragua, y se cree que comenzará a utilizarse inmediatamente con carácter nacional. Las capitales de departamento serán las primeras en aplicarlo. Se está proporcionando adiestramiento avanzado en estadística sanitaria a funcionarios esenciales de la oficina de bioestadística.

En Panamá progresan los trabajos de recopilación de datos sobre centros de salud, como medio de evaluar su función en el servicio de las necesidades sanitarias de la población. Se ha facilitado adiestramiento en la clasificación de causas de defunción a 41 personas empleadas en actividades de sanidad.

En Venezuela, el Departamento de Demografía y Epidemiología ha ampliado sus servicios y aumentado su personal adiestrado. Se ha iniciado la labor relativa a estadística hospitalaria. El Anuario de Epidemiología y Estadística Vital (1958) apareció antes de fin de año, estableciendo así una nueva marca de prontitud en su publicación. Varios informes sobre estadísticas de muertes violentas contienen análisis de este problema. El trabajo experimental de bioestadística, desarrollado en una zona, ha sido extendido a un estado vecino.

Aunque la responsabilidad del censo recaerá habitualmente en la oficina de estadística de cada país, los servicios de salud necesitan en gran manera datos del censo para muchas de sus actividades. Por ello, es preciso que los servicios de salud cooperen en el planeamiento del censo y en la tabulación de datos. En el mes de diciembre, las Naciones Unidas celebraron en Chile un Seminario sobre Evaluación y Utilización de Datos de los Censos de Población en América Latina. En dicho seminario se notificó que se habían establecido las siguientes fechas para los censos de los países que a continuación se indican:

Argentina	30 de septiembre de 1960
Brasil	1 de julio de 1960
Colombia	agosto de 1961
Cuba	1963
Chile	octubre-noviembre de 1960
Ecuador	noviembre de 1961
Honduras	marzo de 1961
México	mayo-junio de 1960
Panamá	11 de diciembre de 1960
Venezuela	noviembre de 1960
Federación de las Indias Occidentales	abril de 1960

Además, se facilitaron las fechas probables para los censos de los países siguientes:

Bolivia	septiembre de 1961
Guatemala	abril de 1961
Haití	1961 ó 1962

Nicaragua	mayo de 1961
Paraguay	1961
Antillas Neerlandesas	1961
Guadalupe, Martinica y Guayana Francesa	1961

Reglamento Sanitario Internacional

Según indica el Cuadro IX, cinco de las seis enfermedades cuarentenables existen en las Américas. El *Reglamento Sanitario Internacional*, adoptado en 1951, dispone la notificación inmediata de estas enfermedades cuarentenables a la Organización, y los procedimientos aplicables para asegurar la máxima protección contra la propagación internacional de dichas enfermedades, reduciendo a un mínimo cualquier posible interferencia con el tráfico mundial. El *Reglamento Sanitario Internacional* define expresamente las seis enfermedades cuarentenables y limita las medidas sanitarias aplicables en relación con otras enfermedades infecciosas. La nueva edición anotada del *Reglamento Sanitario Internacional* se publicó en español en 1959.

El 14 de mayo, Colombia se incorporó a la OMS y el Reglamento, que, en realidad, había sido aceptado y cumplido por dicho país antes de su ingreso en la Organización, entró oficialmente en vigor para Colombia tres meses después.

Una actividad importante de la Organización es la de cerciorarse de que las medidas adoptadas no exceden de

las que establece el Reglamento. Frecuentemente, esto exige explicar e interpretar detalladamente a las autoridades sanitarias las disposiciones del mismo, para evitar que, por el deseo de proteger a las poblaciones, se adopten medidas que, sobre ser ineficaces, compliquen innecesariamente los procedimientos de control.

CUADRO IX. CASOS NOTIFICADOS DE ENFERMEDADES CUARENTENABLES EN LAS AMÉRICAS, 1959

País	Fiebre amarilla selvática	Fiebre recurrente por piojos	Peste	Tifus por piojos	Viruela
Total	30	2	92	685	3,447
Argentina	—	—	—	4	34
Bolivia	2	1	—	29	7
Brasil	3	—	16	—	1,354
Colombia	21	—	—	13	867
Chile	—	—	—	6	1
Ecuador	—	—	40	290	1,184
Estados Unidos	—	—	4	—	—
México	—	—	—	247	—
Perú	1	1	32	96	—
Venezuela	1	—	—	—	—
Trinidad y Tabago	2	—	—	—	—

— Ningún caso notificado.

Saneamiento del medio

Los adelantos de mayor relieve logrados durante el año en el campo del saneamiento del medio fueron los relativos al programa de abastecimiento de agua a las colectividades. La Oficina estudió las formas de abordar este programa en la Región y realizó gestiones preliminares encaminadas principalmente a suscitar el interés de los Gobiernos Miembros, organismos internacionales y otras instituciones cuyo apoyo es necesario. Se recopiló información sobre la situación de los sistemas urbanos de abastecimiento de agua, población servida y tipos generales de organizaciones y problemas económicos, la cual fue analizada para que sirviera de orientación al elaborar el programa.

Además de las actividades dedicadas a los sistemas de abastecimiento de agua, en 1959 hubo una expansión del programa general de saneamiento del medio manifestada,

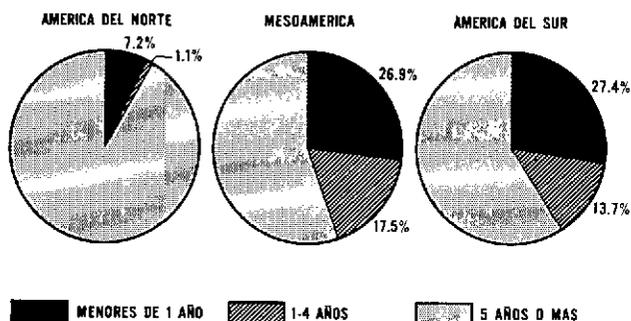
principalmente, en un mayor desarrollo de los servicios de saneamiento rural, en los proyectos integrados de salud pública. También se prestó atención a los problemas de las municipalidades, dentro de las áreas de los proyectos. Desde luego, se siguió velando por el fortalecimiento de los servicios de saneamiento en todos los niveles gubernamentales.

Abastecimiento de agua

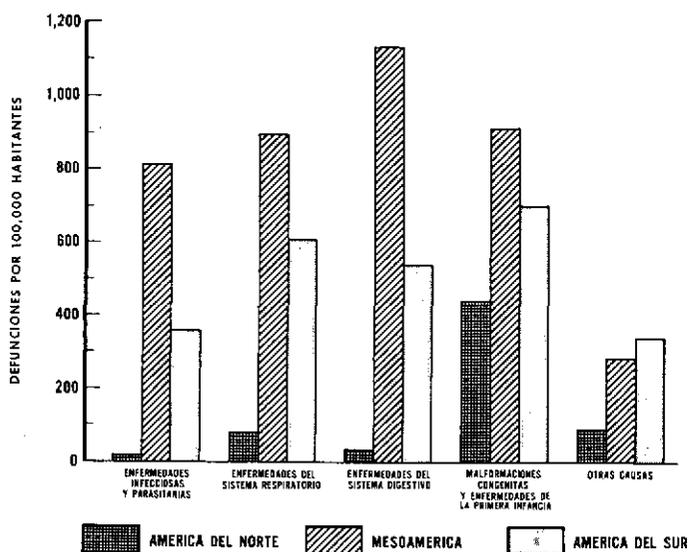
El año 1959 marcó el comienzo de un esfuerzo regional para abastecer de agua potable, en cantidades adecuadas, a todos los habitantes de las Américas. El apoyo unánime de la Asamblea Mundial de la Salud, la firme aprobación del Consejo Directivo de la OPS y la creación por ambas organizaciones de un Fondo Especial para el Abastecimiento de Agua, sirvieron oficialmente de base al programa.

La relación entre el agua y las enfermedades es muy conocida; ya se ha señalado, antes de ahora, que no basta con que haya agua potable, sino que es necesario disponer de ella en cantidad suficiente. Los índices de mortalidad en niños de 1 a 4 años revelan que las enfermedades diarreicas constituyen la primera causa de defunción, en 12 países latinoamericanos, y se encuentran entre las cinco primeras causas de defunción en los restantes. Se ha demostrado que la incidencia de las enfermedades diarreicas puede reducirse considerablemente llevando el agua a los hogares. Los gráficos que se acompañan contienen las tasas de defunción en la infancia y en la primera niñez correspondientes a tres regiones de las Américas; las tasas de defunción, por grupos de causas, por 100,000 niños, de uno a cuatro años de edad, y el porcentaje de la población que no dispone de servicios de abastecimiento de agua en ciudades de 2,000 habitantes o más en las Américas.

PORCENTAJE DEL TOTAL DE DEFUNCIONES QUE OCURREN EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO Y DE 1-4 AÑOS, EN LAS TRES REGIONES DE LAS AMERICAS, 1956



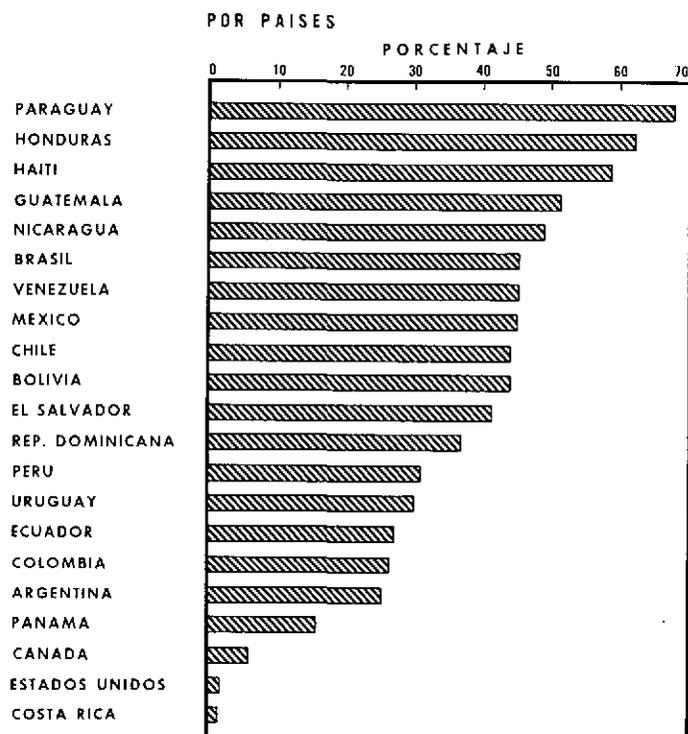
DEFUNCIONES POR 100,000 HABITANTES EN EL GRUPO DE EDAD DE MENORES DE 5 AÑOS, POR CAUSAS, EN LAS TRES REGIONES DE LAS AMERICAS, 1956



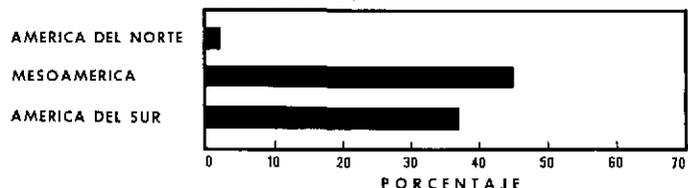
En las zonas urbanas de la región vive un vasto número de personas que carecen de servicio de agua. El gráfico que se incluye, indica la distribución general de los habitantes en las zonas rurales y urbanas de América Latina, mientras que el Cuadro No. X muestra el tanto por ciento de residentes en algunas ciudades elegidas al azar, que carecen de servicio de abastecimiento de agua. Ambos cuadros ilustran el hecho de que, al realizar el programa en los sectores donde la densidad de población es más elevada, se beneficia a un mayor número de personas con un gasto mínimo de tiempo y dinero.

Durante el primer trimestre de 1959, la Organización inició el acopio de datos relativos a los abastecimientos de agua en todos los países. Una vez reunidos estos datos, el Jefe del Departamento de Saneamiento del Medio y un ingeniero consultor visitaron países seleccionados al efecto, para examinar los puntos de vista de los funcionarios nacionales, conocer los problemas locales y estimular, en general, la atención a los programas nacionales de abastecimiento de agua.

PORCENTAJE DE POBLACION SIN SERVICIO DE ABASTECIMIENTO DE AGUA EN CIUDADES DE 2,000 O MAS HABITANTES, EN PAISES DE LAS AMERICAS, 1958



POR REGIONES



CUADRO X. TOTAL ESTIMADO Y PORCENTAJE DE LA POBLACION SIN SERVICIO DE AGUA^a EN CIUDADES DE 18 PAISES DE AMERICA LATINA^b EN 1958, POR PAIS Y TAMAÑO DE CIUDAD

País	Población estimada el 1º de julio 1958 (miles)	Ciudades de 50,000 o más habitantes				Ciudades de 10,000-49,999 habitantes				Ciudades de 2,000-9,999 habitantes						
		No. de ciudades	Población total		Población sin servicio de agua		No. de ciudades	Población total		Población sin servicio de agua		No. de ciudades	Población total		Población sin servicio de agua	
			Número (miles)	Por ciento	Número (miles)	Por ciento		Número (miles)	Por ciento	Número (miles)	Por ciento		Número (miles)	Por ciento	Número (miles)	Por ciento
Total	149,509	114	34,848	23.3	7,813	22	507	12,639	8.5	5,907	47	2,402	12,581	8.4	8,861	70
Argentina	20,256	26	9,158	45.2	1,241	14	84	2,241	11.1	732	33	375	2,053	10.1	1,439	70
Bolivia	3,305	4	557	16.9	160 ^c	29	4	118	3.6	83	70	40	182	5.5	136 ^d	75
Brasil	62,725	33	12,259	19.5	3,006	25	187	4,973 ^e	7.9	3,039	61	950	5,260 ^e	8.4	4,153	79
Colombia	13,522	14	3,189	23.6	669	21	42	923	6.8	266	29	254	949	7.0	413	44
Costa Rica	1,072	1	135	12.6	3	2	6	92	8.6	—	0	16	73	6.8	1	1
Chile	7,314	9	2,457	33.6	1,035	42	39	1,050	14.4	488	46	80	474	6.5	238	50
Ecuador	4,007	3	839	20.9	126	15	9	174	4.3	63	36	49	257	6.4	157 ^f	61
El Salvador	2,434	2	289	11.9	62	21	10	164	6.7	59	36	43	181	7.4	142	78
Guatemala	3,549	1	370	10.4	74	20	4	83	2.3	59	71	83	418	11.8	314	75
Haití	3,426	1	199	5.8	88	44	6	82	2.4	37	45	22	110 ^g	3.2	105	95
Honduras	1,822	1	97	5.3	52	54	4	88	4.9	54	61	29	136	7.5	94	69
Nicaragua	1,376	1	175	12.7	63	36	8	169	12.3	83	49	21	107	7.8	75	70
Panamá	995	2	198	19.9	—	0	3	45	4.5	23	50	21	92	9.2	30	32
Paraguay	1,672	1	240	14.4	100	42	3	51	3.1	51	100	40	168	10.0	161	96
Perú	10,213	3	1,437	14.1	114	8	22	762 ^h	7.5	134	18	151	962 ^h	9.4	735	76
República Dominicana ⁱ	2,791	2	429	15.4	99	23	7	146	5.2	72	49	27	166	5.9	103	62
Uruguay	2,710	1	850	31.4	150	18	28	594	21.9	218	37	43	187	6.9	123	66
Venezuela	6,320	9	1,970	31.2	771	39	41	884	14.0	446	50	158	806 ⁱ	12.8	442	55

— Ninguno. ^a Se considera que una casa o patio no tiene servicio de agua cuando no están conectados a la tubería del sistema de abastecimiento de agua. ^b Exclusive México porque no se dispone de datos por tamaño de ciudad y Cuba por falta de datos. ^c Estimación a base de los informes de tres de las cuatro ciudades. ^d Estimación a base de los informes de 22 de las 40 ciudades. ^e Población estimada en el supuesto de un incremento anual de 4.5 por ciento en la población censal. ^f Estimación a base de los informes de 12 de las 49 ciudades. ^g Población estimada en el supuesto de un incremento anual de 2.5 por ciento en la población censal. ^h Población estimada en el supuesto de un incremento anual de 4 por ciento en la población censal. ⁱ Población estimada en el supuesto de un incremento anual de 10 por ciento en la población censal de ciudades mayores de 50,000, y de 5 por ciento en todas las otras ciudades de más de 2,000 habitantes. ^j Estimación a base de la proporción de la población total de este grupo en el último censo.

La 12a Asamblea Mundial de la Salud, reunida en Ginebra en 1959, aprobó una resolución reconociendo que el suministro de agua potable a las poblaciones, en cantidad suficiente, es una medida importante para la protección y el mejoramiento de la salud, y pidió al Director General que, con la máxima prioridad, iniciara un programa encaminado a colaborar con los gobiernos en lo relativo al abastecimiento de agua a las poblaciones. Además, encomendó al Director General que abriera una cuenta especial para las contribuciones que se ofrezcan con objeto de ayudar a los gobiernos a establecer programas públicos de abastecimiento de agua. En su XI Reunión, celebrada en septiembre de 1959, el Consejo Directivo de la OPS aprobó una resolución similar que puede resumirse como sigue:

I) Que los gobiernos miembros den prioridad en sus programas nacionales a los proyectos encaminados a abastecer a las poblaciones de agua potable en cantidad suficiente, y dediquen a dichos proyectos todos los recursos nacionales e internacionales disponibles.

II) Autorizar al director para que obtenga participación financiera y acepte cualquier contribución de organizaciones públicas o privadas, con el objeto de ayudar a los gobiernos a establecer programas públicos de abastecimiento de agua. A este fin se autoriza la apertura de una cuenta especial. (Esta cuenta se denomina fondo especial para el abastecimiento de agua.)

Antes de que el Consejo Directivo concluyera sus sesiones, el Representante de los Estados Unidos anunció que su país contribuiría al programa mundial de abastecimiento de agua con \$500,000, de los cuales \$200,000 quedarían asignados a la OPS, para su utilización en la Región de las Américas. El Comité Asesor en Abastecimiento de Agua, constituido en abril de 1958, se reunió inmediatamente para asesorar al Director sobre las actividades futuras en ese campo, a la luz de las experiencias obtenidas en los países de Mesoamérica y Sudamérica. Así se preparó una serie de

propuestas para ser sometidas a la consideración de los Gobiernos Miembros.

La relación de programas de abastecimiento de agua ya iniciados es la siguiente: a) Argentina. La aptitud y capacidad del personal sanitario para trabajar en cooperación con el Departamento de Obras Públicas y complementar sus actividades quedó demostrada en la Provincia de El Chaco, en la que el Departamento Provincial de Salud Pública, conjuntamente con el ingeniero de la OPS, han estimulado a un municipio para que amplíe su sistema de abastecimiento de agua. Dentro de un período de tres años, se extenderá el servicio a un nuevo sector urbano de 300 manzanas de casas. Todo el financiamiento es de carácter local. b) Cuba. Se ha establecido un organismo nacional encargado del abastecimiento de agua y del alcantarillado. Se solicitó la colaboración de la OPS para organizar un curso de adiestramiento de personal de servicios de abastecimiento de agua; el curso terminó en junio. Se ha recibido una solicitud para que se faciliten los servicios de un ingeniero consultor, especializado en proyectar sistemas de abastecimiento de agua, que colabore en el adiestramiento de los nuevos ingenieros del citado organismo nacional. c) Perú. Por Decreto Presidencial se ha establecido un comité nacional encargado de formular un plan nacional de abastecimiento de agua. La OPS ha facilitado los servicios de un consultor para que colabore en determinados sistemas municipales de suministro de agua. d) San Cristóbal. Con el asesoramiento de un ingeniero de la OPS y la labor de los funcionarios locales se han introducido extensas mejoras en los abastecimientos de agua, llevadas a cabo con fondos locales y mediante reformas administrativas. e) Venezuela. El Gobierno ha solicitado los servicios de un consultor para las discusiones preliminares relacionadas con el programa nacional de abastecimiento de agua.

Otros países formularon solicitudes que estaban en estudio al terminar el año.

En general, puede decirse que, al terminar el primer año del programa, casi todos los países de la Región habían estudiado los procedimientos para construir, mejorar y ampliar los sistemas de abastecimiento de agua hasta alcanzar el objetivo regional de "abastecer a las poblaciones de agua potable en cantidad suficiente".

Discusiones técnicas

La XI Reunión del Consejo Directivo dedicó todo un día a las Discusiones Técnicas sobre el tema "Aspectos técnicos, financieros y administrativos del abastecimiento de agua en el medio urbano de las Américas".

Dos consultores presentaron trabajos sobre el citado tema, y se constituyó un grupo de discusión formado por cinco especialistas en diversos aspectos de la materia tratada. La sesión de la tarde se dedicó a un debate general.

El Consejo Directivo, en su reunión anterior, seleccionó el mencionado tema porque reconoció que, para alcanzar el

objetivo de proporcionar a las poblaciones agua potable y en cantidad suficiente, hay que vencer los principales obstáculos financieros y administrativos, pues el simple hecho de que las autoridades de salud pública declaren la gran importancia del agua para la salud no basta ni bastará para abastecer de agua a la colectividad.

Programas de campo

Cuatro de las Oficinas de Zona contaron en 1959 con los servicios de un ingeniero sanitario a tiempo completo, y se terminaron los planes para asignar ingenieros a todas las otras Zonas y a la Oficina de Campo de El Paso, a principios de 1960.

Las Oficinas de Zona continuaron facilitando orientación, coordinación e impulso a los trabajos de saneamiento dentro de los programas de salud pública de los Gobiernos Miembros. Los ingenieros de zona prestaron asistencia técnica sobre problemas específicos efectuando visitas y proporcionando orientaciones e información. Se incrementó el interés por los programas específicos, tales como los abastecimientos de agua a las colectividades, preparando y difundiendo información, asistiendo a reuniones y celebrando consultas con organizaciones de ingeniería, escuelas y funcionarios gubernamentales. A continuación se describen detalladamente las actividades por países o áreas.

Argentina. En Argentina constituyó un importante acontecimiento la organización del primer "Distrito Sanitario" (Véase el capítulo sobre Servicios Integrados de Salud Pública). Del personal sanitario nacional destinado a dicho distrito forman parte un ingeniero, dos supervisores y dieciséis inspectores sanitarios que trabajan en un sector cuya población es de 200,000 habitantes. Los servicios de saneamiento se han descentralizado, a nivel local, en los centros sanitarios.

En el área de demostración del proyecto, se terminó la construcción de 35 pozos, que dan servicio a una población de unos 5,000 habitantes, y se facilitó asesoramiento para la ampliación del servicio de abastecimiento de agua en Resistencia. Además, se distribuyeron 1,027 losas para letrinas. Otras actividades de saneamiento realizadas en el área, comprenden encuestas y visitas relacionadas con las condiciones sanitarias de las escuelas, empresas industriales, establecimientos de venta de artículos alimenticios, y eliminación de basuras.

Brasil. Las actividades de saneamiento llevadas a cabo con asistencia de la OPS/OMS, se relacionaron principalmente con la enseñanza y adiestramiento de ingenieros e inspectores sanitarios. El proyecto integrado de salud pública (Brasil—3), iniciado en 1958, comprende actividades de saneamiento en las que colabora el UNICEF mediante la provisión de suministros y equipo. Otro proyecto (Brasil—39) fue iniciado en Mato Grosso y la Organización proporcionará, en 1960, los servicios de un ingeniero sanitario y de otro personal de salud pública.

Chile. Ha comenzado la construcción de talleres para la producción de piezas y accesorios sanitarios que serán utilizados en el proyecto de Ovalle-Copiapó. Se facilitó adiestramiento al personal auxiliar de saneamiento que habrá de trabajar en este proyecto.

Colombia. Se terminó un estudio sobre la reorganización de los servicios sanitarios del Ministerio de Salud Pública. La detallada propuesta sometida comprende el establecimiento de una División de Saneamiento del Medio, con secciones de ingeniería sanitaria e higiene ocupacional.

En octubre, se destinó un ingeniero sanitario nacional al proyecto piloto Colombia—4, para actuar en conjunción con el ingeniero de la OPS.

En los tres Departamentos de Boyacá, Cundinamarca y Nariño se realizaron encuestas sobre saneamiento del medio con la colaboración del personal de la OPS. Se facilitó asesoramiento técnico para la ampliación de los sistemas de abastecimiento de agua y alcantarillado de Pamplona, Ocaña, Sogamoso y Chiquinquirá. También se realizaron estudios para el establecimiento de abastecimientos de agua rurales y se inició la construcción de varios pozos. En las zonas rurales se han instalado 2,600 letrinas, aproximadamente. Se han organizado varios talleres para la construcción y montaje de equipo sanitario destinado al programa de saneamiento rural, cinco de los cuales se encuentran ya en funcionamiento. Se llevaron a cabo otras actividades en relación con el mejoramiento de los servicios de recogida y eliminación de basuras y con el saneamiento de productos alimenticios en establecimientos públicos.

A continuación se incluye un resumen de la labor de saneamiento realizada en varios departamentos y centros sanitarios*:

Inspecciones	Pozos construidos y protegidos	Empalmes de tuberías de agua	Letrinas	Empalmes de alcantarillado
108,767	20	479	928	643

* Veinte centros sanitarios prestando servicio a una población aproximada de 612,000 habitantes.

República Dominicana. En el área de demostración de San Cristóbal se construyeron durante el año siete pozos nuevos y se terminaron 2,172 letrinas, elevando a 5,196 el total de nuevas letrinas construídas desde el comienzo del proyecto, a fines de noviembre de 1959. En San Cristóbal y Ciudad Trujillo se inspeccionan, con regularidad, los establecimientos de expendio de alimentos.

Ecuador. Se creó un nuevo Departamento de Ingeniería Sanitaria, dependiente de la Dirección General de Sanidad.

El Salvador. Se han establecido servicios locales de saneamiento en la mayoría de los centros de salud existentes. Los servicios están a cargo de inspectores sanitarios, bajo la dirección de ingenieros supervisores. La escasez de in-

genieros sanitarios se deja sentir agudamente en el país y se están haciendo esfuerzos para mejorar la situación. Continúa la evaluación de la labor realizada hasta ahora en el área de demostración. Se completaron los planes definitivos para que el ingeniero de la OPS, pase, del nivel del proyecto, a nivel nacional.

Guatemala. Como aportación importante al adiestramiento de personal sanitario auxiliar merece citarse la preparación de material para un extenso libro de texto, en español, que será muy útil para la formación de personal en Guatemala y en otros países de América Latina.

La labor de varios organismos gubernamentales en el mejoramiento y construcción de sistemas de abastecimiento de agua para las colectividades de Guatemala, queda resumida en los datos siguientes: a) en nueve colectividades, con un total de 4,180 habitantes, se terminaron de construir sistemas de abastecimientos; b) se encuentran en construcción sistemas de abastecimiento en 37 colectividades con un total de 98,800 habitantes.

Honduras. Los servicios de saneamiento se extendieron a los nuevos centros sanitarios organizados durante el año. Se prestó asistencia a diversas municipalidades en la preparación de planes de abastecimiento de agua. Se ultimaron los planes definitivos para el establecimiento de un programa rural de saneamiento y perforación de pozos, que comenzará en 1960 con la cooperación del UNICEF. En el área de demostración actual se construyeron empalmes de alcantarillado para 65 casas y en otros sectores de la misma se instalaron 167 letrinas. El personal del proyecto trabajó también en campos tan diversos como la eliminación de basuras, y el control de insectos. Asimismo, se realizaron encuestas e inspecciones sobre el estado de las viviendas.

México. En el distrito de Guanajuato han progresado las obras de saneamiento con la llegada de una nueva máquina perforadora suministrada por el UNICEF. El Cuadro XI resume la labor realizada desde la iniciación del proyecto en lo referente al abastecimiento de agua y la eliminación de aguas servidas.

Se realizaron, asimismo, otras actividades para mejorar el saneamiento de las escuelas y la higiene del hogar. Se calcularon y analizaron los costos de varias obras de saneamiento. Tuvo particular interés la extensión de los sistemas de distribución de agua a los hogares, en pueblos pequeños, a expensas de la respectiva localidad, y el funcionamiento y mantenimiento de dichos sistemas, a cargo de la población local.

Panamá. En el área de demostración de La Chorrera continuaron las actividades de saneamiento, con la construcción de pozos y letrinas. Sin embargo, las principales actividades del personal de saneamiento de la OPS/OMS consistieron en asesorar, a nivel regional y nacional, sobre la nueva orientación de los cursos de adiestramiento para inspectores sanitarios y sobre el plan nacional de mejora y extensión del abastecimiento de agua, en las zonas urbanas

y rurales. Con el limitado material de perforación disponible, se construyeron once nuevos pozos.

Paraguay. Se concedió especial atención a la preparación de personal auxiliar de saneamiento, y se adiestraron 33 nuevos inspectores sanitarios. Ya han recibido preparación,

CUADRO XI. ACTIVIDADES DE SANEAMIENTO RELACIONADAS CON LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA, EN GUANAJUATO (MEXICO-22)

Actividades	Total acumuladas a diciembre 1959	Número	
		1958	1959
Agua Potable			
Pozos perforados	69	19	41
Construcción y protección de Norias y Manantiales	91	40	33
Instalación Bombas de mano	158	63	70
Instalación Moto-bombas	13	4	6
Construcción de Unidades Agua	4	2	2
Construcción Tanques de Agua	16	4	6
Hidrantes instalados	58	18	27
Construcción Redes de Agua	5	1	3
Conexiones Domiciliarias	101	12	10
Letrinas			
Unidades entregadas	1,701	647	572
Unidades instaladas	1,140	429	418
Casetas construídas	632	266	261

dentro del país o en el extranjero, 77 inspectores y 5 supervisores. Cada una de las cuatro Regiones Sanitarias cuenta con los servicios, a tiempo completo, de un ingeniero sanitario. Además de las actividades llevadas a cabo en ocho centros sanitarios para mejorar y ampliar los servicios de abastecimiento de agua y las instalaciones para la eliminación de excreta, se construyeron 15 pozos y se repararon 25 pozos o fuentes públicas; se construyeron 319 nuevas letrinas y se reformaron 315. El ingeniero sanitario de la OPS/OMS colaboró directamente en la determinación de los estándares que se habían de seguir en el programa nacional de saneamiento y en la preparación de las disposiciones legislativas para el abastecimiento de agua.

Perú. Las actividades del ingeniero sanitario, asignado al proyecto Perú—22, consistieron en gran parte, en la colaboración con el gobierno en su programa urbano de abastecimiento de agua. En la sección dedicada a Abastecimiento de agua, aparecen los detalles de estas actividades.

Estados Unidos. La Oficina de Campo de El Paso se ocupa de estudiar varios problemas de saneamiento de la zona fronteriza mexicano-estadounidense. Estos problemas se relacionan principalmente con la contaminación de las playas en la costa del Pacífico, el control de vectores en Las Cruces, Nuevo México, y en el sector Juárez-El Paso, así como la contaminación del aire en este mismo sector. Todos estos problemas afectan a las poblaciones de ambos lados de

la frontera. Para acelerar el estudio y solución de los crecientes problemas fronterizos, se ha creado, a partir de 1960, un puesto de ingeniero sanitario con destino en la Oficina de El Paso.

Uruguay. En el Departamento de Ingeniería Sanitaria se ha creado un puesto de ingeniero sanitario a tiempo completo. Asimismo, se concertaron acuerdos con varios organismos gubernamentales para llevar a efecto programas locales de saneamiento. Se inició la construcción de un taller y se dió comienzo a una encuesta sobre las condiciones sanitarias de cinco Departamentos.

Se firmó un convenio entre Obras Sanitarias del Estado y el Instituto Geológico, relativo al abastecimiento de agua a las colectividades pequeñas.

Territorios del Reino Unido. Los proyectos de campo de este sector relativos a problemas de saneamiento rural, están funcionando con la cooperación conjunta de la OPS/OMS y el UNICEF, en las islas siguientes: San Cristóbal, Barbada, Santa Lucía, San Vicente y Trinidad. Se han realizado encuestas encaminadas al establecimiento de programas de saneamiento rural, en las áreas siguientes: Antigua, Bahamas, Guayana Británica, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat y Antillas Neerlandesas.

Adiestramiento

La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Minnesota inició el primero de una serie de cursos para el adiestramiento de ingenieros en cuanto al aprovechamiento del agua subterránea. El curso trimestral comprende un período de clases teóricas y un programa de campo, de seis semanas. La OPS/OMS otorgó varias becas a ingenieros de los países de la Región en los que han sido iniciados programas de abastecimiento de agua. En otra sección de este Informe aparecen los detalles sobre la participación en el curso.

La ICA, con la colaboración del Gobierno de Costa Rica y de la OPS, organizó en San José un grupo de estudio que, durante tres semanas, examinó los planes utilizados en América Latina para el adiestramiento de personal auxiliar de saneamiento. Dado que las actividades preparatorias, de esta naturaleza, constituyen una parte importante de la mayoría de los proyectos integrados de salud pública, varios ingenieros sanitarios, adscritos a los proyectos de campo, así como determinado número de ingenieros e inspectores sanitarios nacionales, participaron en dicho grupo de estudio, bajo los auspicios de la OPS.

Entre las recomendaciones formuladas por el grupo de estudio, contenidas en su informe figuran las siguientes: a) el plan de estudios para la formación de sanitarios se debe ajustar a las necesidades de cada país, aunque la mayor parte de la labor del curso básico debe ser uniforme; b) se debería tender a la formación de un tipo de sanitario por país, en lugar de contar con dos o más categorías distintas de personal auxiliar de saneamiento, y c) el personal de los

servicios de saneamiento debiera contar con mayores oportunidades de ascender y mejorar su situación, y se debería dar más realce a la importancia del papel que desempeña este grupo de trabajadores de salud pública.

El informe debe de servir de valiosa orientación para el mejoramiento de las normas y métodos de adiestramiento del personal de saneamiento en toda la América Latina.

La Organización colaboró durante el año en dos cursos para operarios de sistemas de abastecimiento de agua que siguieron la norma de los patrocinados anteriormente por la Organización en Honduras, 1953; Guatemala, 1955; México, 1956, y Trinidad, 1958.

Uno de los cursos, organizado en Montevideo, Uruguay, con la colaboración de la Escuela de Ingeniería, el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Obras Públicas, duró aproximadamente cinco semanas. La OPS ayudó al planeamiento y organización del curso; concedió 20 becas a participantes de Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay; facilitó los servicios de un consultor internacional, y proporcionó una cantidad limitada de equipo para adiestramiento. Las conferencias dadas durante el adiestramiento se compilaron y reprodujeron en un volumen publicado en español, el cual se distribuyó a los participantes y se puso a disposición de los gobiernos que deseen ofrecer cursos similares en lo futuro.

Se prestó también asistencia a Cuba para un curso nacional destinado al adiestramiento de personal de los servicios de abastecimiento de agua, facilitando la colaboración de dos consultores como conferenciantes.

En México, personal de la Zona y de proyectos ha estudiado la manera de ampliar la asistencia a la enseñanza de ingeniería sanitaria en la Escuela de Ingeniería Sanitaria y en el curso para postgraduados ofrecido en la Universidad Nacional de México. El mejoramiento de la enseñanza del saneamiento del medio en las escuelas de medicina fue el tema de una discusión de mesa redonda, celebrada con carácter nacional y con la colaboración de la Organización. Entre los puntos puestos de relieve puede mencionarse la necesidad de establecer una mayor coordinación entre las escuelas de medicina y las de ingeniería, a través del intercambio de profesores, a fin de que se lleguen a comprender mejor las relaciones mutuas entre la ingeniería y la salud pública. Se señaló también la necesidad de disponer de profesores a tiempo completo que estén debidamente preparados en el campo de la ingeniería y que puedan explicar materias relacionadas con el saneamiento del medio.

El informe de esta reunión de mesa redonda contiene interesantes observaciones acerca del adiestramiento sobre el terreno, planes de estudios y tiempo asignado a la enseñanza de las materias de saneamiento, por lo que el documento es de interés para los que tienen a su cargo la preparación de estudiantes de medicina.

A solicitud del Gobierno de Jamaica, un consultor examinó el plan de estudios para inspectores de salud pública en el Centro de Adiestramiento de Kingston. Puesto que

siempre hay que estudiar el tipo y el lugar de trabajo del futuro sanitario antes de determinar qué clase de adiestramiento pueda ser la más eficaz, el informe de dicho consultor se refiere a este problema particular, así como al plan de estudios. Es interesante señalar que en esta zona, debido a la escasez de enfermeras de salud pública, los sanitarios han de desempeñar funciones paramédicas, que normalmente habrían de estar a cargo de personal de enfermería. Por consiguiente, en la actualidad el adiestramiento sigue unas líneas un poco distintas de las observadas en otros lugares de la Región.

Otras de las actividades de adiestramiento en que colaboró la OPS/OMS durante el año fueron las siguientes: a) un segundo curso para inspectores sanitarios, organizado por las autoridades sanitarias provinciales en Argentina, similar al que se celebró en 1958; b) un segundo seminario nacional sobre saneamiento del medio, celebrado en Colombia con la cooperación de la Escuela de Salud Pública; c) tres cursos, en Colombia, para el adiestramiento de inspectores sanitarios y en los que se graduaron 75 estudiantes, 49 de los cuales fueron destinados a la zona del proyecto y a los servicios de sanidad de otros lugares del país; d) el primer curso de adiestramiento (seis meses) para inspectores sanitarios, organizado en el Ecuador en colaboración con el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), en el que se graduaron 20 estudiantes que trabajarán en diversos lugares del país como inspectores sanitarios provinciales; e) un séptimo curso para inspectores sanitarios, ofrecido en El Salvador, donde el ingeniero sanitario de la OPS/OMS colaboró también en la revisión y preparación de varios manuales; f) colaboración directa a un curso de adiestramiento para 23 inspectores sanitarios en el Centro de Amatitlán, Guatemala; g) un curso para 10 inspectores sanitarios, organizado por primera vez en Celaya, la zona de demostración de Guanajuato, en México; h) un curso de cuatro meses, para inspectores sanitarios, ofrecido en el Centro de Salud de La Chorrera, Panamá, para ocho oficiales nuevos destinados a varias unidades sanitarias, e i) un curso para 20 inspectores sanitarios nacionales, organizado a través del proyecto integrado de salud pública en el Uruguay.

Reuniones

El Comité Asesor sobre Saneamiento del Medio, constituido en 1958, volvió a reunirse en 1959 para asesorar a la Organización acerca de la puesta en práctica del programa de abastecimiento de agua, recomendado anteriormente por el Comité. Se reunió en octubre, después de la XI Reunión del Consejo Directivo, que aprobó una resolución apoyando las recomendaciones hechas por la Duodécima Asamblea Mundial de la Salud y encomendando al Director de la OSP la adopción de ciertas medidas para llevar a efecto tales recomendaciones. El Comité Asesor expresó su confianza en la viabilidad del programa de abastecimiento de agua a

las colectividades y recomendó se concediera la más alta prioridad a los siguientes aspectos del mismo: a) estimular el interés de los funcionarios nacionales por la organización e iniciación de programas nacionales de abastecimiento de agua; b) dar nueva orientación y ampliar los conocimientos del personal de la OPS sobre problemas de administración, crédito y finanzas, estructura gubernamental y cuestiones legales relativas a los servicios de abastecimiento de agua;

c) adiestrar y orientar a los ingenieros nacionales y demás personal encargado de los servicios de abastecimiento de agua, acerca de las buenas prácticas administrativas, eficacia de funcionamiento y procedimientos fiscales, y d) ofrecer asistencia técnica a los gobiernos en el fomento, planeamiento y ejecución de instalaciones y servicios de abastecimiento de agua.

Higiene materno infantil

Desarrollo de los servicios de higiene materno infantil

Durante 1959 prosiguieron los esfuerzos encaminados a reforzar los servicios de higiene materno infantil a nivel nacional. En general, se reconoce la necesidad de una unidad administrativa de higiene materno infantil, y ésta existe ya en la estructura de la mayoría de los departamentos o ministerios de salud pública. Por ello, en la propuesta reorganización de los servicios nacionales de Colombia, Guatemala, Honduras y Perú, figura dicha unidad administrativa. Asimismo, se proyecta establecer, por primera vez, en los servicios sanitarios de la República Dominicana, una unidad de higiene materno infantil.

Como muestra del interés de los gobiernos por fortalecer y dar una nueva organización a esta clase de servicios, un consultor a corto plazo visitó la Argentina para prestar asistencia a la división de higiene materno infantil del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, en los planes relativos a la nueva forma que habrán de adoptar los servicios de higiene materno infantil del país, como parte del desarrollo de sus servicios sanitarios generales. Durante la estancia del consultor, se organizó en la provincia de El Chaco, bajo los auspicios del Ministerio de Salud Pública de la Provincia, un seminario sobre higiene materno infantil dedicado a personal nacional y regional. Asistieron a este seminario 40 participantes procedentes de nueve de las provincias del país. Durante la reunión se concedió especial importancia a los servicios de higiene materno infantil establecidos actualmente en la Provincia de El Chaco, con la colaboración de la OPS, dentro del proyecto de servicios coordinados de salud pública. Esto ofreció al personal de higiene materno infantil de otras provincias una ocasión para conocer la organización actual del Ministerio de Salud Pública de dicha provincia, así como las actividades desarrolladas en los campos de higiene materno infantil y saneamiento del medio, dada la relación

directa de estos últimos servicios con la protección de la madre y el niño.

Prosiguieron los esfuerzos para establecer servicios de higiene materno-infantil en todos los proyectos coordinados de salud pública, basados en el principio de integración con otras actividades sanitarias fundamentales. En buena parte de los proyectos, las funciones de higiene materno-infantil constituyen una de las actividades primordiales del personal médico y de enfermería, consumiendo un considerable volumen de las horas de trabajo de este último personal.

La Organización presta atención continua a la expansión de los servicios de atención al niño más allá de su primer año de vida. Un análisis de asistencia, realizado en tres países (Colombia, Honduras y Uruguay), indicó que la actual tendencia a extender dichos servicios a todas las edades preescolares, está alcanzando éxito. En 1959, el número de niños inscritos, de la edad de uno a cuatro años, fue casi doble que el de cero a un año. Hasta ahora, la proporción era generalmente favorable a los recién nacidos y lactantes, habiendo sido escasa la inscripción de niños de uno a cuatro años.

Durante el año, se redoblaron los esfuerzos para establecer nuevas maneras de abordar los problemas de la nutrición de niños menores de cinco años, y al grave problema de las enfermedades diarreicas y otras enfermedades transmisibles de la infancia, tales como la tos ferina.

En 1960, la Organización tiene en proyecto analizar detenidamente las actividades de higiene materno infantil, desarrolladas en estos proyectos, a fin de estudiar más a fondo las nuevas orientaciones que convenga introducir. Esto formará parte de los esfuerzos generales encaminados a evaluar los servicios realizados en los proyectos coordinados de salud pública.

En los datos procedentes de la zona de demostración de El Chaco, Argentina, puede observarse el gran uso que se

está haciendo de los servicios de los centros sanitarios. El 83.1 por ciento de los niños menores de un año, fue sometido a supervisión; así como el 35.6 por ciento de los niños de uno a seis años. Los dos cursillos organizados por la Subdivisión de Nutrición, uno para auxiliares de enfermería y el otro para maestros de escuela, tuvieron por objeto preparar a dicho personal para la enseñanza relativa a la nutrición, inclusive en cuanto a la importancia de la leche para los grupos vulnerables, como las mujeres embarazadas y los niños lactantes y de corta edad.

Los once centros sanitarios organizados en Colombia en 1959, así como los nueve ya existentes, proporcionaron servicios de higiene maternoinfantil, los cuales han constituido hasta ahora su principal actividad. Durante el año, se dieron 172 clases a diversos grupos de madres. En los centros sanitarios se instruye a las madres, entre otras materias, sobre nutrición y atención del niño. Debido a la elevada incidencia de las diarreas infantiles, se han iniciado servicios de rehidratación en los centros de Chiquinquirá y Tunja. Existe, también, una coordinación creciente con los servicios pediátricos de los hospitales. Aproximadamente el 75 por ciento de las horas de trabajo del personal de enfermería se dedicó a actividades de higiene maternoinfantil.

Como parte del programa sanitario escolar del Centro Sanitario de Las Crucitas, se dieron 28 horas de clases a los maestros. Asimismo dos grupos de maestros recibieron instrucción en primeros auxilios.

Las enfermedades diarreicas

En 1959, se organizó en Brasil un Seminario sobre Enfermedades Diarreicas de la Infancia, con la cooperación de la Organización. El seminario se celebró en Recife, con asistencia de personal de los servicios sanitarios federales y estatales. En total, hubo 59 participantes entre los que había cuatro miembros de la OPS y dos de la ICA. Del citado total de participantes, había 38 médicos, ocho enfermeras, seis ingenieros sanitarios, dos inspectores sanitarios y cinco educadores sanitarios. De los 38 médicos, 12 eran administradores de salud pública, 12 funcionarios de servicios de higiene maternoinfantil, y 6 pediatras. Entre los restantes, había 6 catedráticos de medicina, un patólogo y un estadígrafo. Esta reunión fue organizada como complemento de dos seminarios interpaíses celebrados en 1956 y 1957, en Chile y México, respectivamente, para todos los países de América Latina. La OPS prestó asistencia a la reunión nacional en vista de la importancia del problema de las enfermedades diarreicas en Brasil y de lo extenso del país. La finalidad del seminario consistió en invitar a personas con puestos de importancia—en administración de salud pública, higiene maternoinfantil, enfermería, ingeniería sanitaria, educación sanitaria y otras profesiones afines—pertenecientes a los servicios sanitarios federales y estatales, para que examinaran conjuntamente los problemas

de las enfermedades diarreicas. Se estudió la forma de llegar a soluciones prácticas, partiendo de los temas principales examinados con anterioridad en los dos seminarios interpaíses ya mencionados, adoptando como orientación general las conclusiones que figuran en el informe conjunto de ambas reuniones. Apoyándose en estas conclusiones, fue posible, mediante el examen en las sesiones plenarios y grupos de discusión, estudiar más al detalle las diversas fases del programa de control según las define el informe conjunto. Si bien las conclusiones del Seminario de Recife reflejan en esencia las del informe conjunto, no se llegó a ellas como refrendo del informe anterior, sino como resultado de activas discusiones dentro de los grupos. Además, al estar dedicado este seminario al problema de un solo país, particularmente en la parte del programa relativa a higiene maternoinfantil, ha podido recomendar medidas prácticas más detalladas. Su informe contiene una introducción en la que se definen las enfermedades diarreicas, se señala su importancia desde el punto de vista de salud pública y se analiza el problema que plantean. La parte principal del informe se ocupa del desarrollo del programa en las fases de higiene maternoinfantil, saneamiento y administración de salud pública. En lo relativo a higiene maternoinfantil, se concede especial atención al pronto tratamiento de casos y se discuten extensamente las formas de administrar una pronta hidratación. Otro punto de interés trata de las prácticas de alimentación de lactantes y niños de corta edad, con especial atención a la preparación de dietas de forma que, aunque las condiciones sean poco sanitarias, queden protegidos los alimentos contra toda importante contaminación. Hay también un capítulo dedicado a la influencia de los hábitos de higiene personal y limpieza del hogar, en relación con este programa.

Durante el seminario, y organizada por el SESP (Servicio Especial de Salud Pública), se realizó una visita a los servicios sanitarios de Palmares, Pernambuco. En este sector se había llevado a cabo durante más de un año un estudio epidemiológico en relación con las enfermedades diarreicas, al objeto de determinar el volumen del problema, en términos de morbilidad y mortalidad, y determinar los agentes etiológicos más importantes y los mecanismos epidemiológicos subyacentes. Fueron estudiadas al detalle ciertas variables específicas, como el uso abundante de agua y la población de moscas.

En 1959, la Organización continuó prestando asistencia a otros estudios, llevados a cabo en el INCAP, en relación con las enfermedades diarreicas. El principal objetivo consiste en investigar la relación mutua entre las infecciones, en particular las enfermedades diarreicas, y la nutrición deficiente. El proyecto se refiere especialmente a niños menores de cinco años. Los estudios se efectúan en tres colectividades indias de Guatemala, cada una con 600 niños aproximadamente, y según las directrices siguientes: en una colectividad se ha establecido un programa de alimentación suplementaria intensiva y educación en nutri-

ción; en otra colectividad, todas las infecciones, especialmente las enfermedades diarreicas, se tratan con la mayor prontitud y eficacia posibles, a la vez que se desarrollan actividades de educación sanitaria y saneamiento del medio; la tercera colectividad sirve de control. Periódicamente, todos los niños son sometidos a un reconocimiento clínico-nutricional y a un examen de heces bacteriológico y parasitológico. Se hacen encuestas dietéticas anuales y se mantienen registros minuciosos y continuos sobre morbilidad y mortalidad. Para estos estudios, la OPS está facilitando los servicios de un estadígrafo y un bacteriólogo.

La Organización ha contribuido también con una pequeña subvención al Hospital Infantil de la ciudad de México, en cuyo departamento de pacientes externos se realiza un estudio de niños enfermos de diarrea, con el fin especial de investigar los efectos de una pronta rehidratación por vía oral, y la posibilidad de llevarla a cabo con

éxito en el hogar. En 1960 se dispondrá del análisis final de los datos, pero el estudio ha demostrado ya que en considerable número de casos la simple rehidratación por vía oral constituye un método satisfactorio de reemplazo de líquidos, y que el programa puede realizarse en los hogares, si se instruye debidamente a las madres. Como resultado secundario del estudio puede citarse la indicación de que los antibióticos son de menor importancia en la cura del niño enfermo de diarrea.

En los proyectos de los servicios integrados de salud pública se concede atención al problema de las enfermedades diarreicas, tanto estudiando la manera de introducir medios para la rehidratación, como enseñando a las madres a mejorar las dietas de destete y postdestete de sus hijos. En 1960, se tiene el propósito de proporcionar servicios de consultores a corto plazo que ayuden a establecer estas técnicas en los programas.

Servicios de enfermería

Con la reorganización y fortalecimiento de los servicios nacionales de salud pública, durante los últimos años, y con el aumento del número de enfermeras, se ha ido afirmando y extendiendo el reconocimiento de que la ampliación y mejoramiento de los servicios de enfermería dependen de la existencia, dentro de los servicios nacionales de salud pública, de una fuerte estructura de supervisión y coordinación, encabezada por enfermeras preparadas. En consecuencia, en 1959 las autoridades sanitarias crearon nuevos departamentos, divisiones o secciones de enfermería y fortalecieron los existentes, mediante el nombramiento de enfermeras preparadas.

A finales de año existía una unidad de enfermería, en cada uno de los 19 países (Cuadro XII). En 10 países, estas unidades aparecen como entidades específicas de enfermería que formaban parte de una organización administrativa más amplia, encargada de servicios técnicos. En seis países la unidad de enfermería pertenecía a la división de servicios locales o rurales de salud pública, y en un país, una enfermera era miembro del personal asignado a la división nacional de higiene materno-infantil. En dos países, había enfermeras que trabajaban, a nivel nacional, en una sección especialmente conectada con un proyecto de servicios integrados de salud pública. Además, en tres países está en estudio la reorganización o creación del departamento de enfermería.

Actividades a nivel nacional

Las enfermeras de zona prestaron servicios de asesoramiento directamente a todos los países latinoamericanos. Doce de ellos recibieron también esta clase de servicios de las enfermeras consultoras asignadas a sus respectivos proyectos integrados de salud pública.

Con la participación de las enfermeras en actividades a nivel nacional, aumentaron las posibilidades de cooperar con otro personal sanitario en la planeación general del desarrollo de los servicios de salud (Argentina, Colombia, Paraguay y Perú). Entre las actividades concretas en las cuales tomaron parte las unidades nacionales de enfermería, desarrollando nuevas tareas, figuraron el estudio de los recursos de enfermería (Honduras y Nicaragua), la definición de las funciones del personal de supervisión (Guatemala), la coordinación de servicios entre los niveles nacional y provincial (Argentina, Colombia y Perú), la organización de congresos y seminarios de enfermería (Argentina, Colombia y Paraguay), y el estudio de la legislación sobre enfermería (Costa Rica y Guatemala). Además, en cooperación con enfermeras internacionales de las zonas y de los proyectos, las enfermeras nacionales iniciaron estudios para la determinación de las funciones del personal de enfermería y colaboraron en la selección, orientación y adiestramiento de nuevas trabajadoras de salud pública (Colombia, Costa

CUADRO XII. LUGAR QUE OCUPA LA UNIDAD DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD PUBLICA DE 19 PAISES DE AMERICA LATINA

Lugar de la unidad en los servicios nacionales de salud pública	Países
Dentro de una amplia unidad administrativa encargada de servicios técnicos.	Argentina, Bolivia, ^a Brasil, ^b Costa Rica, Chile, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú.
Dentro de la división o departamento de servicios locales o rurales de salud pública.	El Salvador, Guatemala, Haití, Panamá, Uruguay y Venezuela.
En la división nacional de higiene maternoinfantil.	Ecuador
Sección especial de enfermería para la cooperación con el proyecto de servicios integrados de salud pública OMS/UNICEF.	Colombia y República Dominicana

^a Los servicios de enfermería para el conjunto del país están administrados por el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP). ^b Además, hay dos unidades de enfermería administradas por los Servicios Especiales de Salud Pública (SESP).

Rica, Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay).

La unidad de enfermería a nivel nacional se ocupó, también, en diversos países, de establecer prioridades y normas para los servicios de enfermería del país en conjunto. Asimismo, con otro personal estudió los medios y procedimientos para lograr la integración, en servicios generalizados, de los servicios y el personal de enfermería pertenecientes a programas especiales, como los de control de enfermedades venéreas, de tuberculosis, y de vacunación BCG. Se prestó atención a definir las funciones del personal de enfermería de diversas categorías, así como a los métodos de selección, orientación y preparación del mismo.

En varios países se ha ido desarrollando la conciencia de la necesidad de establecer relaciones de trabajo con los servicios de enfermería hospitalaria y de dar al personal de enfermería de los hospitales la oportunidad de conocer y atender las necesidades que, desde el punto de vista de la salud pública, tienen los pacientes y sus familias. En algunos países las autoridades sanitarias nacionales han establecido clínicas externas de higiene maternoinfantil en hospitales asignándoles personal del Ministerio de Salud Pública. En unos pocos países, se ha establecido un sistema de referencia

mediante el cual las clínicas de higiene maternoinfantil, conocen las salidas de madres y niños de los hospitales, a fin de que el personal de enfermería los visite en sus hogares. También en varios países se han establecido procedimientos para que el personal de enfermería visite los domicilios de los pacientes hospitalizados por enfermedades transmisibles y efectúe investigaciones epidemiológicas.

Actividades a nivel local

En colaboración con enfermeras internacionales—especialmente en aquellas áreas en que la Organización coopera en proyectos de servicios integrados de salud pública—las enfermeras con cargos a nivel nacional siguieron trabajando con las que ocupan puestos a nivel local en la elaboración de planes para continuar y ampliar los servicios básicos de enfermería, incluyendo; servicios a madres y niños en clínicas y por medio de visitas domiciliarias; control de las enfermedades transmisibles, especialmente mediante inmunizaciones; organización; participación en clases para madres; preparación de manuales de procedimiento; y orientación y supervisión de parteras empíricas y de enfermeras auxiliares.

Además, se prestó destacada atención a las siguientes actividades: a) organización y celebración de cursos especiales para enfermeras diplomadas de salud pública recientemente nombradas o que ya venían trabajando (adiestramiento en el servicio); b) colaboración con las escuelas en la organización y desarrollo de actividades de adiestramiento tanto para estudiantes de enfermería como para personal conexo; c) elaboración y participación en programas de orientación en salud pública para parteras diplomadas; y d) establecimiento de cursos para personal auxiliar de enfermería, y evaluación de su eficacia.

Con la descentralización, en algunos países, desde el nivel nacional al nivel intermedio o regional, se va estableciendo un sistema en el cual la unidad de enfermería a nivel nacional se ocupa primordialmente de los aspectos administrativos de los programas y en colaboración con las que trabajan a nivel regional y local, ayuda en la planeación y extensión de los servicios de enfermería.

Como resultado del desarrollo de los servicios de enfermería, se ha realizado un progreso considerable al reconocerse que las actividades de supervisión deben ser medios de guía y apoyo técnicos, más bien que sinónimos de control administrativo como se las tenía hasta muy recientemente. Al método tradicional de supervisión—o sea, la visita domiciliaria hecha por la supervisora en compañía del personal—se van agregando otros como el análisis de casos y la discusión y examen técnico de los mismos.

Actividades de adiestramiento

La necesidad de personal de enfermería, de todas las categorías, aumentó considerablemente con la ampliación de los servicios y se continuó prestando especial atención a las

actividades de adiestramiento. En la sección sobre servicios integrados de salud pública (Cuadro IV) se encuentra una descripción detallada de estas actividades. En este cuadro se incluye el número de personal de enfermería preparado dentro de los proyectos de servicios integrados de salud pública. En la sección sobre Educación y Adiestramiento se halla información detallada acerca de los cursos y las instituciones académicas.

Los cursos para personal auxiliar de enfermería fueron organizados por enfermeras diplomadas previamente preparadas como instructoras y supervisoras para los servicios de salud pública, en su propio país o mediante becas adjudicadas por la Organización para estudiar en el extranjero. Estos cursos, aunque de duración y contenido diversos, tenían por objetivo satisfacer las necesidades inmediatas—entre ellas las de enfermería elemental—, y pusieron de relieve las funciones de la enfermera en los servicios de higiene materno-infantil, el control de enfermedades transmisibles, la educación sanitaria, la economía doméstica y la nutrición.

Tendencias

El fortalecimiento y expansión de los servicios han tenido como consecuencia el reconocimiento de la necesidad de que la atención se centre en la familia, por ser éste el procedimiento más eficaz para aplicar los conocimientos científicos y sociales al mejoramiento general de la salud de la colectividad.

Al mejorar la preparación básica y científica de las enfermeras, estarán éstas en condiciones de participar, más eficazmente, en todas las fases de los programas de salud, tales como la planeación, la ejecución, el desarrollo y la evaluación.

Teniendo en cuenta lo ya conseguido, cabe prever que las autoridades de salud pública continuarán prestando señalada atención a la preparación de personal de enfermería, así como a la creación, en todos los niveles, de un número suficiente de puestos, con el fin de que la profesión y los servicios de enfermería puedan seguir contribuyendo al bienestar general de la colectividad.

Nutrición

El programa de nutrición se amplió en 1959, mediante la colaboración con los Países Miembros, prestada en muchos casos conjuntamente con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), así como por medio del programa del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP).

La Organización continuó teniendo a su cargo la administración del INCAP, y proporcionó los servicios de un consultor, a tiempo completo, al Instituto Nacional de Nutrición de Ecuador (INNE). Además de los servicios prestados a los países de Centro América y Panamá, miembros del personal de la Oficina desempeñaron funciones de asesoramiento en Argentina, Brasil, México y Paraguay.

En Brasil la OPS participó con la FAO en una encuesta conjunta para la formulación de planes en relación con un programa ampliado de alimentación suplementaria y de educación nutricional, al que el UNICEF prestará su ayuda.

Un consultor visitó México para estudiar el programa del Instituto Nacional de Nutrición, así como el desarrollo de actividades de nutrición aplicada con asistencia del UNICEF.

En Paraguay la colaboración de la OPS consistió en la preparación conjunta, con la FAO y el UNICEF, de un programa de nutrición aplicada.

La Organización colaboró de igual modo, con la FAO y el UNICEF, para establecer en Costa Rica las bases de un programa de nutrición ampliado e integrado, así como para modificar los programas similares existentes en Guatemala.

En Argentina, la colaboración consistió en la organización de un seminario regional—en cuya celebración participaron dos miembros del personal de la OPS—para adiestramiento de especialistas en encuestas dietéticas, pertenecientes a siete países.

En relación con el programa ampliado de investigaciones médicas, de la Organización Mundial de la Salud, un consultor a corto plazo visitó Argentina, Guatemala, México, Perú y Venezuela, con el propósito de estimular el interés por los estudios epidemiológicos de la anemia, con especial referencia a los niños de corta edad y las mujeres embarazadas y madres lactantes. Esta visita tuvo como objetivo primordial estudiar el apoyo necesario para este tipo de investigaciones, que se encuentran un tanto abandonadas, y examinar las posibilidades existentes para conseguirlo.

La OPS participó asimismo en dos seminarios regionales sobre mejoramiento de la nutrición, con especial referencia a los problemas de lactantes y niños de corta edad. Estas reuniones fueron patrocinadas por el Instituto Interamericano del Niño y el "Unitarian Service Committee". Tanto la Organización como la FAO asignaron dos consultores para colaborar en los aspectos técnicos de estas reuniones, que se celebraron en Quito (Ecuador) y Asunción (Paraguay) a finales de febrero y comienzos de marzo, respectivamente. A la primera asistieron personas interesadas en los programas de nutrición aplicada de los Ministerios de Salud Pública, Agricultura y Educación de Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, y los participantes en la segunda procedían de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. En ambos seminarios la secretaría comprendía expertos en nutrición de Argentina, Brasil, Chile y Perú, así como representantes de cada una de las organizaciones participantes. Estas reuniones sirvieron no sólo como medio de adiestramiento de los participantes, sino también para la elaboración de una serie de recomendaciones muy cercanas a las formuladas por la Cuarta Conferencia Conjunta, FAO/OMS, sobre Problemas de Nutrición en América Latina, celebrada en Guatemala en septiembre de 1957.

Actividades del INCAP

En 1959 completó el INCAP sus diez primeros años de actividad y, con tal motivo, se celebró una ceremonia conmemorativa, el 15 de septiembre. En ella participaron los miembros del Consejo del INCAP y del Comité Técnico Consultivo, organismos que, en aquella semana, celebraron su correspondiente reunión anual.

Entre los actos organizados en relación con el décimo aniversario del Instituto figuraron dos simposios sobre "La enseñanza de la nutrición en las escuelas de medicina y de salud pública" y "Aplicación a los programas de nutrición aplicada de los conocimientos adquiridos mediante los trabajos de investigación".

Al examinar la labor llevada a cabo por el INCAP se observa un continuo progreso y expansión de sus actividades, algunas de las cuales se exponen con mayor detalle en estas páginas.

Durante 1959 aumentaron considerablemente las actividades en el campo de la nutrición aplicada y las de colaboración con los países miembros, a la vez que el programa de investigaciones continuó orientado hacia los problemas fundamentales que la malnutrición plantea en el área.

Programa de investigaciones

Esta parte de las actividades del INCAP estuvo a cargo de las Divisiones de Investigaciones Clínicas, Bioquímica Clínica, Patología, Química Agrícola y de los Alimentos, y Estadística, así como de la sección de epidemiología de la División de Salud Pública.

Entre los programas más sobresalientes figuró el desa-

rrollo de la INCAPARINA (Mezcla Vegetal No. 9 del INCAP). Aunque en el informe del año pasado se mencionó ya esta fórmula, en 1959 se mejoró y sometió a nuevas pruebas. Se efectuó una prueba de aceptabilidad que duró cuatro meses, en cuatro ciudades de Guatemala, y participaron en ella cerca de 200 niños en edad preescolar; los resultados indicaron que la INCAPARINA es muy bien recibida por las madres y los niños. Se prepara un atole, de tal modo que cada vaso del mismo tiene un valor nutritivo, en proteínas, aproximadamente igual al de un vaso de leche y un contenido bien proporcionado de otros nutrientes. Puede servirse caliente o frío, y con azúcar, canela, vainilla o anís.

Después de los estudios sobre su aceptabilidad, la INCAPARINA se puso en venta en un poblado indígena de Guatemala, con resultados igualmente satisfactorios. En esa colectividad, de unos 4,500 habitantes, se vendieron mensualmente unos 4,200 saquitos, de 75 gramos cada uno, durante los cinco primeros meses. Se espera que, en 1960, se produzca comercialmente la INCAPARINA y se distribuya en Guatemala en cantidades importantes. Se distribuirá en saquitos de plástico, que contendrán 75 gramos del producto, con indicaciones sobre el modo de prepararlo. Un saquito diario proporcionará generalmente, a un niño de edad preescolar, de 1.5 a 2.0 gramos de proteína por kilo, y, al agregarse a su dieta habitual, le asegurará una ingestión adecuada de proteínas. Se está gestionando asimismo la producción de INCAPARINA en El Salvador y Nicaragua.

Otro proyecto importante es la investigación de las relaciones entre la malnutrición y los estados infecciosos, especialmente las enfermedades diarreicas, en niños de menos de 5 años de edad. Se están estudiando, por un período de tres a cinco años, tres colectividades indígenas de Guatemala, en las que hay unos 600 niños en dicho grupo de edad. En una colectividad se está desarrollando un programa de alimentación suplementaria intensiva y de educación nutricional. Se prevé que el mejoramiento de la situación alimenticia de los niños reducirá la frecuencia, duración y gravedad de las enfermedades infecciosas. En otra colectividad, todas las infecciones, sobre todo las diarreicas, se tratan con la mayor diligencia y eficacia posibles, y se han comenzado a introducir medidas de saneamiento del medio y de educación sanitaria. La tercera colectividad sirve de control. Periódicamente, todos los niños se someten a un examen clínico-nutricional y un examen fecal bacteriológico y parasitológico. Anualmente se hacen encuestas dietéticas. Además, se mantienen rigurosamente los registros de mortalidad y morbilidad.

La unidad de metabolismo, del INCAP, continuó el trabajo sobre el efecto de diversas infecciones en el balance de nitrógeno del niño. Se ha probado que una serie de infecciones bacterianas y virales, así como ciertas infestaciones parasitarias, reducen la retención neta de nitrógeno. Una vez el niño se recobra de la infección, pueden transcurrir hasta dos semanas antes de que recupere el balance normal de nitrógeno.

educación en nutrición, para comunidades indígenas en áreas rurales de la Sierra. Su ejecución se prevé para comienzos de 1960, con el asesoramiento de la OMS y la FAO, y ayuda del UNICEF.

Además, el INNE ha prestado servicios de asesoramiento técnico a diversas organizaciones y entidades nacionales, particularmente a la Junta Nacional de Planeación Económica.

Higiene dental

Las actividades en este campo han sido coordinadas por un asesor regional, que ha colaborado en el fomento de la higiene dental en varios países y ha aportado una ayuda directa al programa de adiestramiento en odontología de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil. Su labor siguió dos amplias directrices: educación y adiestramiento, y odontología de salud pública.

Educación y adiestramiento

En diversas escuelas de odontología, entre las que figuraron las de Buenos Aires, Argentina; Concepción, Chile; Asunción, Paraguay y Caracas, Venezuela, se expusieron en cursos para no graduados, los principios de la educación odontológica. Se subrayó la necesidad de que la enseñanza de la odontología preventiva penetre en todo el plan de estudios. Se presentaron los conceptos fundamentales de la enseñanza dental, analizando las actividades de odontología de salud pública en sus aspectos siguientes: a) reorganización del plan de estudios, para llegar a una mayor correlación de materias y un concepto integral de la profesión; b) importancia de una educación humanística en el odontólogo, y c) relacionar más estrechamente la escuela de odontología con la colectividad. La Asociación Brasileña para la Enseñanza de la Odontología (ABENO) distribuyó ejemplares de esta declaración a todas las escuelas dentales brasileñas.

Se prestó asistencia a la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil, mediante las actividades docentes que se llevaron a cabo en el Centro Regional de Adiestramiento en Odontología de Salud Pública (Brasil—37) y por medio de servicios de asesoramiento sobre organización, planeamiento y evaluación de actividades. Durante este año, completaron sus estudios 13 alumnos procedentes de 10 países.

El programa de adiestramiento se dividió en cuatro períodos: a) orientación; b) estudios académicos; c) adiestramiento práctico, y d) examen. El período académico cubrió materias tales como la bacteriología, bioestadística, administración de salud pública, epidemiología, nutrición, saneamiento del medio, ciencias sociales aplicadas, educación sanitaria, odontología de salud pública y epidemiología aplicada. El período de adiestramiento práctico comprendió

tres semanas de actividades en el área de los Servicios Especiales de Salud Pública (SESP) y abarcó materias tales como: observación de un programa de fluoración del agua, incluyendo sus aspectos epidemiológicos, técnicos y administrativos; observación de un proyecto de investigación sobre el terreno, relativo a la utilización de tabletas de fluoruro en un programa escolar; visitas a dos ciudades para observar actividades sanitarias en compañía de "la visitadora" y del inspector sanitario, en visitas domiciliarias, y, por fin, una encuesta dental en dichas dos ciudades con evaluación del programa de incremento de la atención dental, desde el punto de vista de la productividad y análisis de costos.

La labor sobre el terreno comprendió también el estudio del funcionamiento de un amplio programa sanitario, a nivel regional (Belo Horizonte, Brasil), desde el punto de vista del supervisor dental que trabaja a dicho nivel. Se concedió atención especial al lugar que ocupa el programa dental dentro del programa general de salud pública y a las relaciones del supervisor dental con las unidades de campo.

A fines de 1959, en el proyecto Brasil—37 se habían adiestrado 28 dentistas procedentes de 13 países. Para 1960, se espera que habrán llegado para recibir adiestramiento odontólogos de toda América Latina, con excepción de cuatro países.

Durante el año cubierto por este informe, el asesor dió otros dos cursos sobre higiene dental: uno (de seis horas) para 150 dentistas, aproximadamente, que trabajaban en el Servicio de Salud Pública de Buenos Aires, y que estuvo orientado hacia los servicios dentales escolares; y el otro (de doce horas) celebrado en la Asociación Odontológica Argentina, para 50 odontólogos, aproximadamente, interesados por la salud pública. A este último curso asistieron varios jefes de servicios dentales, de Buenos Aires.

Odontología de salud pública

En el campo de la salud pública, se prestaron servicios especiales de asesoramiento al Gobierno de Jamaica, en relación con los casos de práctica ilegal de la odontología y respecto al tipo de adiestramiento que podría facilitarse para mejorar los servicios de higiene dental de la isla.

También se proporcionó asesoramiento al Gobierno de

Venezuela sobre los problemas con que se enfrenta la División de Higiene Dental a nivel central, especialmente en su relación con los servicios dentales de la Zona Metropolitana de Caracas. Ya han sido introducidos varios cambios en el programa dental, y el jefe de la división y su ayudante asistirán, en 1960, a cursos de salud pública, mediante becas de la OMS. Además, tres odontólogos venezolanos seguirán el curso para la obtención del título de "Master" en Salud Pública, bajo los auspicios del Gobierno de Venezuela.

Como complemento de una visita realizada en 1958 a la Guayana Británica, se preparó y envió al Gobierno de dicho territorio una serie especial de formularios para sistemas de registro del trabajo de las unidades dentales

móviles. Se espera que la Guayana Británica solicite la asistencia de la OMS y el UNICEF para un proyecto dental a realizar en 1960.

Se preparó un informe especial sobre la fluoración del agua, con un estudio de la situación actual de la fluoración en la Región y los problemas relacionados con la lentitud de los progresos realizados en este campo. Con respecto a la posibilidad de enlazar este trabajo con el futuro programa ampliado sobre abastecimientos de agua en el Hemisferio, se ha facilitado asimismo información sobre el empleo de espato flúor. En América Latina, la industrialización del fluoruro silícico o la utilización del espato flúor natural parecen ser las alternativas que harán posible un uso más amplio de la fluoración del agua, en esta parte del mundo.

Educación sanitaria

En 1959, se ampliaron las actividades de educación sanitaria de la Oficina, dedicándose especial atención al adiestramiento, en este campo, de personal de salud pública y otro empleado en actividades afines, particularmente en los proyectos de servicios integrados de salud pública y en programas nacionales de erradicación de la malaria. Esta labor preparatoria se llevó a cabo mediante cursillos y actividades de adiestramiento durante el servicio, formando parte de los programas nacionales con los que coopera la Oficina. Se prestaron servicios de asesoramiento, por medio de los consultores de la Oficina, en los países de las Zonas I y II. Lo mismo se hizo en otros países de la Región, a través del personal de la Oficina Regional.

Con la cooperación del personal nacional de educación sanitaria y personal de otros organismos internacionales que actúan en el campo de la salud, se intensificaron las actividades de educación sanitaria en los proyectos de servicios integrados de salud pública, mediante el adiestramiento de personal nacional y la aplicación posterior de métodos de educación sanitaria a nivel de las colectividades.

En la Zona I, se prestó especial atención a los aspectos de educación sanitaria del saneamiento del medio, mediante el adiestramiento de personal y el desarrollo de las actividades de organización de la colectividad, en colaboración con el personal nacional correspondiente. Esta labor condujo al establecimiento de secciones de educación sanitaria en los servicios nacionales de sanidad de varios países de la zona. En la Zona II se elaboraron también planes para la selección y adiestramiento, a largo plazo, de personal profesional de educación sanitaria destinado a los servicios nacionales de salud pública, además de la colaboración prestada, a través

de los servicios de asesoramiento, a los proyectos de servicios integrados de salud pública y otros programas sanitarios nacionales.

La Oficina llevó a cabo actividades complementarias en relación con las Discusiones Técnicas de la 12a Asamblea Mundial de la Salud, sobre educación sanitaria. Se estableció un sistema para el intercambio habitual, entre los Países Miembros, a través de la Oficina, de experiencias y materiales de educación sanitaria. Se proporcionó material técnico para el personal profesional y para los programas de adiestramiento, a los servicios nacionales de sanidad y a las escuelas profesionales. Entre este material figura la Serie de Informes Técnicos de la OMS sobre Educación Sanitaria, documentos informativos de los comités de expertos en educación sanitaria, guías para el adiestramiento de maestros en educación sanitaria, manuales sobre organización de conferencias y trabajos en grupo y artículos sobre métodos y técnicas de educación sanitaria.

La Oficina colaboró con el personal de educación sanitaria y de erradicación de la malaria de la Administración de Cooperación Internacional, de los Estados Unidos, en la preparación de un proyecto de guía sobre métodos educativos para los programas de erradicación de la malaria, guía que se proyecta distribuir por todo el mundo. El documento expone los procedimientos que se sugieren para la organización de los métodos educativos que se han de utilizar, desde el nivel nacional al nivel local, a fin de conseguir el apoyo de la colectividad para los programas de erradicación de la malaria. Se cree que esos procedimientos podrán aplicarse también, de una manera general, a otros servicios de salud pública.

Se trazaron planes preliminares para establecer una cooperación en el mejoramiento del adiestramiento de los maestros, en materia de educación sanitaria, como un

esfuerzo conjunto con la UNESCO. Asimismo, se han tomado medidas para el adiestramiento en educación sanitaria en las escuelas de medicina.

Otras actividades

Métodos y procedimientos administrativos de salud pública

En 1959 se inició un estudio sobre los servicios administrativos de los ministerios de salud pública y sobre los medios locales y nacionales de adiestramiento del personal de dichos ministerios en todo el Hemisferio.

El estudio se lleva a cabo actualmente en cumplimiento de la Resolución XXXV del Consejo Directivo, en su X Reunión, en la que se pedía al Director que tomara las medidas necesarias para prestar colaboración en materia de métodos y procedimientos administrativos de los servicios de salud pública. Los resultados obtenidos en el estudio revelan la existencia de una necesidad imperiosa de colaborar en este sentido con los ministerios de salud pública. Se proyecta completar el estudio en 1961.

Estas actividades forman parte de un programa continuo en el que figura la colaboración de la Organización con los Gobiernos Miembros para determinar los métodos y procedimientos administrativos aplicables en la campaña de erradicación de la malaria; a este efecto, se prevé la organización de cursos de adiestramiento y la prestación de servicios de asesoramiento.

A fin de preparar planes para lo futuro, se proyecta celebrar a fines de 1960 un seminario sobre la administración y organización de instituciones de salud pública, patrocinado por la Oficina Sanitaria Panamericana y las Naciones Unidas, en la Escuela Superior de Administración Pública para América Central. Participarán en la reunión los directores generales y los jefes de administración de los ministerios de sanidad de América Central y Panamá.

Se ha asignado a Chile, para 1961 y 1962, un consultor especializado en la evaluación de los métodos y prácticas administrativos. Estos servicios se facilitan además de los del consultor en administración asignado al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, desde fines de 1958, de la colaboración prestada a la campaña de erradicación de la malaria por cuatro consultores en gestión administrativa de las Zonas II, III y IV y de los servicios de un consultor regional en organización de transportes.

Higiene mental

En diversos países ha venido aumentando el interés por el fomento de la higiene mental, en la población en general, aunque sigue considerándose que debe darse mayor prioridad al control de las enfermedades transmisibles, la organización de los servicios sanitarios, la higiene materno-infantil, el saneamiento del medio y otras actividades fundamentales de salud pública. La Organización ha contribuido a que este interés sea efectivo, con los servicios de sus consultores en programas específicos, sobre todo los relacionados con servicios encaminados a la prevención de las enfermedades mentales principales, mediante el diagnóstico y el tratamiento tempranos.

Un consultor especial estudió los servicios psiquiátricos y de higiene mental existentes en Venezuela, y sugirió medidas a corto y a largo plazo para su futuro desarrollo. Entre estas recomendaciones figuraban la organización de servicios de higiene mental a nivel ministerial, prestando especial atención a la reorganización de la atención psiquiátrica y al desarrollo de una red de servicios de higiene mental en estrecha relación con los servicios locales de salud pública. También se formularon sugerencias para el mejoramiento de la enseñanza de la psiquiatría en las escuelas de medicina y el adiestramiento del personal de los servicios de higiene mental.

En México, un consultor estudió la organización actual de las actividades relativas a la higiene mental, así como los medios de adiestramiento, y formuló recomendaciones específicas relativas a un plan nacional para elevar los servicios al mayor grado posible de eficiencia. Entre estas recomendaciones figuró la de organizar servicios para que el tratamiento psiquiátrico y la rehabilitación se lleven a cabo temprana y adecuadamente, así como la de que se fomenten los medios de adiestramiento apropiados. Se proyecta una segunda visita del consultor.

Los efectos de la higiene mental en muchos problemas sanitarios, aparentemente no relacionados con ella, ofrecen la oportunidad de incorporar sus técnicas y métodos a las actividades totales de los servicios integrados de salud

pública. Se han completado los planes para el nombramiento de un consultor permanente en esta materia, encargado de fomentar y desarrollar proyectos y actividades específicos dentro de proyectos sanitarios ya existentes.

Rehabilitación

La Organización continuó participando, en 1959, en el establecimiento de un centro de adiestramiento en técnicas de rehabilitación de personas físicamente incapacitadas, en São Paulo, Brasil. El consultor de la OPS actuó de asesor del Director del Centro en todas las fases del programa.

Después de dos años, el Centro está hoy en condiciones de efectuar demostraciones sobre diversas fases de la rehabilitación, en sus aspectos médico, vocacional, educativo y social. Ha organizado, también, una serie de cursos, particularmente para fisioterapeutas y ergoterapeutas. Con arreglo a las necesidades que existan, el Centro puede prestar servicios de adiestramiento en las siguientes especialidades: rehabilitación médica; fabricación y ajuste de aparatos ortopédicos; fabricación y ajuste de prótesis.

Durante el año, el Centro organizó un seminario sobre rehabilitación, al que asistieron aproximadamente 200 participantes de Brasil, entre ellos profesores de ortopedia de Recife, Salvador, Curitiba y Porto Alegre.

Planeamiento y organización de hospitales

Durante 1959 se ha continuado asesorando a los Ministerios Nacionales y Provinciales de Salud Pública de Argentina, en la organización de sus hospitales y en el planeamiento de la política hospitalaria, así como en el adiestramiento del personal profesional y auxiliar, lo que se ha traducido en recomendaciones para mejorar el funcionamiento técnico y administrativo de varias instituciones, el establecimiento de centros de demostración, la promulgación de reglamentos adecuados, modernización de los sistemas de estadística, etc. En las provincias de Buenos Aires, Chaco, Córdoba, Salta y Tucumán, se ha colaborado con las autoridades correspondientes a fin de conocer el problema hospitalario en cada una de ellas, y se han recomendado las medidas necesarias para mejorar los servicios técnicos y administrativos. Se ha colaborado asimismo con diversas instituciones docentes, en el estudio del funciona-

miento, rendimientos, morbilidad, mortalidad, personal y costos de los hospitales de clínicas. Se han sugerido planes para nuevas construcciones y transformaciones. Entre las instituciones docentes que se ha asesorado se cuenta la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires y las facultades de Medicina de la Universidad de La Plata y de Córdoba.

Durante el año las autoridades argentinas han realizado los siguientes cursos de adiestramiento: para Directores de Hospitales y Centros de Salud, de seis semanas de duración, con 40 asistentes; uno para Directores de Instituciones y Centros de Vías Respiratorias, de seis semanas, con 20 inscritos; uno sobre Organización y Administración Hospitalaria en la Escuela Nacional de Salud Pública, que comenzó en agosto y se extenderá hasta el 31 de marzo de 1960, con 16 médicos inscritos; uno sobre Estadística Hospitalaria de tres semanas, con 32 estadísticos provenientes de diversos hospitales y de la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud Pública; y uno para Directores de Hospitales de la Municipalidad de Buenos Aires, de seis semanas, con 35 asistentes.

Merece destacarse especialmente la organización de centros de demostración en establecimientos hospitalarios modelos, ya sea en su totalidad o en algunos de sus departamentos, que servirán para poner en práctica métodos administrativos y a la vez como campo de adiestramiento y capacitación del personal en todos los niveles. Esto se está realizando en el Hospital Ferrando, en la Provincia del Chaco; en el Hospital Argerich y Centro de Salud Angel Gallardo, en la Capital Federal; y en los Hospitales Rivadavia, Avellaneda, Casa Cuna, y Hospital de Clínicas de Buenos Aires.

Numerosos países han expresado su interés en obtener asesoría técnica para reorganizar, ampliar o mejorar su sistema hospitalario, como parte de su programa general de salud. Se espera utilizar los servicios de varios consultores especializados en esta materia, a fin de poder atender las solicitudes formuladas. En 1960 se nombrará un asesor regional especializado en el amplio campo de la atención médica, quien estudiará la situación actual, a este respecto, en los países de las Américas. El estudio comprenderá las relaciones entre los sistemas hospitalarios y los servicios de salud, así como el desarrollo de los servicios de seguridad social.



Una de las 17 familias de Amatitlán, Guatemala, que recibieron un suministro semanal de INCAPARINA en el primer ensayo de este producto.



Educación sanitaria. Amatitlán, Guatemala. Una enfermera, en un centro de salud, examina con estudiantes de escuela secundaria y personas adultas la necesidad de la inoculación preventiva.

ADMINISTRACION DE SALUD PUBLICA

Nutrición. Celaya, Guanajuato, México. Una enfermera visitadora enseña de una manera práctica a un grupo de padres el valor nutritivo de las frutas disponibles en la localidad.

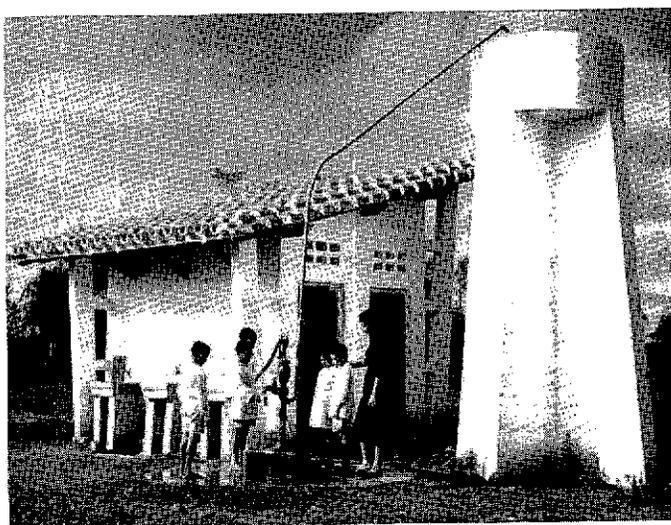


Elaboración de programas. Personal nacional e internacional preparando un programa estatal de salud pública, en Celaya, Guanajuato, México.



La higiene dental forma parte del proyecto de servicios integrados de salud pública, en Las Crucitas, Honduras.

Los habitantes de una aldea de Paraguay construyeron su instalación de abastecimiento de agua, bajo la supervisión de ingenieros sanitarios del Departamento de Saneamiento del Medio del Ministerio de Salud Pública.

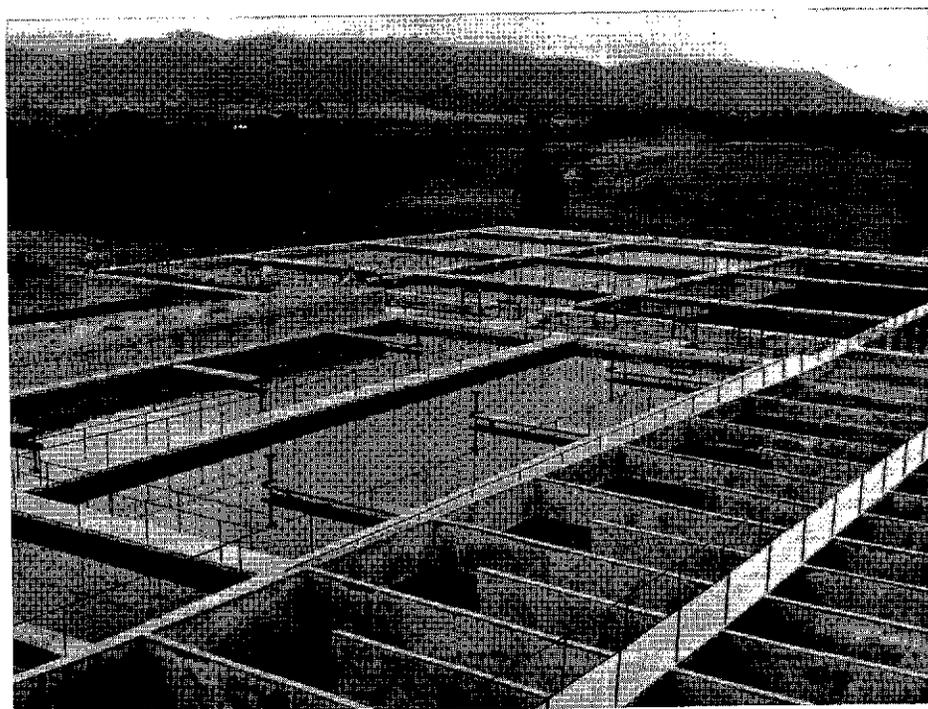


Bajo la dirección de un ingeniero, los habitantes del pueblo de Tavera, Guanajuato, México, construyen un depósito de agua.



Seis llaves de agua sirven a los habitantes de Roque, Guanajuato, México. Esta unidad fundamental de abastecimiento de agua permitirá tender tuberías para llevar el agua al resto de la localidad, tan pronto como se obtengan los materiales para ello.

Esta planta moderna para el tratamiento de agua, que tiene una capacidad de 40 millones de litros diarios, fué pagada y se mantiene y hace funcionar con fondos aportados por los habitantes de la Ciudad de Guatemala, Guatemala.





Lavadero público, en el pueblo de Palín, construido por la División de Servicios Rurales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala.



Dos inspectores sanitarios examinan el estado de conservación de una letrina y ducha, diseñadas y construidas por los ingenieros sanitarios y el personal del Centro Rural de Salud de La Chorrera, Panamá.



Los 265 habitantes de Villa Rosario, se beneficiarán con el nuevo pozo construido, bajo la supervisión del ingeniero sanitario del Centro Rural de Salud de La Chorrera Panamá.



La madre aprende a bañar a su hijo.

Colocación de un revestimiento de concreto en un pozo para que su agua ofrezca garantías desde el punto de vista de la salud. Esta actividad forma parte de un programa integrado de salud pública, en Paraguay.



Una partera en adiestramiento, del centro local de salud, habla con las futuras madres acerca de la ropa infantil, en Rincón de Tamayo, Guanajuato, México.

EDUCACION Y ADIESTRAMIENTO

Introducción

Es evidente que el mejoramiento constante y efectivo de los servicios de salud pública depende de la disponibilidad de personal debidamente adiestrado. En consecuencia, uno de los problemas a que la Organización dedica una atención preferente es el de la necesidad de subsanar las graves deficiencias que existen hoy en la América Latina, en cuanto a todas las profesiones sanitarias, tanto en lo que se refiere al número de personas adiestradas como a la calidad del adiestramiento.

Uno de los objetivos a largo plazo de la Organización, es el de colaborar con todos los países en el desarrollo, dentro de sus respectivas fronteras, de adecuadas instituciones docentes para la formación fundamental de médicos, enfermeras, ingenieros y otras clases de personal de salud pública. Ya se han logrado considerables progresos, pero todavía es necesario—y probablemente lo seguirá siendo por largo tiempo—contar con centros internacionales seleccionados en los que se concentren los recursos y se ofrezca adiestramiento de alta calidad. La colaboración de la Organización en la labor de estos centros beneficia, en consecuencia, a muchos países.

Casi todos los proyectos en los que se interesa la Organización tienen, naturalmente, aspectos educativos. Los proyectos integrados de salud pública que se describen en el correspondiente capítulo del presente Informe, constituyen destacados ejemplos. A ellos pueden añadirse los siguientes: el asesor de laboratorio que dedica buena parte de su tiempo al adiestramiento de personal local en tareas que han de continuar cuando él salga del país; el consultor en un instituto de nutrición, el asesor en control de la lepra, el consultor en veterinaria de salud pública. Todos ellos dedican una parte considerable de sus actividades al adiestramiento de personal local. En la sección relativa a Administración de Salud Pública, figura una tabulación del personal nacional adiestrado en relación con los proyectos encaminados a mejorar los servicios de salubridad.

El presente capítulo se refiere más directamente a las actividades relativas a la formación oficial del personal técnico. Se dedica mucha atención a la enseñanza básica

de medicina y enfermería y a la formación profesional en el campo de la salud pública, y se examina también todo el programa de becas. Si bien se hace breve referencia a programas de adiestramiento específico en otros campos especializados tales como estadística, saneamiento del medio, veterinaria de salud pública y odontología, los progresos realizados en la educación en estos campos se describen más detalladamente en los capítulos correspondientes.

Un importante acontecimiento del año, basado en el reconocimiento por parte de la Organización, de la desproporción que existe entre la labor ya realizada y lo mucho que aún queda por hacer, fue la constitución de un Comité Asesor sobre Educación. Este Comité, que se reunió en Washington el 24 de noviembre de 1959, examinó cuidadosamente la documentación preparada sobre las lagunas existentes en las Américas en el campo de la educación, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, y estudió los programas llevados a cabo por la Organización para hacer frente al problema. El Comité consideró que estas lagunas eran de serias proporciones y que constituían un obstáculo fundamental para el fortalecimiento de los servicios de sanidad y el mejoramiento de la salud de la población de las Américas. Se llegó a la conclusión de que las orientaciones de la Organización son acertadas, y, si se aplican en una escala de suficiente magnitud, constituirán una colaboración eficaz con los países en la atención de sus necesidades. Además, se señaló que el programa debe abarcar todas las categorías de personal sanitario esencial.

El Comité manifestó claramente que, en su opinión, los programas encaminados al fomento de la educación merecen la más alta prioridad y, por consiguiente, recomendó decididamente que se amplíen mucho las actividades de la Organización en el campo de la educación profesional. El Comité, reconociendo que con el progreso normal del presupuesto ordinario no es probable que se pueda apoyar un programa como el que se necesita urgentemente, recomendó que se tratara de obtener de otras fuentes, tales como las fundaciones privadas, los fondos necesarios.

Educación médica

Al terminar el año 1959, había en las Américas 184 escuelas de medicina, 96 de las cuales correspondían a Estados Unidos y Canadá, y 88 a la América Latina. El volumen de alumnos en las escuelas latino-americanas es tan variable que el número de escuelas, por sí solo, no significa mucho. No obstante, se observará que hay por lo menos una escuela de medicina en cada país de las Américas. A juzgar por los datos disponibles, aproximadamente el 50 por ciento de los graduados corresponde al 10 por ciento de las escuelas, mientras que el 50 por ciento de las escuelas cuentan con menos del 15 por ciento de los graduados. Algunas escuelas parecen ser excesivamente grandes, y otras demasiado pequeñas, para tener adecuados programas educativos. Aun de mayor importancia que la cuestión de cantidad es la gran variación que se observa en la extensión y calidad de la instrucción. Si bien hay escuelas que mantienen excelentes niveles de enseñanza, son demasiadas las que adolecen de graves defectos en el plan de estudios, en la cantidad de adiestramiento práctico facilitado y en la cantidad y calidad de la enseñanza. Uno de los graves defectos consiste en la ausencia de un núcleo de personal docente, a tiempo completo, particularmente en la enseñanza de las ciencias fundamentales. Se ha demostrado que la existencia de un grupo de esta naturaleza es indispensable para que la enseñanza se mantenga a un alto nivel. Se han hecho algunos progresos a este respecto pero, al parecer, sólo la mitad de las escuelas cuentan con personal a tiempo completo.

Las investigaciones constituyen una parte integrante de toda institución médica docente, pues es imposible concebir una enseñanza realmente eficaz en la que no se estimule la curiosidad del estudiante tanto por la teoría como por la práctica, y en la que no se desarrolle la capacidad del alumno para analizar nuevas sugerencias, por ejemplo en terapéutica, a través del contacto con un ambiente de minuciosas investigaciones científicas.

La necesidad de disponer de un número adecuado de médicos competentes se basa en las exigencias de los servicios preventivos y curativos. Si bien la función fundamental de la Organización consiste en fomentar la prevención de las enfermedades, se reconoce claramente que en la prevención hay varios aspectos, y que, una vez contraída la enfermedad, la prevención de la muerte o de la invalidez depende del grado de aptitud médica en materia de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Muchas otras organizaciones se interesan también por mejorar, en general, la enseñanza médica en la América Latina, aspecto que se describe con

más detalle en la sección relativa al Centro de Información de Educación Médica. Por consiguiente, la Organización, para hacer el mejor uso de sus limitados recursos, ha establecido prioridades partiendo del concepto de que el papel que le corresponde es, primordialmente, el de alentar el mejoramiento: de la estructura y el contenido básicos de los planes de estudio, así como el de la organización administrativa de las escuelas de medicina; de la enseñanza teórica y práctica de la prevención en sus más amplios aspectos, dedicando particular atención al hecho de que esta enseñanza no debe limitarse al departamento de medicina preventiva sino que se debe dar en otros muchos departamentos, especialmente en los departamentos clínicos, como el de pediatría y el de obstetricia; de la enseñanza de las ciencias fundamentales, reconociendo que para comprender la prevención y la curación de las enfermedades es esencial un concepto adecuado y dinámico de la estructura y funcionamiento del cuerpo humano; y, por último, de los aspectos clínicos de la enseñanza, reconociendo que, dentro de las posibilidades presupuestarias existentes, la ayuda a la instrucción clínica sólo es concebible en los casos en que es necesaria para subsanar deficiencias fundamentales en el programa de enseñanza.

De acuerdo con estas prioridades, la Organización ha encauzado sus actividades por dos rumbos principales. Corresponden al primero, las que se refieren a grupos de escuelas o países, y, al segundo, las orientadas hacia una institución determinada.

Programas que afectan a más de un país

Dado su carácter internacional, la Organización está en condiciones especialmente favorables para emprender o coordinar actividades correspondientes a varios países. En el curso del año, fueron varias las actividades de esta clase que se llevaron a cabo.

Uno de los acontecimientos más importantes fue la celebración de la Segunda Conferencia Mundial de Educación Médica, en Chicago, Illinois, EUA, bajo los auspicios de la Asociación Médica Mundial, y patrocinada por la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas y la Asociación Internacional de Universidades. Los países americanos estuvieron ampliamente representados en la Conferencia. Uno de los miembros del personal de la Organización formó parte del Comité Ejecutivo de la Comisión del Programa para la Conferencia, y otros miembros del personal presentaron trabajos y participaron activamente en la reunión. Dos de

los ocho vicepresidentes eran latinoamericanos. El tema de la Conferencia, "La medicina—Un estudio para toda la vida", se reflejó en el programa, que estaba dedicado principalmente a los problemas de la enseñanza permanente del médico, tanto del que se dedica a la medicina general como del especialista.

En diciembre de 1959, la Asociación Colombiana de Escuelas de Medicina organizó un Seminario sobre la Enseñanza de la Medicina Interna en las Escuelas de Medicina. Mediante la colaboración de la Organización, y de la Fundación Kellogg, se proporcionaron medios para que asistieran al Seminario profesores de medicina interna procedentes de 21 escuelas de 12 países, sin contar entre ellos a Colombia. Puesto que la aptitud clínica básica del médico en la función que le corresponde de atender a los seres humanos, dependerá más de la clase de instrucción que reciba en el campo de la medicina interna, que de ninguna otra materia de la carrera de medicina, tiene una gran importancia el mejoramiento de esas enseñanzas y la ampliación de sus conceptos, particularmente en lo que se refiere a la prevención. Miembros del personal de la Organización participaron en la planificación de los temas y cuestiones principales que habrían de discutirse en el seminario, y uno de los miembros del mismo personal participó activamente en la propia reunión.

En informes anuales anteriores ya se ha indicado el gran interés de la Organización en la enseñanza de pediatría, que tal vez es el campo clínico más íntimamente relacionado con la prevención. Una amplia encuesta (AMRO-68) que abarcó todas las escuelas de medicina de la América Latina fue seguida de un seminario para las escuelas de Colombia y Venezuela (AMRO-102), así como de una colaboración en reuniones internacionales afines, tales como el Congreso Centroamericano y el Panamericano de Pediatría.

En el IX Congreso Internacional de Pediatría, que tuvo lugar en Montreal, en julio de 1959, la Organización, en colaboración con la Asociación Internacional de Pediatría, patrocinó una sesión especial sobre la enseñanza pediátrica. Esta reunión que se celebró el 25 de julio, estuvo a cargo de dos cuadros de expertos. Estos examinaron los temas siguientes: 1) la enseñanza de la pediatría a todos los estudiantes de medicina; 2) la preparación del especialista en pediatría, y 3) la preparación de profesores de pediatría. Cada cuadro estuvo integrado por seis distinguidos profesores de pediatría, cada uno de ellos procedente de distinto país, lo que dió ocasión a un intercambio verdaderamente internacional de ideas y experiencias. Después de una sesión preliminar, en la que se determinó el método de presentación y la distribución de materias, entre los miembros de los cuadros, cada uno de los expertos expuso brevemente su tema correspondiente, contestando a unas preguntas previamente formuladas. A continuación, se procedió a un libre cambio de impresiones entre los miembros del cuadro y a una discusión general. Ninguna intervención excedió de cinco minutos, y esto permitió mantener un intercambio de ideas verdaderamente amplio y que expusieran puntos de

vista personas procedentes de todo el mundo.

La preparación y celebración de la sesión especial estuvo a cargo de personal de la Organización. Uno de los miembros del personal resumió, en diez minutos, los puntos más importantes de la reunión, a la terminación de la misma.

Como parte de las medidas preliminares y de la documentación para los temas objeto de discusión, la Organización preparó, en colaboración con la Academia Americana de Pediatría y su Comité sobre Educación Médica, un análisis de la influencia, que aun subsiste, del Estudio sobre Educación Pediátrica, llevado a cabo en los Estados Unidos en 1946-47. Este análisis se basó en los cuestionarios presentados a los jefes de los departamentos de pediatría de las escuelas de medicina de dicho país, durante los primeros meses de 1959.

Se colaboró en la preparación y resultados de una reunión de la Asociación Internacional de Epidemiología celebrada en Cali, Colombia, en agosto de 1959. Esta Asociación, compuesta de miembros electivos, procedentes de varios departamentos de medicina preventiva de las escuelas de medicina de todo el mundo, se interesa particularmente en el fomento de las investigaciones epidemiológicas a través de las escuelas de medicina y en el empleo de éste y otros medios para el mejoramiento de la enseñanza de la medicina preventiva a los futuros médicos. En esta primera reunión en América Latina se examinaron los problemas epidemiológicos especiales y las consiguientes oportunidades de estudio que pueden encontrarse en las Américas.

Dada la creciente importancia de las radiaciones ionizantes como instrumento de la medicina, y, por otra parte, como peligro para la salud, la Organización ha gestionado el adiestramiento de personal, tanto en materia de protección como en cuanto a la utilidad y las limitaciones de los radioisótopos en la medicina clínica. Para ampliar los medios de adiestramiento en lengua española, en relación con los radioisótopos, se está preparando un acuerdo, en colaboración con la Fundación Kellogg, para cooperar con la Universidad de Chile en la organización de un programa de adiestramiento sobre usos clínicos de los radioisótopos (Chile—39). Se espera obtener una amplia selección de becarios para asistir a ese curso, a fin de que cada país pueda contar con una o más personas debidamente capacitadas en este campo.

Se va avanzando lentamente en la ejecución de la encuesta sobre la enseñanza de las ciencias fundamentales. Se presentó otro informe provisional en una reunión de la Asociación Latinoamericana de Ciencias Fisiológicas, celebrada en relación con el XXI Congreso Internacional de Ciencias Fisiológicas, que tuvo lugar en Buenos Aires, en 1959.

Programas nacionales

Se están llevando a cabo programas nacionales especiales en México (México—32), Haití (Haití—19), Argentina (Argentina—18) y Venezuela (Venezuela—17), pero,

además, el personal de la Organización ha proporcionado asistencia a escuelas de casi todos los países de la Región. En un seminario, para las escuelas de medicina de México, sobre la enseñanza del saneamiento del medio a los estudiantes de medicina, la Organización colaboró en la preparación y celebración, y aportó los servicios de un consultor así como la cooperación de miembros especializados del personal. Este seminario revistió especial importancia puesto que abordó el problema de enseñar a los estudiantes de medicina los aspectos de un campo generalmente reservado a especialistas con una formación totalmente distinta. Sin embargo, en América Latina, los médicos necesitan participar activamente, en colaboración con los ingenieros, en el mejoramiento de los servicios e instalaciones de saneamiento. Ahora bien, la escuela de medicina debe mantener en su programa docente las debidas proporciones, de suerte que el estudiante comprenda claramente las técnicas especializadas y los correspondientes conceptos, pero sin presentarle un campo de estudio demasiado extenso, pues esto podría confundir al alumno al tratar de convertirlo en una especie de ingeniero auxiliar.

Se organizó un viaje de estudio para los decanos de cuatro escuelas de medicina en Argentina (Argentina—18), con el fin de que visitaran, en grupo, escuelas de medicina de los Estados Unidos, Brasil, Colombia y Puerto Rico. El grupo participó también en la Segunda Conferencia Mundial de Educación Médica. La información obtenida posteriormente indica que las visitas fueron provechosas para la reorganización de las escuelas de medicina interesadas, dando lugar a modificaciones de los planes iniciales.

Venezuela está planeando la celebración de un seminario nacional sobre enseñanza médica, en el que estarán representadas las cuatro escuelas del país. La Organización participó en la preparación del método de trabajo, los temas y el horario de la reunión. Las escuelas de medicina proyectan hacer un nuevo examen crítico de todos sus programas, y este seminario ofrecerá una oportunidad para la colaboración entre ellas y para el intercambio de ideas con consultores, de otros países, enviados por la Organización.

Se han hecho nuevos progresos en el programa a largo plazo en Haití (Haití—19), aunque un poco más lentamente de lo que se esperaba. Algunos miembros del personal nacional están recibiendo adiestramiento en el extranjero, en parte mediante becas del gobierno y en parte con becas de la Organización. Esta facilitó los servicios de un profesor de fisiología que se ocupa, no sólo del mejoramiento de la enseñanza de dicha materia, sino también de la reforma general del plan de estudios médicos y del programa de la escuela de medicina. Se necesita especialmente equipo para laboratorios de ciencias fundamentales, y, a este respecto, se espera que la colaboración con la ICA ayude a resolver este problema.

En Colombia, un profesor visitante en la Escuela de Salud Pública, cuyo proyecto se describe más adelante,

desempeñó un importante papel en la reorganización del curso de microbiología, de la Escuela de Medicina.

Las escuelas de medicina de Centro América y Panamá han mostrado un particular interés en reformar la enseñanza médica, y, en consecuencia, miembros del personal de la Oficina visitaron las escuelas de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá con el objeto de prestar servicios de asesoramiento sobre el programa general de enseñanza. Además, en Costa Rica, se hizo un estudio general de los progresos realizados desde que la escuela inició la enseñanza en ciencias fundamentales; en El Salvador se colaboró especialmente en la organización de un seminario sobre enseñanza clínica, para personal de la propia escuela de medicina; en Guatemala, el campo que recibió más atención, fue el de la medicina preventiva; en Honduras, el de la reorganización de la enseñanza de la fisiología, para lo que se le facilitaron los servicios de un consultor que asesorara sobre una nueva organización del curso y ayudara a determinar el equipo necesario para el laboratorio de fisiología; por último, a Panamá, se le facilitaron los servicios de un consultor especial para que colaborara con el bibliotecario nacional, becario de la Organización, en la labor de establecer el sistema de funcionamiento de la biblioteca.

Como en años anteriores, se dedicó especial atención a la enseñanza de estadística en los planes de estudios de medicina. Tres distinguidos consultores visitaron 21 escuelas de nueve países del Continente, dando conferencias y asesorando sobre programas de enseñanza. En la sección relativa a estadística figura información más detallada sobre esas visitas.

Ha venido recibiendo una atención cada vez mayor el adiestramiento del profesorado de las escuelas de medicina. Con este fin, durante el año, se adjudicaron 16 becas a profesores, para ampliación de estudios.

Centro de Información de Educación Médica

Este Centro, establecido en 1952, y que ya ha sido descrito en informes anuales anteriores, continuó sus actividades entre las que ocupa destacado lugar la distribución del informe trimestral sobre becas. Se celebró una importante reunión en la que se examinaron, país por país, las actividades de los diversos organismos participantes. Actualmente, son 10 los organismos que desempeñan un papel activo en la labor del Centro de Información de Educación Médica, e informan, con regularidad, sobre las becas concedidas.

Biblioteca

Durante el año a que se refiere este Informe, la Biblioteca de la Sede continuó ampliando su servicio de referencias bibliográficas, así como proporcionando material de lectura y audiovisual, particularmente al personal que presta sus servicios en los programas de campo. La Biblioteca presta

servicios a los Gobiernos Miembros de diversas maneras. En general, atiende a las solicitudes de los gobiernos, a través de las Oficinas de Zona, y a las formuladas directamente por médicos e investigadores asignados a instituciones y hospitales gubernamentales. En 1959 se atendieron cuarenta y una solicitudes.

Además, la Biblioteca proporcionó documentación bibliográfica para la sección "Salud Pública y Medicina" de la *Revista Interamericana de Bibliografía*, publicada por la Biblioteca Conmemorativa de Colón, de la Unión Panamericana. La Biblioteca preparó también la sección "Biblioteca" del *Boletín* de la Oficina Sanitaria Panamericana.

La Biblioteca colaboró con la Asociación de Bibliotecas Médicas (de los Estados Unidos) y con el Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas, en la preparación de un programa de becas para tres bibliotecarios médicos.

Se colaboró con el bibliotecario del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas en la planeación de su nueva biblioteca y en la instalación de la misma.

Un miembro del personal de la Sede visitó, en 1959, la biblioteca de la Zona II y adiestró al personal local en catalogación, clasificación y técnicas elementales para el trabajo de los bibliotecarios. Se compiló también un manual de los principios fundamentales de la labor en las bibliotecas, del cual se enviaron ejemplares a todas las Oficinas de Zona.

Salud pública

Después de varios años de estudio y de un año de planificación intensiva, en la primera semana de noviembre de 1959 se celebró en San Miguel Regla, Estado de Hidalgo, México, con la generosa colaboración del Gobierno del país, la primera Conferencia sobre Escuelas de Salud Pública en América Latina. La reunión se había preparado mediante la distribución, a los futuros participantes, de la documentación pertinente, material básico y lista de referencias bibliográficas, y mediante la visita de un consultor a las principales escuelas que habían de estar representadas. Sobre la base de los informes de las visitas del consultor se formuló, por correspondencia, una serie de preguntas sobre los tres principales temas de discusión: 1) objetivos de una escuela de salud pública; 2) contenido y cobertura del curso, métodos de enseñanza, profesorado, y 3) normas administrativas para las investigaciones docentes y para el servicio de la colectividad.

Al mismo tiempo, el consultor celebró entrevistas con funcionarios de los ministerios de sanidad para conocer sus puntos de vista respecto del contenido y propósito de los programas educativos en el campo de la salud pública.

Otro consultor preparó una exposición de antecedentes sobre el estado actual de la educación profesional, en el campo de la salud pública, y los problemas con que se enfrentan las escuelas. Como material básico adicional, se solicitó de los participantes la aportación de material descriptivo sobre sus respectivos programas de enseñanza y el método general de funcionamiento de las escuelas.

Entre los 33 participantes en la reunión, había profesores y administradores de salud pública, procedentes de Argen-

tina, Brasil, Chile, Estados Unidos, México, Perú, Puerto Rico y Venezuela, así como médicos, ingenieros, educadores sanitarios, estadígrafos y miembros de otros grupos profesionales.

La Conferencia se planeó en pequeños grupos de trabajo, integrados aproximadamente por 10 miembros, de manera que quedara establecido un buen equilibrio en la distribución profesional y geográfica. Cada grupo eligió un presidente y un relator para cada tema objeto de discusión. Previamente se había nombrado un secretario permanente para cada grupo, perteneciente al personal profesional de la OSP. La presentación de cada tema se hizo en sesión plenaria, y estuvo a cargo de un cuadro de expertos, integrado por tres o cuatro miembros. Seguidamente, los tres grupos de trabajo se reunían por separado para examinar en detalle los problemas comprendidos en el tema. Terminada la discusión, los relatores y los secretarios se reunían para preparar un informe conjunto en el que quedasen reflejadas las opiniones de todos los grupos con respecto al tema. A continuación, cada grupo, por separado, sometía el informe conjunto a un examen crítico, y las observaciones formuladas se examinaban en sesión plenaria. Las versiones que de este examen resultaban, se iban reuniendo para ser sometidas, una vez más, a la consideración de la Conferencia en la última sesión plenaria.

Es digno de notar el entusiasmo y dedicación mostrados por los participantes en la labor de la Conferencia. Se excedió casi siempre del tiempo proyectado de las sesiones, continuando, además, las discusiones con carácter particular durante las comidas y por las noches.

Probablemente el mayor éxito de la Conferencia fue el mutuo estímulo derivado de la relación personal y el establecimiento de una base para un constante intercambio de ideas y experiencias.

Como en años anteriores, las tres escuelas de salubridad de América Latina que llevan a cabo la mayor parte de la enseñanza académica internacional en materia de salud pública—São Paulo, Santiago y México—recibieron la colaboración de la Organización mediante los servicios de profesores visitantes, la concesión de becas a los miembros de la facultad y la entrega de suministros y equipo. Una indicación de la importancia de estas escuelas, para el adiestramiento del personal de salud pública en las Américas, es el hecho de que en 1959 se inscribieron en ellas 107 becarios de la Organización.

En 1959, las tres escuelas fueron visitadas por un consultor, encargado de asesorar sobre el programa general de las escuelas de salud pública, y por un consultor especial sobre la enseñanza de saneamiento del medio. Además, este último visitó la Escuela de Ingeniería Sanitaria de la Escuela de Postgraduados de la Universidad Nacional de México, que lleva a cabo un programa de adiestramiento para graduados, dedicado a ingenieros sanitarios de México, pero en la que cursan también estudios algunos estudiantes de otros países.

Como medida del constante desenvolvimiento de las escuelas nacionales de salud pública, es decir, aquéllas cuya matrícula se halla esencialmente limitada a alumnos del país o estado en que se encuentran establecidas, se puede citar el hecho de que actualmente existe un programa especial para cada país que cuenta con una escuela de esa naturaleza y, en consecuencia, el antiguo programa interzonas (AMRO-16), resulta ya innecesario. El consultor que colaboró en la planificación de la reorganización de la Escuela Nacional de Salud Pública completó su misión de dos años. Se ha promulgado ya un decreto estableciendo las bases para la nueva escuela. La escuela de Río de Janeiro, así como la escuela estatal de Belo Horizonte, fueron visitadas también por el consultor en la preparación de la Conferencia de Escuelas de Salud Pública.

En Colombia, se ha llevado a cabo una importante reorganización de la Escuela Nacional de Salud Pública, habiéndose nombrado un Director a tiempo completo, cuyos servicios ha cedido, en comisión de servicio, la Universidad del Valle, Cali. Para colaborar en estas actividades, la Organización facilitó los servicios de un profesor visitante, de microbiología, que no sólo colabora en el establecimiento de un nuevo programa de enseñanza en este campo sino que también participa en la reorganización general de la instrucción en microbiología en la escuela de medicina. La Escuela Nacional de Salud Pública se ha trasladado al edificio de la escuela de medicina de la Ciudad Universitaria, y está desarrollando una intensa labor para elevar el nivel académico a fin de ofrecer una instrucción de alta calidad en el campo de la salud pública.

Continúa el progreso de las gestiones encaminadas a

establecer una escuela nacional de salud pública en la Argentina. El médico propuesto para director de esta escuela regresó al país una vez terminados los estudios para los que se le había concedido una beca. Durante ellos, además de las materias que cursó en el campo de la salud pública, realizó trabajos especiales en relación con los métodos de enseñanza y los programas de medicina preventiva. Los planes para la escuela, como parte de la Universidad de Buenos Aires, prosiguen paulatina y minuciosamente, a fin de establecer una firme base para el programa y de contar con personal docente bien preparado en las disciplinas esenciales del plan de estudios. Mientras tanto, con el objeto de preparar inmediatamente al personal que el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública necesita con urgencia, se ha establecido un programa de adiestramiento dentro del propio Ministerio. El consultor en programas de adiestramiento y enseñanza que visitó la escuela internacional de salud pública, estudió también la situación del programa del Ministerio, así como el desarrollo de la escuela en la universidad.

Desde hace unos años, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela ha mantenido una escuela de salud pública que cuenta con instalaciones propias y un núcleo de personal docente a tiempo completo. La escuela ha llevado a cabo un programa encaminado a proporcionar una enseñanza de alta calidad, incluyendo todas las materias principales relacionadas con la administración de salud pública. Después de las pertinentes negociaciones entre el Ministerio y la Universidad Nacional, se llegó a un acuerdo para transferir la escuela a la universidad con el propósito de encuadrarla en la estructura académica ordinaria. A fin de colaborar con la universidad y el Ministerio en este traspaso de servicios y en el establecimiento de un nuevo, y más completo, plan de estudios, la Organización facilitó los servicios de un consultor especial quien analizó los puntos fuertes y débiles de la escuela y formuló una serie de recomendaciones relativas al desarrollo del programa y al adiestramiento del personal docente necesario.

El Gobierno de Jamaica mantiene desde hace muchos años un centro de adiestramiento destinado especialmente al personal de todas las Indias Occidentales Británicas, en particular en el de enfermería y los inspectores sanitarios. El plan de estudios del centro de adiestramiento reúne los requisitos exigidos por el Real Instituto de Higiene Británico, pero no se adapta en todos los casos a las necesidades especiales de Jamaica o de otros lugares de las Indias Occidentales. La Organización (Federación de las Indias Occidentales—11) facilitó los servicios de un profesor de ingeniería sanitaria, familiarizado con el problema entero de la enseñanza, para que analizara la situación. En el informe presentado por este consultor figura una serie de recomendaciones relativas a las necesidades administrativas, posibles cambios en la duración del curso y examen del contenido de éste a la luz de las funciones específicas que los graduados

están llamados a desempeñar. Uno de los puntos a resolver es el relativo al adiestramiento que han de recibir los inspectores sanitarios en lo referente a los problemas con que habrán de enfrentarse al aconsejar, sobre la salud en general, a los niños y a los adultos durante las visitas domiciliarias.

Como en años anteriores, el personal de la Organización dió conferencias y participó en las actividades docentes de la mayoría de las escuelas de salud pública del Canadá y de los Estados Unidos. Estas conferencias ofrecieron oportunidad, no sólo para ampliar los horizontes de los estudiantes de las escuelas de salud pública, sino también de dar a conocer a un público mayor la labor de la organización.

Durante varios años, una importante parte del programa de colaboración con las escuelas de salud pública de las Américas que reciben estudiantes procedentes de otros países ha sido la concesión de becas a profesores de las mismas. Estas becas tienen por objeto contribuir al mejoramiento de los métodos docentes y particularmente permitir que los profesores se familiaricen más con las diversas situaciones con que habrán de enfrentarse los estudiantes una vez terminados sus estudios. Durante 1959 se adjudicaron 11 becas de esta clase.

Saneamiento del medio

El adiestramiento de personal en saneamiento del medio ha de llevarse a cabo en diversos niveles. Para dirigir las actividades, se necesitan ingenieros sanitarios que posean amplios conocimientos en los diversos aspectos de la ingeniería de salud pública, entre ellos los sistemas de abastecimiento de agua potable, los de eliminación de aguas servidas y de basuras y otros aspectos afines. Además, debe existir un cuerpo de inspectores sanitarios bien preparados, y, como cabe esperar que entre ellos haya un considerable movimiento de personal, es necesario mantener constantemente programas de adiestramiento inicial y de actualización de conocimientos. Además de los dos grupos antes mencionados, que participan en todos los aspectos del saneamiento del medio, se necesita personal especializado en actividades tales como el funcionamiento de las instalaciones hidráulicas.

El programa de la Organización en el adiestramiento de todo ese personal comprende tanto la cooperación con las mencionadas escuelas de salud pública que actúan con carácter internacional, para la preparación de ingenieros sanitarios y de instructores de inspectores sanitarios, como la asistencia a los programas de adiestramiento para inspectores sanitarios que se desarrollan dentro de los países, y que normalmente forman parte de los programas integrados de salud pública. Se han celebrado cursos especiales—dedicados a un solo país o a pequeños grupos de países—para operadores de instalaciones de abastecimiento de agua. Se espera que esta labor se ampliará con el desarrollo de un programa estándar de abastecimiento de agua. En el correspondiente capítulo figura más información sobre el adiestramiento de personal de saneamiento del medio.

Higiene dental

La encuesta general sobre las necesidades en el campo de la higiene dental en las Américas, llevada a cabo por el consultor de la Organización en esta especialidad, indicó que los programas de adiestramiento debían recibir la máxima prioridad. Es evidente la necesidad de proporcionar adiestramiento especial al personal que ha de administrar programas de odontología de salud pública en los ministerios de sanidad y que se necesita también mejorar la formación de los dentistas en materia de odontología preventiva. El curso de odontología de salud pública en la Escuela de Salud Pública de São Paulo, que cuenta con la colaboración de la Fundación Kellogg, ha recibido especial atención del consultor de la Organización en higiene dental. Además, este consultor colaboró en el mejoramiento de las actividades de odontología preventiva en las escuelas de odontología del Brasil. El capítulo relativo a las actividades de higiene dental contiene información más detallada sobre el adiestramiento en este campo.

Enseñanza de la medicina veterinaria

La mayor atención dedicada al control de las zoonosis y a la higiene de los alimentos y la importancia creciente que se viene concediendo a la medicina comparada en las investigaciones médicas, han despertado un interés cada vez mayor, por parte de los veterinarios y de la medicina veterinaria, en la salud pública y han incrementado la demanda de adiestramiento en este campo. Intimamente relacionado con esta actitud está el deseo de las escuelas de medicina veterinaria de mejorar la enseñanza de salud pública a todos los estudiantes, en lugar de limitarla a los que se han de dedicar a esta especialidad.

Miembros del personal de la Organización han asesorado a las escuelas en las que los veterinarios cursan estudios para la obtención del grado de "Master" en salud pública. La finalidad de este asesoramiento ha sido ayudar a estos centros docentes a que adapten su enseñanza a los requerimientos profesionales de los veterinarios de salud pública. Se facilitó, asimismo, asesoramiento a la Escuela de Salud Pública de Río de Janeiro (Brasil—19) sobre el contenido del curso. En 1960 esta escuela recibirá por primera vez veterinarios para estudios de salud pública.

Aunque el adiestramiento en salud pública de los veterinarios ya graduados constituye una actividad importante y cada vez más amplia, el mejoramiento de la enseñanza de la salud pública y de la medicina preventiva en las escuelas de medicina veterinaria va adquiriendo proporciones aún mucho mayores. El hecho de que se haya comprendido que en el futuro ha de corresponder al veterinario un papel más importante en el programa sanitario de la colectividad, por lo que las escuelas de medicina veterinaria habrán de mejorar la orientación a este respecto, ha dado lugar a que el profesorado se preocupe más de la enseñanza de la salud pública

y busque la colaboración de la Organización en este sentido. Se han trazado programas de colaboración directa con tres países (Brasil—44, México—34, Perú—28) y a otros se les ha facilitado asesoramiento mediante los servicios de consultores a corto plazo (AMRO-67) o de miembros del personal de la Organización.

En 1959, se proporcionaron los servicios de consultores especiales—decanos de escuelas de medicina veterinaria—a las escuelas de Santiago, en Chile; La Plata, Buenos Aires y Corrientes, en Argentina; y São Paulo y Belo Horizonte, en Brasil.

Un importante aspecto de los progresos realizados en este campo es el Seminario sobre la enseñanza de Salud Pública en las Escuelas de Medicina Veterinaria, que tuvo lugar en Kansas City, Mo., EUA, en el mes de agosto, en el que se reunieron, por primera vez, educadores en veterinaria procedentes de todo el Hemisferio. El seminario fue planeado y llevado a cabo por la Organización, con la colaboración y bajo los auspicios del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, así como de la Asociación Americana de Medicina Veterinaria, la Asociación de Decanos de Escuelas Americanas de Medicina Veterinaria y la Secretaría del Congreso Panamericano de Medicina Veterinaria. Entre los participantes en el seminario figuraron decanos y profesores de salud pública de escuelas de medicina veterinaria en las Américas y distinguidos consultores en varios aspectos de los servicios de salud pública. Asistieron al seminario 81 personas. Las sesiones se celebraron en la Universidad de Kansas City.

Los cinco principales temas tratados en la reunión fueron los siguientes: Objetivos de la enseñanza, Planes de estudio, Personal docente e instalaciones, Métodos y medios auxiliares de enseñanza, Investigaciones y Servicios a la colectividad. El seminario se desarrolló en grupos de trabajo y en

sesiones plenarias, examinando cada grupo todos los temas. Sobre la base de los informes de los grupos, se preparó un informe conjunto del seminario que se *discutió* en sesión plenaria. El seminario señaló que “hay que destacar el concepto de salud pública a través del plan de estudios de medicina veterinaria, puesto que la mayor parte de las materias se relacionan de una manera particular con la salud pública” y que “la enseñanza de los conceptos de la salud pública y de la medicina preventiva se debe iniciar desde el comienzo del plan de estudios de veterinaria”. Asimismo hay que dedicar especial atención a los nuevos problemas de la medicina comparada, es decir, las enfermedades crónicas, los trastornos nutricionales, la genética, el envejecimiento y la radiobiología, aspectos que deben tenerse en consideración al planear la enseñanza de la medicina preventiva y salud pública.

Aparte del seminario se observa un creciente interés en el campo de la *medicina comparada*, como método importante y eficaz para el desarrollo de investigaciones médicas. Muchas de las investigaciones realizadas en animales en las escuelas de medicina son desconocidas para los veterinarios, así como muchas de las investigaciones que llevan a cabo los veterinarios son ignoradas por los médicos a pesar de que pueden tener importantes repercusiones en la salud humana. Como gran parte de la labor inicial de las investigaciones médicas se efectúa en animales, la medicina veterinaria va adquiriendo un papel cada vez más importante en este campo, y los veterinarios van formando parte de muchos grupos de investigación.

En el Centro Panamericano de Zoonosis se llevan a cabo otras actividades de adiestramiento en el campo de la medicina veterinaria, que se describen separadamente en el correspondiente capítulo.

Enseñanza de enfermería

Debido en parte al interés de la Organización en reforzar la enseñanza básica de enfermería, existen ahora en todos los países del Hemisferio, con solo dos excepciones, escuelas dotadas de una organización y unos planes de estudios adecuados. El progreso que se ha alcanzado en este terreno se irá extendiendo, indudablemente, sin necesidad de mucho más impulso exterior. En 1959, la Organización tuvo 21 asesoras que colaboraron en 14 programas de educación; y concedió 20 becas de estudio.

Por consiguiente, las actividades de la Organización en los próximos cinco años se orientarán gradualmente hacia la preparación de instructoras y supervisoras y el adiestramiento de personal auxiliar de enfermería, programas que ya se han iniciado en algunos países. Otro aspecto que hasta ahora ha recibido solo una atención secundaria, pero que será objeto de mayor interés en el futuro, es el relativo a la formación profesional de parteras.

La enseñanza básica de enfermería

El objetivo principal de los proyectos de fortalecimiento de la enseñanza básica de enfermería en las Américas, consiste en preparar a mujeres jóvenes para que trabajen con eficacia en los servicios de salud pública de los países. Un ligero estudio reveló que muchas de las enfermeras utilizadas en los servicios de salud pública y hasta a cargo de labores de supervisión y administración, sólo habían recibido preparación para prestar cuidados de cabecera a los pacientes. Como resultado de ello, las principales escuelas han modificado sus planes de estudios, con el fin de que las estudiantes se preparen adecuadamente en: a) la atención básica de enfermería, tanto en el hospital como en la colectividad; b) administración de los servicios de enfermería, y c) funciones de instrucción y supervisión de otro personal de enfermería.

Dado que estas funciones requieren, evidentemente, una preparación superior a la que anteriormente se exigía, un buen número de las escuelas de enfermería exigen como requisito de ingreso que las aspirantes cuenten por lo menos con nueve años de preparación escolar general, es decir, que hayan terminado el primer ciclo de la enseñanza secundaria; y algunas exigen, incluso, que las candidatas hayan completado la enseñanza preuniversitaria.

Los proyectos de enseñanza básica de enfermería en los que la Organización ha colaborado en 1959, se desarrollaron en las Universidades de Córdoba y del Litoral, y en el Chaco (Argentina—3 y 23), en la Paz (Bolivia—5), en La Habana (Cuba—4); en Ciudad Trujillo (República Dominicana—3); en la Universidad de Guayaquil (Ecuador—16); en la ciudad de Guatemala (Guatemala—6); en Kingston (Jamaica—12); en los estados de México (México—14); en Managua (Nicaragua—5) y en la Universidad Central de Venezuela (Venezuela—14).

De especial importancia fueron los proyectos en Argentina, México y Venezuela, porque cada uno de ellos responde a nuevos métodos de planteamiento.

En Argentina existen aproximadamente 120 escuelas de enfermería, de las cuales menos de 10 exigen para el ingreso, más de seis años de educación primaria; menos de diez, también, tienen una enfermera como directora, y menos de 20 cuentan con una enfermera como instructora o proporcionan a sus estudiantes práctica clínica supervisada. Las autoridades nacionales de educación y de salud pública desean mejorar esta situación y varias universidades están reorganizando sus escuelas de enfermería o comienzan programas de enseñanza completamente nuevos. Seis de estas universidades (situadas en Córdoba, Rosario, Buenos Aires, Tucumán, La Plata y Mendoza), así como la nueva escuela fundada en Resistencia, Chaco, bajo los auspicios de los Ministerios Nacional y Provincial de Salud Pública, han solicitado, en varios grados, la colaboración de la Organización.

En la escuela de la Universidad de El Litoral, en Rosario,

(Argentina—23), se sigue un plan de estudios de 32 meses, distribuidos en cuatro años. En los cursos se estudia ordenadamente la evolución de la vida desde el nacimiento a la madurez (crecimiento y desarrollo), así como las condiciones normales de salud y las desviaciones de la normalidad, con lo que es posible prestar mayor atención a los aspectos sociales y de salud pública de la enfermería. Las prácticas clínicas están orientadas a que las estudiantes aprendan y no a que presten más servicio; y durante el último año, que se dedica casi enteramente a un período de internado en administración, supervisión y enseñanza en varias dependencias del hospital, las estudiantes no se hallan constantemente supervisadas por una instructora, sino que exponen sus problemas, para estudio y discusión, en sesiones especiales de seminario.

Por otro lado, la escuela de Córdoba (Argentina—3), aunque también tiene un programa de 32 meses, no sigue el ciclo académico universitario, sino que completa la enseñanza en un período de aproximadamente dos años y medio. La escuela proyecta agregar a los cursos futuros, un período de cuatro a seis meses de internado para cada estudiante próxima a terminar sus estudios, en un campo de su propia elección.

El mayor obstáculo al fortalecimiento de las escuelas en Argentina, consiste en la escasez de enfermeras con una base educacional suficiente para recibir preparación como instructoras. Se proyecta, por tanto, que en el comienzo, la colaboración, se concentre en tres escuelas universitarias de enfermería, con el fin de utilizar a sus diplomadas para asistir a las restantes escuelas. Entretanto, se espera mejorar la situación mediante la educación en el servicio del personal profesional que actualmente trabaja en los hospitales que se utilizan para el aprendizaje clínico de las estudiantes de enfermería, así como adiestrando al personal auxiliar.

México, que como Argentina, cuenta con un crecido número de centros de entrenamiento para enfermeras (aproximadamente 70), intenta elevar el nivel de la enseñanza mediante un amplio programa de asistencia que se extenderá, por lo menos, a una escuela en cada uno de los estados del país. La Organización colabora en este programa (México—14), que se ejecuta por la División de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, encargada de la preparación de personal sanitario.

Se está terminando un estudio de todas las escuelas de enfermería situadas fuera del Distrito Federal, y la Secretaría de Salubridad ha prestado ya ayuda a algunas de ellas, mediante el pago de sueldos de las instructoras, becas para la preparación de otras instructoras y suministro de libros y medios visuales. Se proyecta prestar un apoyo más concentrado a seis escuelas regionales, con el fin de que sirvan como centros de preparación de instructoras para las otras escuelas de su área respectiva. Además, en la ciudad de México se dictan cursos de seis meses a fin de preparar al personal de instructoras, primero para las escuelas regionales y luego para las otras escuelas de los estados.

En Venezuela, donde hasta este año las estudiantes de enfermería solo requerían seis años de enseñanza primaria para su ingreso, se está tratando de elevar ese requisito para las que aspiran a estudiar en la Escuela adscrita a la Universidad Central, en Caracas. Además, en este programa se proyecta (Venezuela—14) establecer un plan de estudios completamente nuevo, que contenga materias exigidas en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria, además de las materias propiamente de enfermería, de tal modo que al terminar los 36 meses de estudio, las alumnas puedan obtener el diploma de enfermera y el título de bachiller. Esta es la primera vez en América Latina que se ha planeado un programa coordinado como éste, por lo que su desarrollo se observará con gran interés.

La enseñanza superior de enfermería

Como se ha mencionado anteriormente, existen enfermeras diplomadas que ocupan puestos de supervisión y administración sin contar con la debida preparación para el desempeño de estas funciones. Por consiguiente, y para proporcionarles el adiestramiento complementario que necesitaban, se consideró indispensable organizar cursos superiores, que se dan en dos niveles: a) los destinados a enfermeras diplomadas con una educación secundaria completa, los que proporcionan, durante un año académico completo, adiestramiento en supervisión, administración y educación de otro personal de enfermería (Chile—29, Costa Rica—18); y b) los destinados a enfermeras diplomadas que no cuentan con una educación secundaria completa, los cuales son más breves y prestan atención preferente a los aspectos prácticos, con el objeto de que quienes los siguen lleguen a estar en condiciones de cumplir más eficazmente sus funciones (AMRO-100, Perú—15, México—14).

En el curso de post-grado dictado en la Escuela de Salubridad de Santiago (Chile—29), en 1959, se matricularon diecisiete enfermeras, de las que siete procedían de otros países. El número de diplomadas en éste programa desde sus comienzos, en 1955, es de 85, de las que 37 son de otros países. En noviembre de 1959, un análisis del curso reveló que el personal docente, preparado mediante estudios en el extranjero y la orientación de un asesor internacional, está en condiciones de asumir plenamente sus funciones. Se espera que durante los próximos dos o tres años la Organización conceda becas para ampliar la preparación de las enfermeras instructoras o supervisoras para los servicios de salud pública relacionados con el curso. Entre las recomendaciones formuladas por el grupo de profesores y enfermeras nacionales que evaluaron el programa, figuran varias referentes al establecimiento de relaciones más estrechas con las autoridades docentes de enfermería y las de salubridad, a fin de garantizar una mayor continuidad de la enseñanza desde los cursos elementales hasta los de postgraduados, y mejorar las prácticas de campo de las estudiantes. Además, se recomendó que se estudiara la

posibilidad de ampliar la enseñanza con el fin de poder preparar instructoras para las escuelas de enfermería.

La preparación de instructoras de personal auxiliar de enfermería y el adiestramiento de auxiliares

Existe un interés creciente por la preparación de personal que, con el tiempo, reemplace al que, sin haber recibido el debido adiestramiento, presta actualmente el grueso de los servicios de cabecera, en toda América Latina. Este interés se refleja en el número, cada vez mayor, de programas en escala nacional destinados específicamente a la preparación de instructoras de personal auxiliar de enfermería y al adiestramiento de auxiliares (Argentina—25, Chile—34, Guatemala—6 y Uruguay—13).

En el programa en Guatemala, comenzado en 1955, se han preparado como instructoras 14 enfermeras nacionales y 11 de otros países, y se han adiestrado 292 auxiliares. En 1959, el programa se extendió a Zacapa y Jutiapa, en el interior del país, donde se preparan 18 y 10 auxiliares, respectivamente, para prestar servicio en los hospitales de 300 camas que hay en cada una de esas ciudades.

El plan de operaciones prevé un programa de adiestramiento en el servicio para todo el personal de enfermería actualmente en funciones. Durante el año se dió un paso en tal sentido, con un curso en administración de salas, al que asistieron 43 enfermeras jefe y supervisoras del Hospital General de la Ciudad de Guatemala. Aproximadamente 30 auxiliares que terminaron el curso, dedicado principalmente a enfermería hospitalaria, continuaron adiestrándose para los servicios rurales de salud pública.

Además, en todos los programas de servicios integrados de salud pública se ha adiestrado una gran cantidad de personal en este aspecto de la enfermería (Véase cuadro IV).

La formación profesional de parteras

En algunos países de las Américas, como ocurre en Costa Rica, México y Panamá, se considera la partería como una especialización posterior a los cursos de enfermería; pero en otros es todavía una profesión separada y quizás por muchos años, no será posible establecer, para esta especialidad, una preparación basada en la enfermería. La Organización ha seguido la norma de colaborar en el fortalecimiento de las escuelas de partería, allí donde existan, mediante la adición, al plan de estudios, de materias de enfermería, incluso en los aspectos de salud pública. Un proyecto de esta naturaleza se lleva a cabo en Santiago (Chile—20), en la escuela de partería adscrita a la Universidad de Chile. Como resultado del programa, se elevó el número de instructoras de seis a once, dos de las cuales son las primeras enfermeras nombradas como instructoras.

Las instalaciones se ampliaron con oficinas para las instructoras y una residencia para las estudiantes procedentes de las provincias. Se dió mayor rigidez a la selección

de estudiantes y se limitó la matrícula, con lo que la proporción anterior, de una instructora por 34 alumnas, se redujo a una por 15. Se organizó un curso sobre los principios fundamentales de supervisión y administración para las parteras jefe de seis servicios de maternidad de Santiago, y también se organizó un programa de adiestramiento en el servicio en la maternidad que sirve como centro de prácticas.

Se inició el establecimiento de estándares para la atención al paciente en los servicios de higiene maternoinfantil, al fortalecer los planes de estudios de las escuelas de enfermería, en lo referente a la atención a la madre y al niño, y al mejorar el adiestramiento del personal auxiliar empleado, actualmente, en los servicios de maternidad y que ejerce alguna función relacionada con la obstetricia. Para los dos años restantes del proyecto se espera continuar las

actividades actuales y establecer un área rural de prácticas y un programa de asistencia obstétrica domiciliaria, que sirva al mismo tiempo para prácticas de las estudiantes.

La Organización proyecta extender ésta clase de programa a otros países, con el fin de que las parteras estén mejor preparadas para el ejercicio de sus funciones en los servicios de salud.

En 1959, se celebró en Santiago, Chile, el Primer Congreso Interamericano de Matronas, patrocinado por la Asociación Chilena de Parteras, y aunque en él se manifestó una opinión favorable a la fusión de la enfermería con la partería, la mayoría se inclinó por mantener la partería como profesión independiente. Es de esperar que en el futuro haya cada día un mayor acercamiento entre las enfermeras y las parteras, y que es esencial la planeación conjunta respecto al futuro de la partería.

V Congreso Regional de Enfermería

El V Congreso Regional de Enfermería se celebró en Buenos Aires, del 25 al 31 de octubre de 1959, con asistencia de cerca de 700 enfermeras diplomadas, procedentes de 17 países de las Américas. Este congreso ofreció una oportunidad excepcional para el intercambio de ideas sobre los pasos preliminares para conseguir una legislación encaminada a mejorar los servicios de enfermería (AMRO-23.5). Este tema se había elegido casi dos años antes, después de consultar con asociaciones profesionales de todos los países.

Los congresos regionales de enfermería, patrocinados por la Organización, se parecen más a un seminario gigantesco que a un congreso, según la acepción general de esta palabra. La reunión de un número tan considerable de enfermeras procedentes de todo el Hemisferio representa una enorme inversión de tiempo y de dinero que debe utilizarse cuidadosamente. Representa, asimismo, un enorme caudal de experiencia que, orientada con eficacia, puede contribuir a la solución de problemas comunes y a la preparación de eficaces planes de acción.

En consecuencia, en estos congresos el tiempo se distribuye de manera que la discusión y la búsqueda de soluciones a los

problemas constituyen los principales objetivos. La organización de pequeños grupos de discusión permite la participación directa, en los debates, de todos los miembros del congreso. Los grupos de discusión fueron 18, integrados por unos 20 miembros cada uno, y unas 60 enfermeras y estudiantes de enfermería, por lo menos, asistieron en calidad de observadoras. Puesto que los trabajos de presentación de los temas se habían distribuido a las autoridades gubernamentales y a todas las asociaciones de enfermeras tres meses antes de la celebración del congreso, la exposición de los mismos durante la reunión, se limitó a la lectura de un resumen. Todas las noches, las presidentes y las secretarías de todos los grupos preparaban un informe conjunto que al día siguiente se presentaba a la sesión plenaria.

La principal recomendación del congreso fue la de que, para la promulgación de una legislación eficaz en cualquier país, es necesario realizar primero un estudio completo de los recursos y necesidades de enfermería, así como de las leyes y otras disposiciones vigentes que afecten a la profesión.

Becas

Como en años anteriores, el objetivo principal del programa de becas de la Organización consistió en fortalecer los servicios de salud pública e instituciones docentes afines, en los Países Miembros. En 1959 se observó un mayor interés por el adiestramiento de personal nacional en el extranjero.

Las becas concedidas en las Américas* fueron, en total, 505 (Cuadro XIV). Si bien esta cifra general es menor que la del año precedente, en que el total fue de 560 becas, la diferencia se debe exclusivamente a que, como se había previsto, se concedieron menos becas para estudios sobre malaria: 75, en lugar de las 203 correspondientes a 1958. Por el contrario, las becas destinadas a otros campos, del amplio programa de la Organización, aumentaron de 357 a 430, o sea el 20 por ciento.

Igualmente aumentó el número de becarios (159) procedentes de otras Oficinas Regionales que se trasladaron a las Américas para cursar estudios (Cuadro XIII). Esta cifra es un 10 por ciento mayor que la correspondiente a 1958 (144).

CUADRO XIII. BECARIOS DE OTRAS REGIONES QUE INICIARON ESTUDIOS EN LAS AMÉRICAS EN 1959^a, POR CLASE DE ADIESTRAMIENTO

Región de origen	Total	Cursos organizados por la OPS/OMS o con su participación	Otros cursos	Otros casos
Todas las demás regiones	159	15 ^b	52	92
Europa	44	1	12	31
Asia Sudoriental	23	2	12	9
Mediterráneo Oriental	43	9	14	20
Pacífico Occidental	26	2	7	17
Africa	23	1	7	15

* Correspondientes al período de 1º de diciembre, 1958-30 de noviembre, 1959. ^b Doce de estos becarios asistieron al curso sobre malaria para médicos e ingenieros, en Jamaica; uno asistió al curso para sanitarios en Jamaica; uno fue al INCAP y otro participó en el curso para inspectores sanitarios en el Brasil.

* A los efectos de información, en esta sección, el año 1959 representa el período comprendido entre el 1º de diciembre de 1958 y el 30 de noviembre de 1959.

CUADRO XIV. BECAS CONCEDIDAS EN LAS AMÉRICAS, POR PAÍS DE ORIGEN Y CLASE DE ADIESTRAMIENTO, 1959^a

País de origen	Becas				
	Total becas	Cursos organizados por la OPS/OMS o con su participación		Otros cursos	Otros casos
		Especiales	Académicos		
Total	505	156	77	165	107
Argentina	83	21	14	37	11
Bolivia	8	2	3	3	—
Brasil	44	19	—	10	15
Canadá	—	—	—	—	—
Colombia	34	14	10	9	1
Costa Rica	11	4	4	3	—
Cuba	7	5	1	—	1
Chile	21	9	—	3	9
Ecuador	22	6	6	9	1
El Salvador	8	5	2	1	—
Estados Unidos	7	—	—	—	7
Guatemala	23	10	7	5	1
Haití	9	1	—	6	2
Honduras	24	7	4	6	7
México	18	5	2	2	9
Nicaragua	11	4	1	4	2
Panamá	11	5	—	5	1
Paraguay	27	8	2	10	7
Perú	51	4	13	30	4
República Dominicana	9	1	2	3	3
Uruguay	24	17	4	2	1
Venezuela	16	6	2	4	4
Departamentos de Francia en las Américas	3	—	—	—	3
Surinam y Antillas Neerlandesas	1	—	—	—	1
Territorios Británicos	33	3	—	13	17

— Ninguna. ^a Actividades correspondientes al período de 1º de diciembre de 1958 al 30 de noviembre de 1959.

El análisis de las becas concedidas, por materia estudiada, se presta a ciertas reservas, ya que, inevitablemente, en cualquier clasificación que se utilice, hay un margen de arbitrariedad. Son muchas las veces en que los campos de estudio coinciden, pero a pesar de esta coincidencia, hay que optar por una u otra forma de clasificación. Por ejemplo, los becarios que siguen cursos generales de salud pública en una escuela de salubridad, pero que manifiestan un interés especial por el estudio de las enfermedades transmisibles

o por cualquier otra especialidad, se agrupan, según las normas de la clasificación, en esa especialidad que les interesa particularmente, aunque su adiestramiento cubra un campo más amplio. Estas mismas observaciones son aplicables, entre otros, a los estudios de higiene materno-infantil y de enfermería.

Como ya se ha indicado, la reducción del número de becas para estudios sobre malaria no fue un hecho imprevisto, porque las relativamente numerosas becas adjudicadas para

CUADRO XV. BECAS CONCEDIDAS POR PAIS DE ORIGEN, MATERIA ESTUDIADA Y CLASE DE ADIESTRAMIENTO EN LAS AMERICAS 1959^a

Materia estudiada y clase de adiestramiento	Total	País de origen																									
		Argentina	Bolivia	Brasil	Canadá	Colombia	Costa Rica	Cuba	Chile	Ecuador	El Salvador	Estados Unidos	Guatemala	Haití	Honduras	México	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	República Dominicana	Uruguay	Venezuela	Departamento de Francia en las Américas	Surinam y Antillas Neerlandesas	Territorios Británicos	
Total	505	83	8	44	—	34	11	7	21	22	8	7	23	9	24	18	11	11	27	51	9	24	16	3	1	33	
Administración de salud pública	67																										
Otros cursos	53	10	1	—	—	3	—	—	—	4	1	—	1	2	4	2	—	2	5	15	1	1	—	—	—	1	
Otros casos	14	1	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	3	1	1	—	1	—	—	1	
Saneamiento	88																										
Cursos organizados	58	8	1	—	—	6	—	4	3	2	—	6	—	1	—	—	—	5	6	2	10	3	—	—	—	1	
Otros cursos	15	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	3	2	1	2	—	—	—	4	
Otros casos	15	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	1	2	1	1	—	—	—	7	
Enfermería	42																										
Cursos organizados	13	1	—	—	—	3	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—
Otros cursos	22	4	—	1	—	—	2	—	2	2	—	—	2	1	—	—	—	—	1	2	—	—	1	—	—	1	
Otros casos	7	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	2	
Higiene materno-infantil	17																										
Otros cursos	15	6	1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	—	—	—	—	—	1	
Otros casos	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	
Otros servicios de sanidad	73																										
Cursos organizados	44	11	2	—	—	8	2	—	3	—	—	1	—	3	4	1	—	1	4	—	2	1	—	—	—	1	
Otros cursos	23	9	—	—	—	2	1	—	1	—	—	1	—	1	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	4	
Otros casos	6	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	
Enfermedades transmisibles	186																										
Cursos organizados	118	15	2	19	—	7	4	6	5	4	5	—	10	1	7	3	4	5	4	4	1	7	4	—	—	—	1
Otros cursos	28	5	1	8	—	3	—	—	2	—	—	—	1	1	—	—	1	2	3	—	—	1	—	—	—	—	
Otros casos	40	1	—	10	—	1	—	1	3	1	—	—	1	2	3	5	—	—	2	1	—	—	3	—	1	5	
Ciencias y educación médicas	27																										
Otros cursos	4	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Otros casos	23	8	—	1	—	—	—	—	3	—	—	6	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	
Medicina clínica	5																										
Otros cursos	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	
Otros casos	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	

—Ninguna. ^a Actividades correspondientes al período de 1º de diciembre de 1958 al 30 de noviembre de 1959.

esta clase de adiestramiento, en 1957 y 1958, proporcionaron, en su mayor parte, el personal fundamentalmente necesario para el programa de erradicación. En consecuencia, el objetivo de las becas correspondientes a 1959 consistió en adiestrar a cierto personal para llenar las vacantes restantes, y en proporcionar los elementos de reserva necesarios para el movimiento de personal.

A pesar de haberse reducido el número de becas en el campo de la malaria, el estudio de las enfermedades transmisibles continuó recibiendo la mayor proporción de las adjudicadas. En este campo, excluida la malaria, se concedieron 111 becas, en lugar de las 85 correspondientes al año anterior (Cuadro XV). Sin embargo, hay que señalar que, en 1957, las becas comprendidas en este grupo fueron más numerosas que en 1959, pues ascendieron a 121.

Conviene notar que 35 de las becas de 1959 se destinaron a estudios en el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa.

También se destinaron más becas que en 1958 a los siguientes campos: administración de salud pública (60 por ciento), estadísticas vitales y sanitarias (41 por ciento), y saneamiento (42 por ciento). En cuanto a este último campo, ya se había observado un marcado aumento en 1958, lo que indica un creciente interés por el adiestramiento del personal de saneamiento del medio. De todos modos, fueron pocas las solicitudes presentadas por ingenieros, correspondiendo principalmente el aumento de becas en este campo a las adjudicadas a inspectores, y a las concedidas para asistir a cursillos y para viajes de estudio.

La distribución de becas por profesión de los becarios está estrechamente relacionada con los campos de estudio (Cuadro XVI). La mayor proporción del total adjudicado (38 por ciento) corresponde a médicos de distintas especialidades; en segundo lugar vienen los ingenieros e inspectores sanitarios, a los que corresponde el 13 por ciento. No obstante, la necesidad de personal en este último campo, justificaría un número mucho más elevado de becarios. Los demás grupos profesionales y no profesionales están repartidos de acuerdo con las necesidades generales de los países.

En cuanto a la clase de becas (Cuadros XIV, XV y XVII), las concedidas para cursos académicos y otros cursos ascendieron a 242, o sea el 48 por ciento del total de becas; en 1958, se concedieron 136, o sea el 25 por ciento del total. Este aumento resulta muy satisfactorio, especialmente porque una gran proporción de estas becas se utilizaron para cursar estudios básicos, encaminados a la obtención del título de "Master" en salud pública u otro equivalente. Estos estudios reciben la más alta prioridad, ya que permiten la formación de personal de salud pública de diversas categorías y el fortalecimiento, a largo plazo, de los servicios fundamentales y permanentes en los países.

La distribución de becas por países siguió aproximadamente la misma pauta de los años anteriores (Cuadro XVIII). Todos los países de la Región, con excepción del Canadá,

CUADRO XVI. BECAS CONCEDIDAS EN LAS AMERICAS EN 1959^a, POR PROFESIONES

Profesión	Número de becas
Total, todas las profesiones	505
Médicos	192
Odontólogos	8
Ingenieros	39
Veterinarios	60
Enfermeras	48
Otros profesionales	14
Inspectores sanitarios	27
Otro personal no profesional	117

^a Correspondientes al período 1º de diciembre, 1958-30 de noviembre de 1959.

solicitaron y obtuvieron becas. La proporción de becas correspondiente a un país no guarda relación con el tamaño del mismo, sino que más bien refleja el interés mostrado en el envío de becarios al extranjero para recibir adiestramiento bajo los auspicios de la OPS/OMS. Las becas para la Argentina, por ejemplo, aumentaron de 50, en 1958, a 83, en 1959 (66 por ciento); 51 de las becas se destinaron a estudios básicos de salud pública, y las restantes abarcaron, en general, casi todos los campos de estudio (véase Cuadro XIV). Este aumento está íntimamente relacionado con la ampliación de las actividades de salud pública en el país y a los numerosos programas en que la Organización colabora con el gobierno.

Los países en que estudiaron los becarios continuaron cooperando generosamente en el programa de becas, ofreciendo toda clase de facilidades para los cursos y para los viajes de observación.

Los países que cuentan con instituciones académicas que aceptan estudiantes extranjeros recibieron, naturalmente, un número de becarios mucho mayor que el correspondiente a los que sólo se utilizaron para visitas de observación. Los datos contenidos en el Cuadro IV ponen de manifiesto el criterio que se sigue constantemente de enviar becarios a lugares de estudio o de observación cuyas condiciones y problemas son, en general, similares a los que encontrarán los becarios al regresar a sus respectivos países. Así pues, el 80 por ciento de los becarios de las Américas cursaron estudios e hicieron visitas de observación en la América Latina. Tres cuartas partes de los becarios que asistieron a cursos académicos realizaron sus estudios en escuelas apropiadas de la América Latina. Esta política ha dado buen resultado, especialmente en casos de becarios con poca experiencia o que no conocen suficientemente el inglés.

CUADRO XVII. BECAS CONCEDIDAS EN LAS AMÉRICAS POR PAÍS DE ORIGEN Y MATERIA ESTUDIADA Y BECARIOS PROCEDENTES DE OTRAS REGIONES, 1959^a

Materia estudiada	Total	Becas concedidas, por país de origen																				Becarios procedentes de otras regiones					
		Argentina	Bolivia	Brasil	Canadá	Colombia	Costa Rica	Cuba	Chile	Ecuador	El Salvador	Estados Unidos	Guatemala	Haití	Honduras	México	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	República Dominicana		Uruguay	Venezuela	Departamentos de Francia en las Américas	Surinam y Antillas Neerlandesas	Territorios Británicos
Total	505	83	8	44	—	34	11	7	21	22	8	7	23	9	24	18	11	11	27	51	9	24	16	3	1	33	159
Administración de salud pública	67																										12
Administración de atención médica y hospitalaria	7	3												1		1				1							1
Otros casos	60	8	1	1		3			2	4	1		1	1	4	4		2	8	15	2	1	1			1	1
Saneamiento	88																										18
Inspección sanitaria	23	1				4				2	2		6		1					5	1		1				
Ingeniería sanitaria	3	1																	1	1							
Otros casos	62	6	1	2		2			4	1				2			2	5	6	3	12	4				12	
Enfermería	42	5		1		3	4		3	4			2	1			5	2	5	1	2	1				3	20
Higiene maternoinfantil	17	6	1			1			1										1	4				1		1	8
Otros servicios de sanidad	73																										34
Higiene mental	2																							1		1	9
Educación sanitaria	8	6																	1							1	6
Higiene profesional	3	2							1																		1
Nutrición	7					2	1			2			1													1	4
Estadísticas sanitarias	41	13	2			7	1						1		4	2	2	1	1	5		2				3	3
Cuidados dentales	7					1	1			1						2							1			1	5
Rehabilitación	3											1											1		1	1	4
Control de preparaciones farmacéuticas	2			1																						1	2
Enfermedades transmisibles	186																										43
Malaria	75	3	2	25		7	1	6		2	3		6	1	5	1	2	3	1	1	1		1			4	
Tuberculosis	5			2					1						1					1							
Veterinaria de salud pública	39	5		3		1	2	1	3	2	2		3	1	2	1	2	2	2	1		6					
Zoonosis	24	7	1	1		1	1		1	1			2			2		1	1	2			3				
Rabia	1			1																							
Leprosia	2					1																				1	
Poliomielitis	9	1		2					1	1										1		1	1			1	
Otras enfermedades transmisibles	12	1		1		1								1	2	1			2	1			1			1	
Servicios de laboratorio ^b	19	4		2					2	1			1	1	2				2	1			2		1	1	
Ciencias y educación médicas ^c	27	10		2					3			6		2	3											1	13
Medicina clínica	5																										11
Radioisótopos	2	1																									
Otros casos	3																			1							2

— Ninguno. ^a Correspondientes al período 1 de diciembre, 1958-30 de noviembre, 1959. ^b malacología, laboratorio de salud pública, parasitología, bacteriología, entomología médica, serología, preparación de vacunas y sueros, microbiología, helmintología, micología y virología. ^c Once de estas becas fueron adjudicadas a profesores de escuelas de salud pública, y 16 a profesores de escuelas de medicina.

CUADRO XVIII. BECAS CONCEDIDAS EN LAS AMÉRICAS POR PAÍS DE ORIGEN Y PAÍS O REGIÓN DE ESTUDIO, 1959^a

País de origen	País de estudio en las Américas																							Otras regiones de estudio							
	Total ^b	Argentina	Bolivia	Brasil	Canadá	Colombia	Costa Rica	Cuba	Chile	Ecuador	El Salvador	Estados Unidos	Guatemala	Haití	Honduras	México	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	República Dominicana	Uruguay	Venezuela	Departamentos de Francia en las Américas	Surinam y Antillas Neerlandesas	Territorios Británicos	Pacífico Occidental	Europa	Mediterráneo Oriental	Asia Sudoriental	
Total	505	44	—	82	8	21	40	2	103	11	7	102 ^c	16	1	2	79	2	10	—	15	—	24	41	—	1	8	4	18	1	2	
Argentina	83	11	—	12	—	1	5	—	32	—	—	14	—	—	—	3	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bolivia	8	1	—	2	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Brasil	44	6	—	1	2	2	4	—	—	8	2	8	6	—	2	29	—	1	—	3	—	1	20	—	—	—	—	—	—	—	—
Canadá	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Colombia	34	1	—	11	—	—	2	—	9	3	—	1	3	—	—	3	1	—	—	3	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—
Costa Rica	11	1	—	2	—	—	2	—	2	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Cuba	7	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—	5	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—
Chile	21	4	—	3	—	3	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ecuador	22	2	—	5	—	1	1	—	7	—	—	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
El Salvador	8	—	—	2	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Estados Unidos	7	—	—	3	—	3	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	2	4	1	2	—
Guatemala	23	2	—	6	—	1	3	—	5	—	—	2	—	—	—	6	—	—	—	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Haití	9	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—	4	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Honduras	24	—	—	3	—	3	3	2	—	—	2	2	3	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
México	18	2	—	3	—	—	—	—	1	—	1	7	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nicaragua	11	—	—	—	—	—	2	—	4	—	—	1	1	—	—	4	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Panamá	11	1	—	1	—	—	2	—	1	—	—	2	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Paraguay	27	3	—	8	—	1	2	—	8	—	1	2	—	—	—	1	—	3	—	5	—	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Perú	51	2	—	10	—	2	2	—	20	—	1	9	1	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
República Dominicana	9	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Uruguay	24	6	—	—	—	1	1	—	5	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Venezuela	16	2	—	4	—	1	2	—	—	—	—	5	1	1	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Departamentos de Francia en las Antillas	3	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Surinam y Antillas Neerlandesas	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Territorios Británicos	33	—	—	1	2	1	1	—	—	—	—	23	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4	—	1	—	—	—
Total, todas las demás regiones	159	—	—	7	22	1	1	—	—	—	6	128	7	—	—	24	—	2	—	—	—	—	12	1	—	22	—	—	—	—	—

— Ninguna. ^a Correspondientes al período de 1º de diciembre 1958 al 30 de noviembre 1959. ^b Aunque algunos becarios estudiaron en varios países, no hay duplicación en los totales por país o región de origen. ^c De estos becarios, 33 estudiaron en Puerto Rico.

Con respecto a esto último, hay que señalar que sigue aplicándose, sin dificultades dignas de mención y con resultados satisfactorios, el acuerdo concertado hace varios años con el Instituto de Lengua Inglesa de la Universidad de Michigan, para examinar a los aspirantes a becas para estudios en países o instituciones de habla inglesa. Desde que se estableció este sistema de exámenes uniformes, las quejas de las instituciones docentes que reciben becarios se han reducido al mínimo.

El desarrollo del programa de becas es más flexible que el de otras actividades de la Organización y, en conse-

cuencia, está más sujeto a variaciones en cuanto a la disponibilidad de fondos. Por esta razón se ha podido recurrir a los fondos no utilizados, que de un año a otro aparecen en las diversas partidas del presupuesto de la Organización, para aumentar los fondos ordinarios utilizados para las becas. De esta manera, las asignaciones para becas en 1959 ascendieron a \$922,695 (Cuadro XIX), aunque en el presupuesto para 1959 (Documento Oficial N° 28) la cantidad asignada a becas y a participantes en seminarios es sólo de \$806,131.

Varios de los Países Miembros solicitaron también los

CUADRO XIX. FONDOS PARA BECAS EN LAS AMERICAS, 1958 Y 1959^a

Año	OPS			OMS		Total todos los fondos
	Presupuesto ordinario	FEM	Otras	Presupuesto ordinario	AT	
1958	129,945	206,611	7,400	400,399	151,450	\$895,805
1959	330,773	110,811	24,375	374,676	82,060	\$922,695

^a Año Civil.

servicios de la Organización en la preparación de programas y supervisión de becarios subvencionados por los propios gobiernos. Por ejemplo Venezuela, cuenta con un importante programa de becas en el que ha colaborado la Oficina. En 1959, el gobierno adjudicó unas 80 becas para estudios en diversos países de las Américas y de Europa, principalmente en los Estados Unidos. En virtud de un acuerdo con el Gobierno de Venezuela se estableció una supervisión sistemática de estos becarios. A fin de año, el personal de la OPS/OMS había celebrado entrevistas con 25 de estos becarios, en unos casos, en el lugar de sus estudios, y, en otros, en la Oficina de la Sede en Washington.

Igualmente continuó la colaboración con la Organización de los Estados Americanos, mediante asesoramiento sobre las solicitudes de becas recibidas por la OEA en el campo de la salud.

Tanto los Países Miembros como la Organización han mostrado un creciente interés en la evaluación del programa de becas en todos sus aspectos. Para este fin, será necesario un esfuerzo conjunto, tanto por parte de los Gobiernos Miembros que seleccionan y proponen aspirantes a becas, como por parte de los países e instituciones que ofrecen medios y servicios para adiestramiento.

Recientemente, la OMS convocó a un grupo de estudio en Ginebra con el objeto de examinar y evaluar el programa de becas. Se señalaron especialmente los requisitos esenciales para el éxito de un programa de esta naturaleza, es decir, el cumplimiento de todas las obligaciones contraídas por todos los que en él intervienen: el país que selecciona¹ y propone al aspirante, el propio aspirante y la Organización.

Después de un detallado examen de todos los aspectos del programa de becas, el Grupo de Estudio formuló una serie de sugerencias relativas al criterio a seguir en la evaluación de las becas. Entre estas sugerencias figura la evaluación de los resultados obtenidos en los aspectos siguientes: a) en el período anterior al disfrute de la beca: eficacia en la selección de aspirantes que reúnan todos los requisitos (incluido el conocimiento del idioma del país en que haya de estudiar); conservación o mejoramiento de la calidad y cantidad de aspirantes; b) en el período de disfrute de la beca: idoneidad de los estudios en relación con las necesidades del becario; los méritos académicos de éste y su

adaptación; medidas administrativas satisfactorias para el becario; y si éste terminó o no su programa de estudios; y c) en cuanto al período posterior a la beca: determina-

CUADRO XX. PARTICIPANTES EN SEMINARIOS Y GRUPOS DE TRABAJO ORGANIZADOS POR LA OPS, POR REGIONES, PAISES O AREA DE PROCEDENCIA, 1959

Región, país o área de procedencia	Seminario sobre enseñanza de la salud pública en escuelas de medicina veterinaria (AMRO-48)	Grupo de trabajo sobre educación y adiestramiento en certificación médica (AMRO-98)	Seminario sobre técnicas de evaluación en la erradicación de la malaria (AMRO-125)	Conferencia de directores de escuelas de salud pública (AMRO-152)	Conferencia sobre vacunas con virus poliomiélicos vivos (AMRO-200)
Total	53	12	72 ^a	32 ^b	61
Argentina	3	1	—	3	—
Bolivia	—	—	2	—	—
Brasil	6	3	4	6	—
Canadá	3	—	—	—	2
Colombia	2	2	2	—	1
Costa Rica	—	—	1	—	2
Cuba	1	—	1	—	1
Chile	1	1	—	3	—
Ecuador	2	—	2	—	—
El Salvador	—	—	2	—	—
Estados Unidos	27	1	8	4	37
Guatemala	1	—	2	—	—
Honduras	—	—	2	—	—
México	2	1	3	4	2
Nicaragua	—	—	2	—	1
Panamá	—	1	2	—	1
Paraguay	1	—	2	—	—
Perú	1	—	1	1	—
República Dominicana	—	—	1	—	—
Uruguay	1	1	—	—	1
Venezuela	2	1	2	3	—
Territorios Británicos	—	—	6	—	—
Departamentos de Francia en las Américas	—	—	1	—	—
Surinam y Antillas Neerlandesas	—	—	1	—	—
Otras Regiones:					
Europa	—	—	—	—	10
Africa	—	—	—	—	3

— Ninguno. ^a Se incluyen 1 de la OMS y 24 de la OPS. ^b Se incluyen 8 de la OPS.

ción de si el becario regresó o no al país y presta servicios en el campo de su especialidad; resultados provechosos para la institución o para el país huésped; aportaciones profesionales del becario a su regreso al país; publicaciones científicas del becario; honores profesionales o méritos reconocidos al becario, y su posible influencia en la determinación de normas o en la legislación.

Los Cuerpos Directivos de la OPS conocen las dificultades que surgen en ciertos Países Miembros en relación con las garantías ofrecidas al becario, especialmente con respecto al sueldo y conservación del puesto en los servicios gubernamentales mientras estudia en el extranjero. Por estas dificultades, son muchos los que, reuniendo buenas condiciones para ser becarios, no quieren aceptar una beca de estudios o viaje en el extranjero, y esto motiva la consiguiente perturbación técnica y administrativa del programa.

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, septiembre-octubre de 1958) aprobó una resolución a ese respecto en la que, entre otros puntos, recomendaba que los gobiernos formulen con anticipación sus

programas de becas de acuerdo con las necesidades nacionales; que adopten los procedimientos más apropiados para una adecuada selección de candidatos; que faciliten a los becarios los medios necesarios para completar su labor de modo eficaz y sin preocupaciones y que, al concluir sus estudios, les concedan destinos apropiados para utilizar sus conocimientos en favor del progreso de la salud.

La resolución recomienda también que el Director tome las medidas necesarias para una evaluación permanente del programa de becas.

Participantes en seminarios y grupos de trabajo organizados por la OPS, 1959

Además del programa de becas, por medio del cual se ofreció adiestramiento de distintas clases, una serie de trabajadores de salud pública participaron en seminarios y grupos de trabajo organizados por la OPS. El cuadro que antecede contiene una lista de estos seminarios y grupos, indicando también el número de participantes y la región, país o área de origen.

CUADRO XXI. BECAS CONCEDIDAS PARA ASISTIR A CURSOS ORGANIZADOS POR LA OPS/OMS, O CON SU COLABORACION, DURANTE 1959^a, EN LAS AMÉRICAS, POR PAÍS DE ORIGEN Y MATERIA ESTUDIADA

Materia estudiada y proyecto ^b	Total	País de origen																									
		Argentina	Bolivia	Brasil	Canadá	Colombia	Costa Rica	Cuba	Chile	Ecuador	El Salvador	Estados Unidos	Guatemala	Haiti	Honduras	México	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	República Dominicana	Uruguay	Venezuela	Departamentos de Francia en las Américas	Surinam y Antillas Neerlandesas	Territorios Británicos	
Total becarios	233	35	5	19	—	24	8	6	9	12	7	—	17	1	11	7	5	5	10	17	3	21	8	—	—	—	3
Saneamiento																											
AMRO-1	26	2	—	—	—	4	—	—	—	2	2	—	6	—	1	—	—	—	1	5	2	—	1	—	—	—	—
AMRO-17.5	19	5	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	9	—	—	—	—	—
AMRO-193	13	1	1	—	—	2	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	1	2	—	—	—	1
Enfermería																											
AMRO-28	13	1	—	—	—	3	2	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—
Otros servicios de sanidad																											
AMRO-10	24	11	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	4	—	2	—	—	—	—	—
AMRO-72	6	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
AMRO-85.5	9	—	—	—	—	4	1	—	—	—	—	1	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
AMRO-54	5	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Enfermedades transmisibles																											
AMRO-77.11	17	1	—	1	—	—	2	1	—	—	2	—	2	1	2	1	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
AMRO-77.12	18	4	—	3	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	6	—	—	—	—	—
AMRO-81.1	24	7	1	1	—	1	1	—	1	2	—	2	—	—	2	—	—	1	1	2	—	2	—	—	—	—	—
AMRO-92	8	1	—	2	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—
AMRO-114	40	2	—	12	—	2	—	4	—	—	3	—	5	—	4	—	2	2	1	—	1	—	1	—	—	—	1
AMRO-137	11	—	1	—	—	4	1	1	—	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—

— Ninguno. ^a Correspondientes al período de 1º de diciembre, 1958—30 de noviembre, 1959. ^b Véase el Cuadro XXII para la descripción de los cursos organizados por la OPS/OMS, o con su cooperación.

CUADRO XXII. MATERIAS ESTUDIADAS, NUMERO DEL PROYECTO, TITULOS, LUGARES Y FECHAS DE LOS CURSOS ORGANIZADOS POR LA OPS/OMS, O CON SU COLABORACION

Materia estudiada y número del proyecto	Curso o visita	Lugar	Fecha
Saneamiento AMRO-1	Adiestramiento en saneamiento del medio: tres cursos para inspectores sanitarios	Universidad de São Paulo, Brasil	enero-dic. 1959 enero-dic. 1960
	Dos cursos para ingenieros sanitarios	Universidad de Chile Universidad de São Paulo, Brasil	junio-dic. 1959 enero-dic. 1960
AMRO-17.5	Curso de adiestramiento en sistemas de abastecimiento de aguas	Universidad de Chile Montevideo, Uruguay	marzo-dic. 1960 oct. 16-nov. 25, 1959
AMRO-193	Curso de adiestramiento sobre la preparación de personal auxiliar de saneamiento	San José, Costa Rica	agosto 3-22, 1959
Enfermería AMRO-28	Enseñanza superior de enfermería	Universidad de Chile, Santiago, Chile	enero-dic. 1959
Otros servicios de sanidad AMRO-10	Programa interamericano de enseñanza de bioestadística	Universidad de Chile	marzo-dic. 1959
AMRO-72	Curso de odontología de salud pública	Universidad de São Paulo, Brasil	enero-dic. 1959
AMRO-85.5 AMRO-54	Curso de clasificación de enfermedades Estudios sobre nutrición en el INCAP	Caracas, Venezuela INCAP, Guatemala	agosto 31-sept. 12, 1959 mayo 1959-abril 1960 enero-abril 1960 marzo-julio 1960
Enfermedades, transmisibles AMRO-77.11	Undécimo curso del Centro Panamericano de fiebre aftosa	Turrialba, Costa Rica	nov. 9-22, 1958
AMRO-77.12	Duodécimo curso del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, y visitas de 3 becarios	Buenos Aires, Argentina	sept. 1959-agosto 1960 nov. 8-28 1959 enero-abril 1960
AMRO-81.1	Cursos de estudio, de 3 semanas y de 12 meses, para 4 becarios en el Centro Panamericano de Zoonosis	Azul, Argentina	junio 22-julio 10, 1959 abril 1959-marzo 1960 julio 1959-junio 1960 oct. 1959-sept. 1960 enero 1960-enero 1961
AMRO-92 AMRO-114	Curso de técnicas sobre virus Erradicación de la malaria: Dos cursos para jefes de sector Dos cursos para médicos e ingenieros	Cali, Colombia México, D.F. México, D.F.	nov. 15-dic. 12, 1959 feb. 16-abril 25, 1959 jul. 13-sept. 19, 1959 abril 6-julio 11, 1959 agosto 10-nov. 14, 1959
AMRO-137	Tercer curso sobre técnicas de erradicación de la malaria Entomología médica (curso sobre malaria)	Universidad de São Paulo, Brasil Universidad de São Paulo, Brasil	abril 13-junio 30, 1959 agosto 1959-feb. 1960



Planeación de servicios de enfermería. Una enfermera consultora de la OPS/OMS (en el centro) y la Enfermera supervisora de Distrito (a la derecha) examinan, con una enfermera local (a la izquierda) en Celaya, Guanajuato, México, la distribución de distritos entre las enfermeras visitadoras.

EDUCACION Y ADIESTRAMIENTO

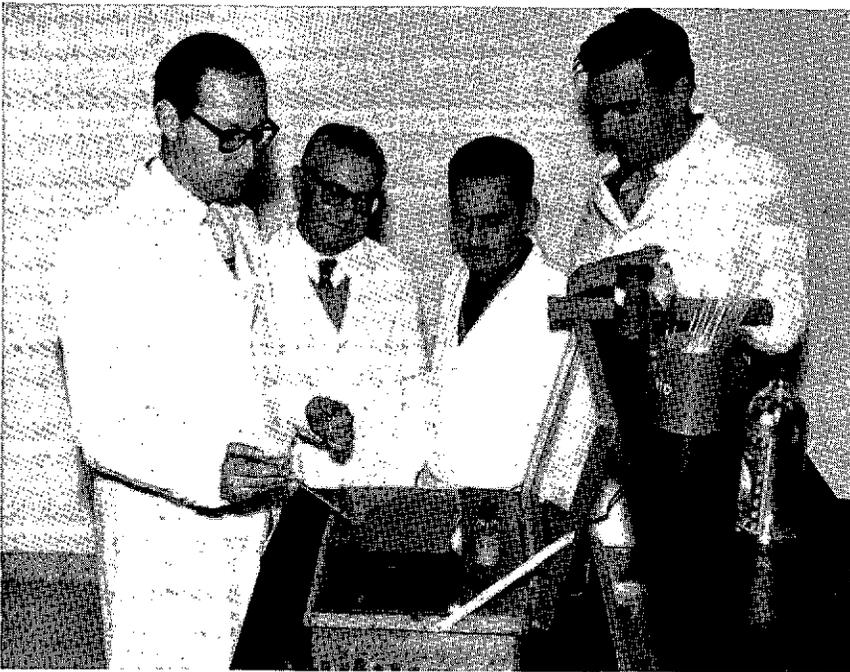
Una estudiante de enfermería toma la presión sanguínea de una paciente que desea ingresar en el Instituto de Maternidad de La Paz, Bolivia.



Escuela Nacional de Enfermería. Llegada a la residencia, en las afueras de La Paz, Bolivia, después de una jornada de prácticas en el Hospital General.

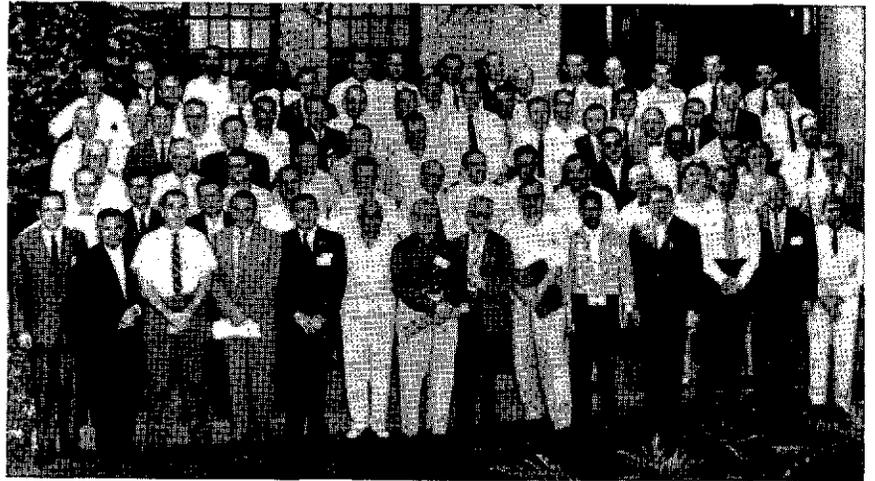
La Paz, Bolivia. Estudiantes de la Escuela Nacional de Enfermería participan en un examen ordinario por rayos X de soldados del ejército nacional.





Un especialista del Centro Panamericano de Zoonosis supervisa a un becario, durante una prueba de aglutinación, relativa a la bruce-
lisis, en el Centro Panamericano de Zoonosis,
Azul, Argentina.

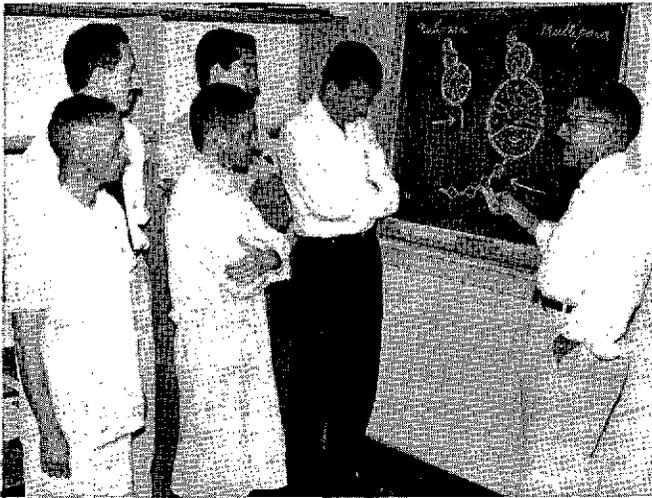
Participantes en el Seminario sobre la
Enseñanza de Salud Pública en las
Escuelas de Medicina Veterinaria en
las Américas, Universidad de Kansas
City, Mo., E. U. A., 16-22 de agosto,
1959.



Una auxiliar de enfermería hace una demostración de los
cuidados del lactante ante un grupo de madres y niños, en
Tegucigalpa, Honduras.



Una clase sobre filtrado de agua en la Escuela de Ingeniería
Sanitaria de México, D. F., México



Río de Janeiro. El jefe del Laboratorio Central de la Comisión de Erradicación de la Malaria enseñando las técnicas para determinar la edad de las hembras anofelinas.



La atención a la madre y al recién nacido, por esta auxiliar de enfermería, forma parte de su adiestramiento en el programa de servicios rurales de salud pública.



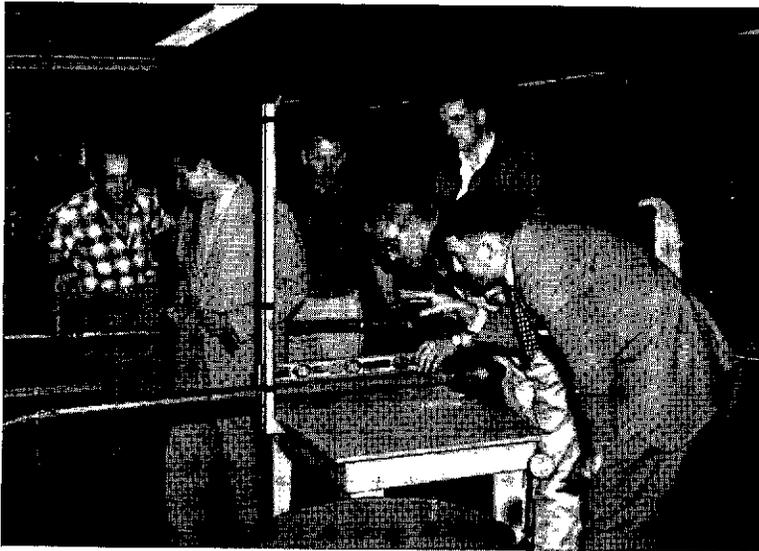
Santa Rita, Paraíba, Brasil. Miembro de la Comisión de Erradicación de la Malaria del Brasil adiestrando a futuros rociadores.



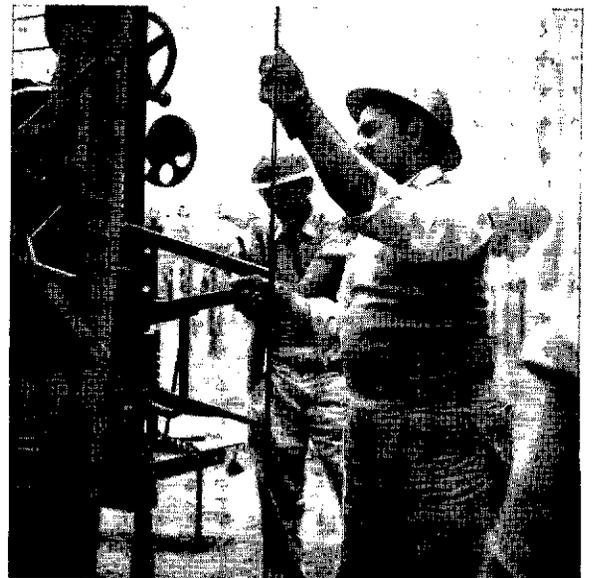
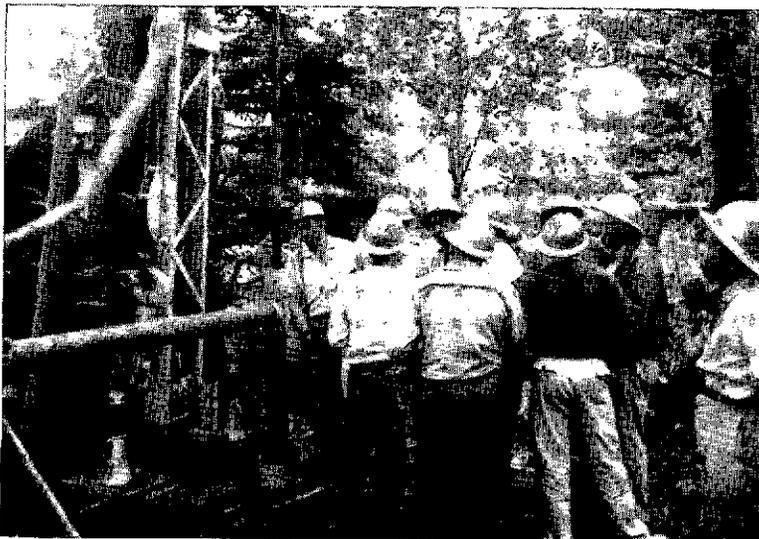
Estado de Trujillo, Venezuela. Cuatro estudiantes de malariología, bajo los auspicios de la OPS/OMS, son aleccionados por miembros de la División de Malariología de Venezuela antes de emprender un viaje de observación sobre el terreno.

Demostración de laboratorio, durante un curso anual sobre zoonosis, en el Centro Panamericano de Zoonosis, Azul, Argentina.

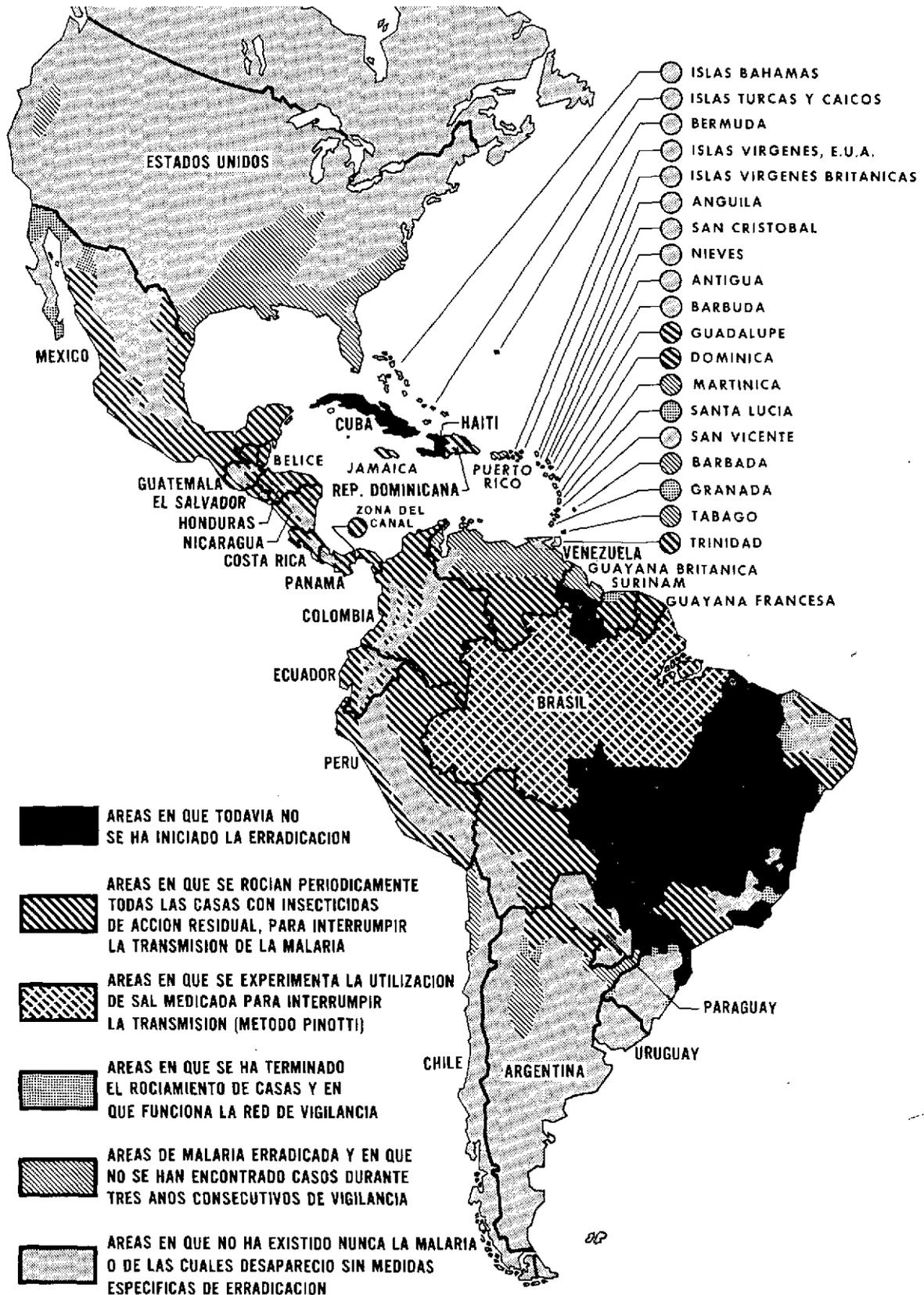




Abastecimiento de agua a colectividades rurales y urbanas, para el que, con frecuencia, se utiliza agua subterránea. En el pasado año, la OPS/OMS envió varios ingenieros a que recibieran adiestramiento avanzado en materia de perforación de pozos y aprovechamiento del agua subterránea. En las fotografías contenidas en esta página aparecen los estudiantes que asistieron al curso especial internacional ofrecido en este campo en la Universidad de Minnesota.



ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS DICIEMBRE DE 1959



CONTROL Y ERRADICACION DE ENFERMEDADES

Erradicación de la malaria

En 1959, el programa continental de erradicación de la malaria continuó su expansión. Argentina y Brasil comenzaron la fase de ataque, que en el último país se llevará a cabo por etapas según se había planeado, y el Gobierno de Cuba solicitó y recibió la colaboración técnica de la Organización para realizar una encuesta preliminar al planeamiento de la erradicación de la enfermedad. Estos programas completan la cobertura del hemisferio, con excepción de Haití, donde dificultades financieras han detenido brevemente las operaciones. A final del año, ningún país malárico carecía de programa. Seis de ellos completaron el primer año de rociamiento, seis el segundo año, y uno, el tercero. Dos países han erradicado la malaria de un importante porcentaje de la población, y en ellos la erradicación será nacional en cuanto se resuelvan ciertos problemas especiales relativamente pequeños. El mapa de la página muestra el estado de la campaña el 31 de diciembre.

A pesar de demoras, crisis financieras y la aparición de obstáculos inesperados, la campaña continental de erradicación de la malaria avanzó firmemente. Más adelante, en este capítulo, se presenta un resumen de los adelantos realizados en cada país.

El problema de la resistencia

La aparición del problema de la resistencia condujo, en 1959, a un aumento de la actividad en todos los programas, en lo referente a las pruebas de susceptibilidad o de resistencia a los insecticidas de las especies de anofelinos. Se preparó y distribuyó un Manual de instrucciones suplementarias para el empleo del equipo de pruebas de la OMS para mosquitos adultos. Esta publicación mejoró y estandarizó los procedimientos para las pruebas de susceptibilidad de los mosquitos adultos a los insecticidas hidrocarbonados. También se prepararon y distribuyeron en todo el Hemisferio formularios de notificación y gráficos estándar para ayudar en el

diseño e interpretación de los resultados. El desarrollo y estandarización de los métodos de prueba y la producción de equipo hicieron posible proporcionar a todos los programas el material fundamental para llevar a cabo estas investigaciones. El establecimiento por la Organización de un servicio ordinario de análisis e interpretación estimuló y orientó las actividades de campo y atrajo la atención sobre las áreas en donde la resistencia comenzaba a aparecer, lo cual permitió un cambio temprano de insecticida.

Al finalizar 1959, se había encontrado que eran resistentes a uno o a los dos insecticidas actualmente disponibles (dieldrín y DDT), empleados en la campaña, las siguientes especies de vectores: *A. albimanus*, *A. pseudopunctipennis*, *A. aquasalis*, *A. quadrimaculatus* y *A. albitarsis* (Véanse los cuadros XXIII y XXIV).

CUADRO XXIII. RESUMEN DE LAS PRUEBAS DE RESISTENCIA DE LOS ANOFELINOS, POR ESPECIES E INSECTICIDAS, EN LAS AMERICAS, HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 1959

Concepto	Número de países
Total con pruebas	20
Total con alguna resistencia	15
Resistencia por especies e insecticidas	
<i>A. albimanus</i> DLN	11
DDT	4
<i>A. pseudopunctipennis</i> DLN	3
DDT	2
<i>A. aquasalis</i> DLN	3
<i>A. albitarsis</i> DLN	1
<i>A. quadrimaculatus</i> DLN	1
<i>A. triannulatus</i> DLN	1

CUADRO XXIV. LA RESISTENCIA DE LOS ANOFELINOS AL DIELDRIN Y AL DDT EN LAS AMÉRICAS, HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 1959

País	Número de Estados, Provincias o Departamentos							Resistencia en otras especies, por insecticida y año en que se descubrió ^a		
	En área malarica	Con pruebas de resistencia	En que se encontró resistencia, por especie, insecticida y año de su descubrimiento						Negativa al DLN y al DDT	Positiva al DLN
			<i>Albimanus</i>		<i>Pseudopunctipennis</i>		<i>Aquasalis</i>			
DLN	DDT	DLN	DDT	DLN	DDT	DLN	DDT			
Bolivia	8	4	...	...	neg.	neg.	...	...	a, h, s	
Brasil	25 ^b	6	...	...	...	...	1:59	neg.	a, d, g, h	
Colombia	17 ^c	5	1:59	neg.	...	...	...	...	h, j, n	a en 59
Costa Rica	7	3	neg.	neg.	...	...	...	...	n	
Cuba	No se dispone de datos	1	1:59	neg.	...	...	...	...	...	...
Ecuador	17	5	2:59	neg.	...	...	...	...	n	
El Salvador	14	9	8:58	6:58	neg.	...	...	...	...	...
Guatemala	20	12 (7 DLN, 10 DDT)	6:58	2:58	neg.	neg.	...	...	t	
Honduras	17	4	4:58	1:58	...	...	...	...	...	...
México	28	22	2:58	neg.	6:58	neg.	...	...	c, o, r	p en 59
Nicaragua	17	11 (9 DLN, 11 DDT)	9:58	6:58	(2) 1:59	(2) 1:59	...	...	...	...
Panamá	10	5	neg.	neg.	...	...	neg.	...	neg. DLN sólo: b, i, n, s	
Paraguay	11	9	...	...	...	...	...	...	a, r, s	
Perú	23	19	neg.	neg.	8:58	3:58	...	...	e, t	
República Dominicana	23	6	3:59	neg.	...	...	...	...	...	...
Venezuela	23	9	...	...	...	...	1:59	neg.	k, n, r	a y s en 59
Belice	6	4	2:59	neg.	...	...	...	...	...	...
Jamaica	14	10	6:58	neg.	...	...	...	...	...	...
Surinam	7	1	...	...	...	...	neg.	neg.	...	...
Trinidad y Tabago	todos	4 Localidades	...	...	...	...	4:59	neg.	...	...

... No se informó de prueba alguna. ^a Si se encontró resistencia sólo la había en un estado por país. En su mayoría se daba en especies raras y se efectuaron pocas pruebas. Clave de las especies: a) *albicansis* b) *apicimacula* c) *axzeus* d) *bellator* e) *benarrochi* f) *brasiliniensis* g) *cruxii* h) *darlingi* i) *neomaculipalpu*: j) *neivai* k) *nuñez rovari* m) *oswaldoi* n) *punctimacula* o) *punctipennis* p) *quadrifasciatus* q) *rangeli* r) *strodei* s) *triannulatus* t) *vestitipennis*. ^b Se incluyen 4 Territorios Federales y un Distrito Federal. ^c Se incluyen ocho intendencias como una unidad.

Se ha observado que la resistencia al dieldrin está mucho más extendida que la resistencia al DDT. En algunos casos, se ha descubierto la resistencia a ambos insecticidas. De las especies citadas, la *A. albimanus* es la principal. Este importante vector es resistente al DDT y al dieldrin en Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua, pero sólo lo es al dieldrin en Ecuador, República Dominicana, Belice y Jamaica. El *A. pseudopunctipennis* es resistente al dieldrin en México y Perú, pero afortunadamente en áreas muy reducidas. El *A. aquasalis* ha mostrado resistencia al dieldrin en pequeñas áreas de Trinidad y Venezuela.

La Organización recomendó, como contramedida, que se cambiara el dieldrin por el DDT, en toda el área nacional,

en los países afectados de América Central, así como en Jamaica y Trinidad, y esto se hizo en 1959. La información disponible al terminar el año sobre los restantes países no justificaba este costoso cambio, que exige no sólo mayores cantidades de insecticida, sino también un aumento de trabajo, transportes y supervisión.

Esta medida, sin embargo, sólo puede resolver una parte del problema, puesto que en algunas áreas el vector, además de ser resistente al dieldrin, lo es también al DDT. En tales casos, la Oficina ha aconsejado que se suspenda el rociamiento, si la doble resistencia aparece en grado notable, y que en su lugar se emplee la quimioterapia colectiva con el fin de proteger a la población hasta que se encuentre un

nuevo insecticida eficaz. Entre tanto, la Oficina, ha colaborado con el Gobierno de El Salvador y con el Centro de Enfermedades Transmisibles, Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, en la busca de un nuevo insecticida realizando pruebas de campo de nuevos compuestos organofosforados que, aplicados sobre superficies de barro, conserven su eficacia por un período suficientemente prolongado.

Otra de las actividades entomológicas a las que se prestó atención en 1959 fue la de las pruebas de anofelinos con precipitina. Estas pruebas se efectúan en el Instituto Lister, de Londres, Gran Bretaña, mediante un acuerdo de cooperación concertado entre dicho centro y la Organización Mundial de la Salud. El empleo adecuado de este servicio por los programas nacionales y la interpretación de los resultados arroja nueva luz sobre los hábitos de los vectores y permite la pronta corrección o el reforzamiento de los estándares aplicados en las operaciones de rociamiento.

En 1960, se espera prestar creciente atención a los problemas de la ecología de los anofelinos, con el fin de determinar por qué continúa la transmisión en ciertas áreas que han estado sometidas durante cierto tiempo a operaciones de rociamiento. Ya se han iniciado estudios sobre los problemas de los posibles cambios de comportamiento de los vectores y la posible transmisión extradomiciliaria, y se proyecta realizar nuevas investigaciones en estos campos.

Otros problemas

Los adelantos conseguidos en la campaña de erradicación, y el número creciente de áreas con malaria en vías de desaparición, hacen que hoy se observe la presencia de problemas que hasta ahora permanecían ocultos. Incluso allí donde el rociamiento parece ser plenamente adecuado, la transmisión de la malaria continúa en algunas áreas muy definidas. Un estudio superficial de este fenómeno sugiere las siguientes posibilidades: que el vector pica al aire libre, que la población duerme al aire libre o que opera algún otro factor. Estas y otras observaciones condujeron a la Oficina a comenzar la organización de grupos de investigación epidemiológica, encargados de resolver estos y otros problemas. Para acelerar estas investigaciones, así como para fijar las dosis mínimas y el ciclo de los insecticidas existentes y de los nuevos, la Oficina está organizando un grupo especial de pruebas de insecticidas.

Los problemas especiales que acaban de citarse no invalidan las declaraciones hechas anteriormente en el sentido de que el medio más económico de erradicar la malaria consiste en rociar con insecticidas de acción residual el interior de las viviendas. Se ha observado, por ejemplo, que la transmisión de la malaria no se ha detenido en ciertas colectividades porque la mayoría de las familias, o todas ellas, poseen dos casas: una ocupada de modo permanente y la otra ocupada sólo durante la época de la cosecha y las vacaciones. En algunas áreas rurales, los rociadores se han visto obstaculizados por el hecho de que ciertas casas aisladas estaban

cerradas cuando las visitaron y ninguna ley les autorizaba a entrar en ellas en ausencia de los dueños. Estas son algunas de las razones que explican la elevación del costo de los programas de erradicación de la malaria, pues exigen que se mantengan grupos especiales de rociadores. Es fácil comprender que una casa sin rociar en una localidad no representa un problema grave, porque los anofelinos que penetran en ella un día pueden entrar, al día siguiente, en otra casa contigua que haya sido rociada. Pero en las áreas rurales, donde las casas están muy dispersas, el problema es completamente distinto y no debe dejarse ninguna casa sin rociar. La Organización espera que los gobiernos interesados estudien a fondo este problema y promulguen leyes o adopten medidas que faciliten la tarea de las brigadas de rociamiento.

De no menor importancia es el establecimiento, por disposición legislativa, o por otros medios, de un sistema de descubrimiento de casos que dé a las autoridades del programa de erradicación el derecho de investigar cualquier caso de malaria notificado oficialmente, si no se halla apoyado por una confirmación de laboratorio hecha en el laboratorio central del programa. La experiencia indica, que en algunos servicios de erradicación de la malaria, los microscopistas de los laboratorios de campo no trabajan con suficiente exactitud. En general, los laboratorios de campo envían al laboratorio central todas las placas positivas y al menos el 10 por ciento de las negativas, para comprobación. Los demás laboratorios que, aun sin estar sostenidos con fondos de la campaña antimalárica estén dispuestos a colaborar en ella, debieran seguir el mismo procedimiento.

Alteración de las superficies rociadas en el intervalo entre rociamientos

Cierto número de países han estudiado las alteraciones, que quitan eficacia al insecticida, ocurridas en distintos intervalos después del rociamiento. Los datos reflejan variaciones de un país a otro, pero en general puede afirmarse que estas alteraciones pueden constituir un factor importante de la continuación de la transmisión de la malaria. El estudio indica la necesidad de una mayor comprensión, por parte del público en general, de los objetivos de la campaña. En algunos casos, frente al objetivo ideal de que no se alteren las superficies rociadas en los intervalos entre rociamientos, están las costumbres y hábitos de la población, que requieren que se pinten o revoquen las paredes con motivo de determinadas fiestas.

Colaboración con otros organismos

Se mantuvo una estrecha colaboración con otros organismos, particularmente con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Administración de Cooperación Internacional de los Estados Unidos (ICA), que colaboran activa y directamente en la campaña de erradicación de la malaria en las Américas. De gran importancia es la

aportación del UNICEF, que, reconociendo la trascendencia de la malaria como causa de enfermedades y defunciones infantiles, dedica una parte considerable de sus recursos a proporcionar suministros y equipo para la campaña. A medida que surgen nuevos problemas y que la tarea se hace más compleja, es esencial, para el éxito final, una colaboración cada vez más estrecha con dichos organismos.

La Fundación Rockefeller ha colaborado en estudios iniciales referentes al equipo técnico para mejorar los métodos de laboratorio. La Fundación ha continuado facilitando los servicios de un miembro de su personal científico, que presta a la Organización un valioso asesoramiento en epidemiología.

Mediante la colaboración del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, la Comisión Nacional de Erradicación del Paludismo (CNEP) de México, y el Gobierno de la Guayana Británica se pudo disponer de conferenciantes en diversas especialidades con el fin de aumentar los recursos docentes del Centro de Adiestramiento en Erradicación de la Malaria, de Jamaica. El Departamento de Salud Pública de la Ciudad de Baltimore, Estados Unidos, proporcionó, asimismo, los servicios de un conferenciante sobre estadística para el Centro de Jamaica.

El Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, a solicitud de la Organización facilitó los servicios de personal técnico para que colaborara en el proyecto AMRO-196 (Grupo de pruebas de insecticidas) y en el proyecto AMRO-220 (Grupo de epidemiología). Un miembro del personal de dicho Servicio prestó servicios de consulta sobre drogas. A solicitud del mismo Servicio, el personal de proyectos de la OSP llevó a cabo una evaluación, en trabajos de campo, del nuevo equipo para la aplicación de insecticidas.

Reuniones profesionales

En una campaña en la que lo realizado en un país ejerce un efecto inmediato en los países vecinos, tiene particular importancia el que se reúnan los trabajadores científicos y administrativos de los diversos programas. Con este fin, la Oficina continuó su política de fomentar y ayudar las reuniones profesionales. Las principales reuniones celebradas en 1959 fueron: a) la Reunión Anual de los Directores de Servicios de Erradicación de la Malaria de Centro América, México y Panamá (Ciudad de Panamá, abril); b) el Seminario sobre técnicas de Evaluación Epidemiológica (Petropolis, Brasil, noviembre); c) reuniones fronterizas entre las autoridades de Colombia y Perú, Ecuador y Colombia, y El Salvador y Guatemala, para coordinar las operaciones en las fronteras, y finalmente, d) una reunión especial de malariólogos con geneticistas, bioquímicos y expertos en el campo de la fisiología de los insectos, para estudiar la solución de los problemas suscitados por la resistencia de los anofelinos a los insecticidas, aparecida en algunos países.

Estas reuniones no sólo proporcionaron ocasión de un valioso intercambio de ideas y experiencias, sino que permitieron examinar los nuevos problemas de la campaña y

debatir las opiniones sobre ellos. De gran importancia fue el acuerdo general a que se llegó en el Seminario sobre Técnicas de Evaluación Epidemiológica, en el sentido de que prácticamente en todos los lugares se puede emplear a personas no profesionales de la medicina en la labor de descubrimiento de casos. Se ha comprobado que abundan las personas que, sin ser técnicas, están dispuestas a cooperar, y que con una instrucción fácil y rápida, pueden aportar una colaboración eficaz. En realidad, se reconoció por todos que, gracias a su presencia constante en el medio social y a la confianza que en ellas depositan sus vecinos, estas personas, en su función de colaboradores voluntarios, constituyen la mejor fuente de información referente a la presencia o ausencia de la transmisión de la malaria. Además, este método de descubrimiento de casos es el menos costoso. Se están organizando actualmente redes de colaboradores voluntarios, con el fin de identificar todos los focos de transmisión de la malaria. La eliminación de estos focos lleva a su punto final la erradicación.

Las reuniones fronterizas estudiaron los problemas de las zonas limítrofes y tuvieron por resultado la coordinación de los programas nacionales para impedir vacíos en la fase de ataque de la campaña hemisférica y para asegurar la cobertura completa durante la vigilancia.

La reunión sobre la resistencia de los insectos fue motivo de que numerosos directores de laboratorio dieran seguridades de que cooperarían plenamente, y en ella se formuló la recomendación de que se establecieran colonias de mosquitos resistentes, y se pusieran a disposición de los laboratorios de investigación. Así se ha hecho, enviando material apropiado para la colonización de *A. albimanus* a la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins, de Baltimore, EUA. En virtud de un acuerdo establecido a tal efecto, este laboratorio, además de llevar a cabo estudios, suministra a otros laboratorios mosquitos susceptibles a los insecticidas y los mosquitos resistentes al dieldrín y al DDT que hayan de utilizarse en investigaciones similares o relacionadas con ellas.

A continuación se describe el avance de la campaña de erradicación de la malaria en cada uno de los países.

Desarrollo del programa por países o áreas

Argentina. En 1959 se firmó el acuerdo tripartito entre el Gobierno, el UNICEF y la Organización. La cobertura total con DDT de las áreas todavía maláricas empezó en agosto y se planea terminar, en los comienzos de 1960, el primer ciclo de rociamiento. A finales de 1959, en las operaciones de evaluación se había organizado una red de 609 colaboradores.

Un total de 61,375 casas fueron rociadas por lo menos una vez, protegiendo una población de 404,798. El insecticida usado fue DDT (61,637 lbs.). De 52,675 láminas examinadas, 5,104 se encontraron positivas.

Bolivia. En julio se terminó el primer año de cobertura

total con insecticidas y el rociamiento continuó por todo el año. Las lluvias abundantes causaron inundaciones en ciertas áreas, y esto, que afectó seriamente la cronología de las operaciones, pudo también hacer ineficaz el insecticida anteriormente aplicado. Las operaciones de evaluación se concentraron en el desarrollo de una red de colaboradores voluntarios, y, a finales de diciembre, se habían establecido 1,314 puestos de notificación.

Un total de 140,029 casas fueron rociadas por lo menos una vez, protegiendo una población de 642,617. Los insecticidas usados fueron DDT (188,243 lbs.), y dieldrín (2,631 lbs.). De 63,862 láminas examinadas, 1,856 se encontraron positivas. Se contó con la colaboración del UNICEF y de la ICA.

Brasil. Se iniciaron las operaciones de erradicación, por fases. En junio, se comenzó a emplear en la cuenca del Amazonas el método Pinotti, mediante la utilización de sal cloroquinada. Se terminó la planeación preliminar, en los Estados de Ceará, Río Grande do Norte y Paraíba, y, en septiembre, se inició la cobertura total con insecticidas. Continuó la planeación preliminar en otros tres Estados del Noreste y en tres Estados del Sur.

En junio de 1959, se ha iniciado el programa de sal medicada en todo el valle del Amazonas. Continúan los preparativos para el inicio del rociado integral por áreas a partir de 1960. La ICA colabora con este programa.

El servicio del Estado de São Paulo terminó la planeación preliminar, que se extendió a varias áreas experimentales. Se prestó especial atención a las actividades de adiestramiento. Se proyecta comenzar a principios de 1960 la cobertura total con insecticidas.

Continúan los preparativos para el inicio del rociado integral por áreas a partir de 1960. Este programa cuenta también con la colaboración de la ICA.

Colombia. En 1959 se completó el primer año de las operaciones de rociamiento. Se encontraron algunas dificultades para rociar todas las casas del área malárica. Continuó el adiestramiento intensivo en todos los niveles. Se prestó especial atención a las pruebas de susceptibilidad de los anofelinos y se trazaron planes para estudiar la ecología de cierto número de vectores. La ejecución de las operaciones de evaluación sufrió algún retraso, y, en 1960, se prestará especial atención a la formación de la red de puestos de notificación.

Un total de 1,218,565 casas fueron rociadas por lo menos una vez, protegiendo una población de 9,236,128. El insecticida usado fue DDT (2,209,117 lbs.). De 204,433 láminas examinadas, 2,586 se encontraron positivas. El UNICEF y la ICA colaboraron en la campaña.

Costa Rica. El segundo año de cobertura total con insecticidas se terminó en 1959. Se observó una notable reducción de la incidencia de malaria en la región atlántica. En la región del Pacífico, la transmisión de la malaria ha continuado en varias localidades, aunque los vectores siguen siendo susceptibles. Se prestó mayor atención a las investigaciones epidemiológicas y la visita del grupo especial de

epidemiología (AMRO-220) tuvo por resultado la sugerencia de métodos adicionales de investigación. La red de colaboradores voluntarios comprendía 675 puestos al terminar el año.

Un total de 122,526 casas fueron rociadas por lo menos una vez, protegiendo una población de 387,199. El insecticida usado fue DDT (149,640 lbs.). De 55,507 láminas examinadas, 1,899 se encontraron positivas. El UNICEF colabora en este programa.

Cuba. A solicitud del Gobierno, la Organización colaboró en la elaboración de los planes para la encuesta preliminar destinada a delinear el área malárica y obtener datos para el plan de erradicación. Se proporcionó adiestramiento a personal médico, de parasitología, y de entomología, y en mayo comenzó la encuesta. A final del año, se habían estudiado 350 localidades, de tres provincias. Se espera completar la encuesta a comienzos de 1960.

Durante el año se ha proseguido la encuesta pro-erradicación. Se espera iniciar el programa de ataque durante 1960.

Ecuador. Se terminó el segundo año de cobertura total con insecticidas. Se hizo un estudio especial de Guayaquil y sus alrededores, y se introdujo una combinación de rociamiento con insecticidas de acción residual y de control de larvas, que ha resultado eficaz. Se demostró la existencia de la resistencia del *A. albimanus* al dieldrín, y, a finales del año, se trazaron planes para cambiar dicho insecticida en las áreas donde se aplica. Se ha establecido una red de 3,196 puestos de notificación.

Un total de 340,109 casas fueron rociadas por lo menos una vez, protegiendo una población de 2,415,505. Los insecticidas usados fueron DDT (143,097 lbs.), y dieldrín (78,775 lbs.). De 99,024 láminas examinadas, 5,885 se encontraron positivas. El UNICEF y la ICA colaboran en esta campaña.

El Salvador. Después del segundo año de cobertura total, se descubrió la resistencia del vector al dieldrín, y se trazaron planes para usar el DDT, en ciclos de seis meses, a partir de agosto de 1958. En algunas localidades se ha demostrado que el *A. albimanus* es también resistente al DDT. A pesar de esto, continuarán las operaciones de rociamiento, mientras no se demuestre su ineficacia por medio de estudios epidemiológicos especiales.

Durante el año se llevaron a cabo pruebas de nuevos insecticidas en condiciones de campo (véase AMRO-196). Las actividades de evaluación contaban a finales de diciembre con la colaboración voluntaria de 946 puestos de notificación.

Un total de 270,719 casas fueron rociadas por lo menos una vez, protegiendo una población de 1,439,405. El insecticida usado fue DDT (630,590 lbs.). De 71,295 láminas examinadas, 17,521 se encontraron positivas. Este programa recibe colaboración del UNICEF.

Guatemala. Se completó el primer año de cobertura total con DDT, después de haberse substituído el dieldrín a finales de 1958. Se aumentaron las operaciones de evalua-

ción, y, a fin del año, se contaba con un total de 1,647 puestos de notificación voluntaria. Hay indicios de una reducción de la incidencia de la malaria, excepto en dos áreas en las cuales la resistencia de los anofelinos constituye un problema.

Un total de 357,104 casas fueron rociadas por lo menos una vez, protegiendo una población de 1,544,144. El insecticida usado fue DDT (706,247 lbs.). De 108,084 láminas examinadas 7,894 se encontraron positivas. El UNICEF y la ICA colaboran en este programa.

Haití. En 1959 se suspendió temporalmente el programa, por motivos financieros. El Gobierno y los otros organismos interesados continuaron estudiando los medios para financiar la reanudación de las actividades lo más pronto posible. Se adiestró a un ayudante de entomología y, entre tanto, se efectuaron pruebas de susceptibilidad o resistencia del vector. A finales del año se trazaron planes para la reanudación, a comienzos de 1960, del programa de erradicación.

Honduras. Debido al hallazgo de resistencia al dieldrín, en el *A. albimanus*, se interrumpieron las actividades de rociamiento, hasta que pudiera efectuarse el cambio de insecticida por el DDT. El rociamiento se reanudó en junio. Las actividades de evaluación comprendieron el establecimiento de 1,220 puestos voluntarios de notificación.

Un total de 236,963 casas fueron rociadas por lo menos una vez, protegiendo una población de 1,347,000. El insecticida usado fue DDT (211,811 lbs.). De 65,391 láminas examinadas, 6,675 se encontraron positivas. El programa recibe la colaboración del UNICEF y la ICA.

México. Se terminó el tercer año de cobertura total con insecticidas. A solicitud del UNICEF, se preparó un informe especial sobre el desarrollo de la campaña, en el cual se señalaron los importantes progresos realizados hacia la interrupción completa de la transmisión. Se prestó creciente atención a las actividades de evaluación, y se procura establecer puestos de notificación en todas las localidades de 500 habitantes o más. También se prestó señalada atención a la investigación epidemiológica de las localidades positivas. Teniendo en cuenta la continuación de la negatividad, ha sido posible suspender las actividades de rociamiento en cierto número de localidades y se espera aumentar este número en 1960.

Un total de 3,501,565 casas fueron rociadas por lo menos una vez, protegiendo una población de 16,979,483. Los insecticidas usados fueron DDT (6,020,713 lbs.), y dieldrín (73,170 lbs.). De las 819,598 láminas examinadas, 3,202 se encontraron positivas. El UNICEF colabora en esta campaña y ha decidido prorrogar su colaboración más allá de los límites fijados originalmente.

Nicaragua. La cobertura total con DDT se inició y mejoró durante el año. Las operaciones de evaluación han aumentado mediante el establecimiento de 1,158 puestos voluntarios de notificación. Se prestó especial atención a las pruebas de susceptibilidad, que revelaron varias áreas de

resistencia tanto al dieldrín como al DDT. Un grupo epidemiológico especial (AMRO-220) visitó el programa y formuló sugerencias acerca de los estudios adicionales necesarios.

Un total de 218,493 casas fueron rociadas por lo menos una vez, protegiendo una población de 1,317,285. El insecticida usado fue DDT (399,299 lbs.). De 38,966 láminas examinadas, 1,875 se encontraron positivas. El programa cuenta con la colaboración del UNICEF y la ICA.

Panamá. A pesar de ciertas dificultades administrativas, se completó el segundo año de cobertura total con dieldrín. Las amplias pruebas de susceptibilidad efectuadas no han revelado hasta ahora resistencia en los vectores. Las operaciones de evaluación aumentaron y a finales del año se habían establecido 1,352 puestos de notificación. En varias provincias existe todavía la transmisión de la malaria, y con el fin de determinar las causas de ello se están incrementando las investigaciones epidemiológicas.

Un total de 142,848 casas fueron rociadas por lo menos una vez, protegiendo una población de 960,000. El insecticida usado fue dieldrín (19,504 lbs.). De las 79,755 láminas examinadas, 5,043 se encontraron positivas. El UNICEF colabora en el programa.

Paraguay. Se terminó el segundo año de cobertura total con dieldrín. No se ha manifestado hasta ahora resistencia de los vectores. Se hizo una nueva definición del área malarica y a base de recientes hallazgos epidemiológicos se incluyeron en ella varias localidades. Entre las actividades de evaluación figuró el establecimiento de 633 puestos de notificación, tanto dentro como fuera del área malarica.

Un total de 161,261 casas fueron rociadas por lo menos una vez, protegiendo una población de 1,055,000. El insecticida usado fue dieldrín (53,129 lbs.). De 11,447 láminas examinadas, 648 se encontraron positivas. El UNICEF y la ICA proporcionan asistencia a la campaña.

Perú. Se terminó el segundo año de cobertura total con insecticidas, en la zona costera de Perú. En la región oriental, se llevaron a cabo actividades de rociamiento en todos los departamentos, con excepción del de Loreto. Es interesante destacar el acuerdo concluido entre el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria y el Ministerio de Defensa, en virtud del cual los militares asumirán la ejecución de las operaciones de rociamiento en Loreto, bajo la supervisión y orientación técnica del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria. Las actividades de evaluación se incrementaron hasta contar con un total de 6,374 puestos de notificación. Las actividades de vigilancia en la zona costera del Departamento de Tacna no revelaron la existencia de malaria en esa región, y hay indicios de que se ha interrumpido completamente la transmisión en cierto número de valles al Norte de Tacna. A solicitud del Gobierno se preparó un informe especial sobre el financiamiento y la administración del programa.

Un total de 593,845 casas fueron rociadas por lo menos una vez, protegiendo una población de 4,722,745. Los

insecticidas usados fueron DDT (253,154 lbs.), y dieldrín (88,598 lbs.). De 150,976 láminas examinadas, 4,390 se encontraron positivas. El UNICEF colabora en éste programa.

República Dominicana. Se terminó el primer año de cobertura total con dieldrín y comenzó el segundo. En varias localidades se manifestó la resistencia del vector *A. albimanus* al dieldrín, mientras que en otras siguió siendo susceptible. Se trazaron planes para cambiar de insecticida en 1960. A finales del año se había organizado una red de colaboradores voluntarios, con un total de 329 puestos.

Un total de 393,896 casas fueron rociadas por lo menos una vez, protegiendo una población de 2,293,202. El insecticida usado fué dieldrín (97,582 lbs.). De 21,011 láminas examinadas, 3,743 se encontraron positivas. El UNICEF colabora en este programa.

Venezuela. El Gobierno continúa su actividad en aquellas partes del país en las cuales existe todavía transmisión de la malaria. En la administración del programa no se incluye ninguna participación internacional. Sin embargo, a solicitud del Gobierno, el grupo de evaluación (AMRO-121) visitó Venezuela para estudiar la situación en aquellas áreas en que la malaria ha desaparecido. Se prestó mayor atención a las pruebas de susceptibilidad y resistencia de los anofelinos.

Un total de 161,833 casas fueron rociadas por lo menos una vez, protegiendo una población de 647,332. Los insecticidas usados fueron DDT (355,397 lbs.), y dieldrín (101,117 lbs.). De 503,777 láminas examinadas, 897 se encontraron positivas.

Guayana Británica. No se encontró malaria en las regiones costeras, de las cuales había sido erradicada. El Gobierno, el UNICEF y la Organización concluyeron un acuerdo referente a un plan de operaciones para la erradicación de la malaria en el interior, mediante el método Pinotti. Se pondrá en ejecución a comienzos de 1960. Entretanto, se ha empleado la quimioterapia colectiva en las áreas contiguas a Venezuela.

Belice. Se substituyó el dieldrín por el DDT, en las operaciones de rociamiento, debido al hallazgo de resistencia al dieldrín en el *A. albimanus*. Se estudió cuidadosamente la administración del Servicio de Erradicación de la Malaria y se trazaron planes para lograr una ejecución más eficaz del programa. Las operaciones de evaluación se efectúan mediante la red de hospitales y dispensarios gubernamentales y de enfermeras visitadoras. Recibieron también especial atención los aspectos de educación sanitaria, relacionados con la campaña.

Un total de 17,516 casas fueron rociadas por lo menos una vez, protegiendo una población de 90,000. El insecticida usado fué DDT (16,316 lbs.). De las 11,307 láminas examinadas, 1,019 se encontraron positivas. En esta campaña colabora el UNICEF.

Zona del Canal de Panamá. Las operaciones antimaláricas, en la Zona del Canal, comprenden el rociamiento de

determinadas localidades con insecticidas de acción residual, el control de los criaderos de mosquitos, mediante limpieza periódica y el empleo de larvicidas, y el tratamiento de casos. Se mantiene una estrecha coordinación con las autoridades de Panamá.

Dominica. Las operaciones de rociamiento con DDT se iniciaron en la parte de la isla donde todavía se encuentra malaria. Se continuó el adiestramiento de personal y se empezaron las actividades de evaluación.

Un total de 3,403 casas fueron rociadas por lo menos una vez, protegiendo una población de 10,563. El insecticida usado fue DDT (1,944 lbs.). De 1,818 láminas examinadas, 46 se encontraron positivas. El UNICEF colabora en la campaña.

Guayana Francesa. En los servicios antimaláricos no se incluye ninguna participación internacional. Continúa el rociamiento con DDT y se informa que la población se encuentra bajo vigilancia. Se proyecta celebrar una reunión, en 1960, con las autoridades de la Guayana Francesa y de Surinam, para el estudio de los problemas comunes en la región fronteriza.

Granada. Se establecieron operaciones de vigilancia en Carriacou, y están funcionando satisfactoriamente. A finales de 1959 se terminaron las operaciones de rociamiento y la isla quedará sujeta a vigilancia, en 1960. La red de vigilancia funciona satisfactoriamente y, además, se empleará personal a tiempo completo para las visitas casa por casa y encuestas especiales. Desde octubre de 1958 no se ha encontrado malaria en Granada, salvo dos casos descubiertos en marzo de 1959 en un área no malárica, que no se incluyó en el programa de rociamiento antes de septiembre de 1958. Estos casos se sometieron a curación radical.

Un total de 8,077 casas fueron rociadas por lo menos una vez, protegiendo una población de 30,188. El insecticida usado fue DDT (4,311 lbs.). De 5,685 láminas examinadas, dos se encontraron positivas. El UNICEF colaboró en 1959 y continuará prestando su asistencia durante el período de vigilancia.

Guadalupe. Una gran parte de la población ha sido liberada de la infección malárica y se halla bajo vigilancia. Para el resto, se llevan a cabo operaciones de rociamiento con DDT, así como la busca de casos de malaria. No se ha prestado colaboración internacional a este programa.

Jamaica. Debido a la demostración de existencia de resistencia al dieldrín en el *A. albimanus*, se cambió este insecticida por el DDT y se ejecutaron los dos ciclos de rociamiento. Se incrementaron las operaciones de evaluación y hay indicios de que la transmisión se ha interrumpido en las parroquias septentrionales. Todavía se encuentran algunos focos de transmisión en lugares determinados, a lo largo de la costa meridional, y se están estudiando epidemiológicamente, con el fin de determinar las medidas más eficaces que deban emplearse.

Un total de 277,626 casas fueron rociadas por lo menos una vez, protegiendo una población de 1,348,000. Los

insecticidas usados fueron (99,003 lbs.), y dieldrín (138,552 lbs.). De 35,766 láminas examinadas, 339 se encontraron positivas. EL UNICEF y la ICA proporcionan su colaboración a este programa.

Santa Lucía. Las operaciones de rociamiento se terminaron en agosto, con la conclusión del ciclo final de rociamiento con DDT. A pesar de que se incrementaron las actividades de evaluación, éstas no han revelado ninguna prueba de transmisión de la malaria y la isla entera ha sido colocada bajo vigilancia. Además de la red de unidades de notificación, el personal de evaluación a tiempo completo efectúa visitas casa por casa y encuestas periódicas, con resultados negativos respecto a la existencia de malaria.

Un total de 15,347 casas fueron rociadas por lo menos una vez, protegiendo una población de 62,324. El insecticida usado fue DDT (9,312 lbs.). De 11,427 láminas examinadas, 3 se encontraron positivas. Las operaciones de vigilancia continuarán hasta 1962, con la colaboración del UNICEF.

Surinam. Se terminó el primer año de cobertura total con insecticidas. En la región costera y las sabanas, se emplea el DDT, y, en el interior, el dieldrín. Hasta ahora no ha habido manifestaciones de resistencia. Las operaciones en el interior han tropezado con la dificultad de localizar todas las casas rurales debido a lo diseminadas que se encuentran. Las operaciones de evaluación se desarrollaron con el esta-

blecimiento de 20 puestos oficiales de notificación. Los resultados en la región costera son favorables.

Un total de 50,560 casas fueron rociadas por lo menos una vez, protegiendo una población de 326,903. Los insecticidas usados fueron DDT (51,095 lbs.), y dieldrín (14,678 lbs.). De 48,050 láminas examinadas, 2,755 se encontraron positivas. El UNICEF colabora en este programa.

Trinidad y Tabago. La isla de Tabago continúa bajo vigilancia, sin que en 1959 se notificaran casos de malaria. En Trinidad, se cambió del dieldrín al DDT, debido al hallazgo de resistencia del *A. aquasalis* al primero de estos insecticidas. En el área del *A. bellator* se aplica la quimioterapia colectiva. Se incrementaron las operaciones de evaluación y se comprobó, mediante la investigación epidemiológica, que la mayoría de los casos encontrados procedían de aldeas muy adentradas en regiones forestales, cosa que antes no se sospechaba. Estas aldeas han sido incluidas ahora en la campaña a base de drogas. Los resultados, en la última parte del año, han sido muy alentadores.

Un total de 149,228 casas fueron rociadas por lo menos una vez, protegiendo una población de 822,000. Los insecticidas usados fueron DDT (48,080 lbs.), y dieldrín (22,209 lbs.). De 88,609 láminas examinadas, 97 se encontraron positivas. El programa cuenta con la colaboración del UNICEF.

La fiebre amarilla y la erradicación del *Aëdes aegypti*

En 1959, tres eventos dieron un nuevo impulso a la campaña de erradicación del *A. aegypti* en las Américas: su intensificación en Venezuela después que se consiguió mayor autonomía técnico-administrativa; el aporte financiero de Cuba para organizar la campaña de acuerdo con la importancia del problema; y el resultado favorable de la evaluación preliminar de la situación en México. Por otro lado, ha aumentado la preocupación por la resistencia que el *A. aegypti* viene ofreciendo al DDT en algunas áreas del Caribe y especialmente por la grave situación que se presentó en Isla Verde, Puerto Rico, donde el mismo fenómeno también se manifestó en relación a los otros insecticidas en uso. El hecho debe estudiarse en todos sus aspectos, a fin de conocer su extensión y establecer las medidas necesarias

para solucionarlo convenientemente.

Se presenta a continuación un resumen de la situación de la campaña anti-aegypti por países y áreas en el final del año de 1959. No se incluyen Bolivia, Brasil, Ecuador, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay, Belice, Guayana Francesa y la Zona del Canal, declarados libres de *A. aegypti* en 1958 por la XV Conferencia Sanitaria Panamericana ni tampoco a Guatemala y Honduras que lo fueron por la XI Reunión del Consejo Directivo en 1959. Todos ellos ahora se encuentran bajo régimen de vigilancia.

Argentina. La campaña que desde 1955 se viene ejecutando con la colaboración de la Organización, ha tenido diversas dificultades que la han retrasado, de manera que solamente se ha completado menos de la mitad del programa. De

CUADRO XXV. RESUMEN DE LA CAMPAÑA DE ERRADICACION DEL *Aedes aegypti* EN LAS AMERICAS DESDE SU INICIACION HASTA DICIEMBRE 1959 O ULTIMO MES INFORMADO

Area	Fecha de Iniciación	Ultimo informe	Area inicial presumiblemente infestada (Km ²)		Localidades inspeccionadas					Estado actual
			Total	Inspeccionada (%)	Número	Inicialmente positivas		Verificadas		
						Total	Tratadas	Total	Aún positivas	
Argentina	abril 1958	dic. 1959	1,500,000	30.4	2,458	149	149	145	—	A
Bolivia	junio 1932	dic. 1956	100,000	100.0	282	65	65	65	—	E
Brazil	enero 1931	sept. 1959	5,358,822	100.0	270,588	36,119	36,119	36,119	—	E
Colombia	nov. 1950	dic. 1959	280,000	99.5	3,759	354	353	353	—	A
Costa Rica	abril 1949	dic. 1959	20,000	100.0	1,238	104	104	104	—	N
Cuba	marzo 1954	Nov. 1959	100,000	1.0	84	69	63	18	14	A
Chile	junio 1945	mayo 1958	50,000	100.0	81	44	44	44	1	A
Ecuador	junio 1946	dic. 1959	69,454	100.0	2,824	337	337	377	—	E
El Salvador	abril 1949	dic. 1959	18,675	100.0	989	190	190	190	—	N
Estados Unidos			777,000							P
Guatemala	enero 1949	sept. 1959	36,423	100.0	2,485	138	138	138	—	E
Haití	oct. 1953	sept. 1958	27,750	49.4	2,379	605	602	435	27	J
Honduras	sept. 1949	julio 1959	64,929	100.0	600	53	53	53	—	E
México	enero 1951	julio 1959	1,000,000	100.0	...	...	...	397	60	A
Nicaragua	enero 1950	junio 1959	65,263	100.0	3,126	18	18	18	—	E
Panamá	feb. 1949	dic. 1959	56,246	100.0	2,853	44	44	44	—	E
Paraguay	enero 1948	sept. 1959	200,000	100.0	1,561	98	98	98	—	E
Perú	enero 1940	sept. 1958	638,000	100.0	4,320	191	191	191	—	E
República Dominicana	oct. 1952	dic. 1959	42,020	80.4	1,358	344	344	313	45	A
Uruguay	oct. 1948	oct. 1958	187,000	100.0	1,020	133	133	133	—	E
Venezuela	junio 1948	dic. 1959	600,000	85.0	3,602	413	413	319	48	A
Estados Unidos										
Islas Vírgenes			124							P
Puerto Rico	mayo 1950	dic. 1959	8,896	61.8	481	248	248	248	114	A
Zona del Canal	...	junio 1959	1,432	100.0	21	21	21	21	—	E
Francia										
Guadalupe	enero 1957	dic. 1959	1,619	4.9	53	38	38	32	14	A
Guayana Francesa	mayo 1949	marzo 1958	91,000	100.0	222	55	55	55	—	E
Martinica	nov. 1953	marzo 1958	1,813	100.0	34	34	34	34	27	I
Países Bajos										
Aruba	marzo 1952	dic. 1959	174	100.0	9	9	9	9	—	N
Bonaire	sept. 1952	sept. 1959	246	100.0	6	6	6	6	—	N
Curazao	oct. 1951	dic. 1959	448	100.0	155	155	155	155	10	A
Saba, St. Eustaquio y St. Martin	ago. 1958	ago. 1959	60	100.0	34	30	30	30	—	N
Surinam			143,000							P
Reino Unido										
Antigua	ago 1954	dic. 1959	280	100.0	50	47	47	47	—	N
Bahamas	junio 1954	dic. 1959	11,396	1.3	13	11	11	11	9	A
Barbada	marzo 1954	dic. 1959	171	100.0	95	95	95	95	17	A
Belice	oct. 1950	junio 1959	22,965	100.0	84	2	2	2	—	E
Bermuda	enero 1951	dic. 1951	53	100.0	9	9	9	9	—	N
Dominica	feb. 1951	oct. 1956	789	90.0	136	66	66	66	16	I
Granada	nov. 1952	junio 1959	311	100.0	8	8	8	8	—	N
Granadinas	nov. 1952	junio 1959	65	100.0	7	5	5	5	1	A
Guayana Británica	marzo 1946	dic. 1959	4,662	100.0	93	93	93	93	—	N
Islas Vírgenes			174							P
Jamaica	feb. 1950	dic. 1959	11,424	77.3	67	45	45	31	16	A
Montserrat	mayo 1956	dic. 1959	83	100.0	33	16	16	16	—	N
San Cristóbal-Nieves-Anguila	mayo 1950	dic. 1959	396	100.0	62	33	33	33	17	A
Santa Lucía	mayo 1953	dic. 1959	259	100.0	50	50	50	50	—	N
San Vicente	marzo 1953	marzo 1959	332	100.0	8	8	8	8	—	N
Trinidad y Tabago	enero 1951	dic. 1959	3,108	100.0	128	122	122	122	—	N

Siglas y Símbolos: P = preparatorio; A = programa activo; N = negativo de *A. aegypti*; E = erradicado el mosquito; I = programa interrumpido; — = dato no disponible; — = cantidad zero.

2,398 localidades, se encontraron infestadas 149; y de éstas, 145 están ya libres del mosquito, la mayoría de las cuales, situadas en las zonas del norte y del nordeste, se consideraban como las más infestadas del país y son fronterizas con Bolivia, Paraguay y Brasil. Poco fue lo que se hizo en el centro y el sudeste. La capital, situada en esta última región, fue parcialmente inspeccionada con resultados negativos pero se encontró *A. aegypti* en tres lugares cercanos al área del Gran Buenos Aires. En los últimos meses del año fueron solucionadas algunas dificultades, lo que permitirá que la campaña avance con más rapidez.

Colombia. Verificaciones recientes confirman la erradicación del *A. aegypti* en el país con excepción de Cúcuta, cerca de la frontera con Venezuela, donde se ha encontrado una pequeña área aún infestada que se supone sea debido a resistencia ovular. Desde el inicio de la campaña se inspeccionaron 3,759 localidades encontrándose 354 con *A. aegypti* de las cuales 353 ya están negativas. Las verificaciones finales para establecer la erradicación en todo el país deberán terminar en los primeros meses del próximo año.

Costa Rica. Se espera que la verificación final a iniciarse en breve, con asistencia de personal técnico de la OSP, confirme la erradicación del *A. aegypti*, que no se ha encontrado en el país desde 1952.

Cuba. El gobierno está prestando pleno apoyo a la campaña que cuenta ahora con recursos jamás alcanzados anteriormente. De las 84 localidades inspeccionadas desde inicio de la campaña, 69 estaban infestadas. Se ha hecho verificación post-tratamiento en 18 de esas últimas, encontrándose 14 aún positivas.

Chile. Los trabajos finales con colaboración de la OSP serán iniciados en enero de 1960 y deberán terminar hacia fines de ese año.

El Salvador. La verificación final con asistencia de la OSP terminó en noviembre de este año y ha confirmado la erradicación del *A. aegypti* de este país.

Estados Unidos. La inspección realizada en 1958 en 25 aeropuertos de ciudades de Florida, inclusive Fort Pierce, Jacksonville, Miami, Pensacola, St. Petersburg, Tampa y West Palm Beach, reveló que seis eran positivos, con índices alrededor del 4 por ciento. También en 10 muelles de puertos de Florida se encontraron índices del 9 por ciento. En las costas de Carolina del Norte también se ha encontrado un muelle infestado. La isla de Key West, Florida, dada como negativa en 1948, fue encontrada positiva en 1958. En inspecciones anteriores se encontraron infestadas muchas ciudades de los estados de Alabama, Arizona, Arkansas, Carolina del Norte, Carolina del Sur, Florida, Georgia, Kansas, Kentucky, Louisiana, Mississippi, Missouri, Oklahoma, Tennessee, Texas y Virginia.

El Centro de Enfermedades Transmisibles del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos mantiene en Pensacola, Florida, desde noviembre de 1957 una área experimental para obtener datos sobre costo, metodología y practicabilidad de un programa de erradicación del *A. aegypti* en el

sudeste de los EE.UU. con la intención de utilizarlos en otras áreas del país donde el problema también se presente.

Haití. Con áreas bastante infestadas y con resistencia comprobada al DDT en la capital, el país se vió obligado por razones económicas, a suspender las actividades a finales de 1958. Se espera que en breve se podrá reanudar la campaña.

México. El programa de erradicación de la malaria y trabajos específicos anti-*aegypti* en las áreas urbanas, han cambiado muy favorablemente el problema en el país. En la evaluación preliminar realizada por el Gobierno con la colaboración de la Organización, se inspeccionaron en el último trimestre del año 34 localidades situadas en las áreas antes más infestadas de los estados de Campeche, Chiapas, Oaxaca, Tabasco, Veracruz, y Yucatán, y solamente se encontró positiva la localidad de Motul, Yucatán. Con las recomendaciones hechas es posible que en un año más de trabajo sistemático se consiga la erradicación del *A. aegypti* en México.

República Dominicana. Los trabajos en la capital están suspendidos desde que se comprobó la resistencia al DDT. El personal disponible está siendo empleado en algunas ciudades del interior. El rociamiento con dieldrín contra la malaria cubrió todas las áreas rurales y se espera que haya eliminado el *A. aegypti* de las mismas. Se espera que en el próximo año se pueda intensificar la campaña.

Venezuela. Se puede considerar que 1959 fue el primer año completo de actividades, después que el Gobierno y la Organización firmaron en 1958 un acuerdo para la intensificación de la campaña.

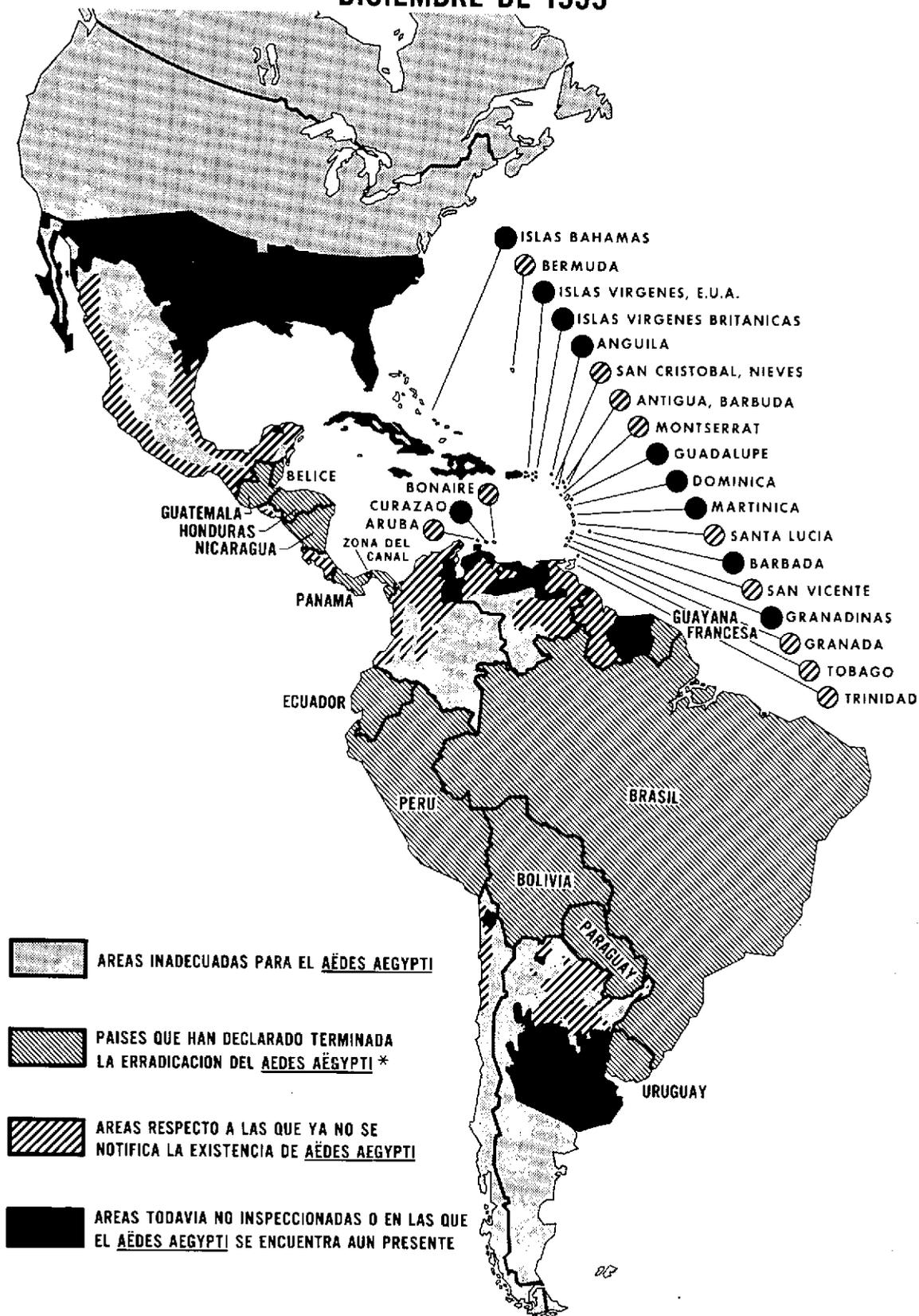
Se completó la encuesta del área metropolitana de Caracas, que reveló la existencia de pequeñas áreas infestadas en el barrio de Palos Grandes, en dos lugares cerca de la localidad de Petare y en áreas rurales de las parroquias de Sucre y Antimano. La encuesta continuará en localidades vecinas a Caracas y del Estado Miranda, cuya capital, Los Teques, se encontró infestada. También se está trabajando en la zona de la costa del Distrito Federal, en donde el aeropuerto internacional de Maiquetía y el puerto de Guaira se encontraron negativos. En Estado Tachira, se está trabajando en la capital, San Cristóbal que presenta una infestación difusa y en San Antonio, cerca de la frontera con Colombia, donde se ha encontrado una pequeña área infestada. El área de Ureña a lo largo de la frontera fue completamente inspeccionada con resultado negativo.

La campaña deberá ser intensificada en 1960 contándose con el doble del personal existente.

Las Guayanas. En la Guayana Británica continúan considerándose negativas las 93 localidades antes infestadas, lo que necesita comprobarse con la verificación final.

En Surinam, no se han llevado a cabo todavía actividades eficaces para erradicar el *A. aegypti*. Se sabe que los índices son altos y la infestación diseminada. En algunas áreas urbanas se constató ya la resistencia al DDT, y también en las proximidades de la frontera con la Guayana Francesa,

ESTADO DE LA CAMPAÑA DE ERRADICACION DEL AÈDES AEGYPTI DICIEMBRE DE 1959



* LA ERRADICACION HA SIDO COMPROBADA DE ACUERDO CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS POR LA OSP

que este año fue reinfestada con mosquitos procedentes de Surinam. Se están adoptando medidas para organizar la campaña en esta área y para combatir la reinfestación en la Guayana Francesa.

Area del Caribe. Las islas de esta área se pueden reunir en tres grupos en los que se llevan a cabo 20 programas de erradicación: a) Islas con resultados negativos y que, en breve, podrán ser declaradas libres: Antigua, Aruba, Barbuda, Bermudas, Bonaire, Granada, Montserrat, Nieves, San Cristóbal, Santa Lucía, San Vicente, y Trinidad; b) Islas que tienen programas en ejecución: Anguila, Bahamas, Barbada, Curaçao, Granadinas, Jamaica, San Eustaquio, San Martín, Sabá y Tabago; y c) Islas en que se desarrolla poca actividad y necesitan mejor organización: Dominica, Guadalupe, Martinica, Puerto Rico e Islas Vírgenes.

La campaña encuentra en las Antillas Menores serios obstáculos debido a la dispersión geográfica de las islas y diversos problemas administrativos.

Se anexa un cuadro con los resultados numéricos y un mapa que dá una impresión en conjunto del trabajo realizado y de lo que todavía debe llevarse a cabo para terminar la campaña.

Fiebre amarilla

En 1959 se notificaron 29 casos de fiebre amarilla, todos de tipo selvático, en seis países sudamericanos. Además, se aisló el virus en el hígado de un mono aullador (*Alouatta* sp.), encontrado muerto en Venezuela. No se aislaron virus en mosquitos, pero se diagnosticó un caso humano no fatal, por su comprobación en el suero sanguíneo. Este caso se presentó cerca de Florencia, Intendencia de Caquetá, Colombia, donde ocurrió una extensa epidemia de fiebre amarilla selvática. La mayoría de las personas atacadas fueron colonos recién llegados de la parte alta del valle del Magdalena, donde no hay fiebre amarilla, y quienes se establecieron en las tierras fértiles y bajas al este de la Cordillera Oriental de los Andes.

Además de su programa a largo plazo para la producción de vacuna antiamarílica 17D, y de la realización de estudios epidemiológicos sobre la fiebre amarilla y otras infecciones por arborvirus, el personal del Instituto Carlos Finlay, de Bogotá, entidad con la que la OPS colabora financiera y técnicamente, viene estudiando, desde 1957 la posibilidad de aplicar dicha vacuna mediante escarificación cutánea, en vez de emplear el método habitual de inyección subcutánea. En las pruebas experimentales llevadas a cabo se ha comprobado que si se escarifica la piel con suficiente profundidad para que salga una pequeña cantidad de sangre, se obtiene éxito en el 98 por ciento de los casos. En vista de esto, se consideró que valía la pena desarrollar un procedimiento estándar para la preparación de la vacuna y su aplicación en el campo sin refrigeración.

Pruebas adicionales mostraron que para su empleo mediante escarificación, la vacuna 17D debía tener un título de por lo menos 100,000 unidades de virus por porción de

CUADRO XXVI. CASOS NOTIFICADOS DE FIEBRE AMARILLA^a EN LAS AMÉRICAS, 1950-1959

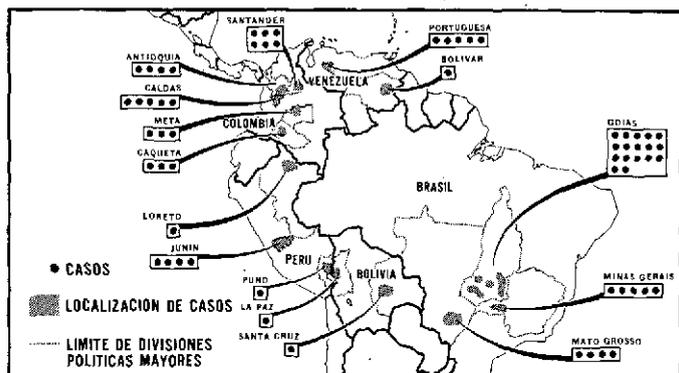
Area	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959
Total	391	312	341	89	95	39	28	80	61	30
Bolivia	354	3	1	18	—	4	6	19	2	2
Brasil ^b	4	50	221	39	9	8	2	10	26	3
Colombia ^b	12	26	16	11	12	22	16	33	21	21
Costa Rica	—	180	93	5	—	—	—	—	—	—
Ecuador	—	42	—	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala ^b	—	—	—	—	—	—	— ^c	3	—	—
Honduras ^b	—	—	—	—	1	—	— ^c	—	—	—
Nicaragua ^b	—	—	7	8	—	—	—	—	—	—
Panamá	2	3	1	—	—	—	1	4	—	—
Perú	16	4	1	—	26	—	—	3	6	2
Venezuela ^b	3	4	1	8	29	5	3	6	6	1
Belice	—	—	—	—	—	—	—	— ^c	—	—
Trinidad y Tabago ^b	—	—	—	—	18	—	—	—	—	2

— Ningún caso. ^a Fiebre amarilla selvática, con excepción de tres casos en Trinidad, en 1954. ^b Todos los casos confirmados por el laboratorio. ^c Pruebas de la actividad del virus de la fiebre amarilla en vertebrados distintos del hombre.

0.03 cc. Se prepararon recipientes de 20 dosis cada uno, colocando porciones de 0.2 cc. de material de embrión de pollo, con tan alta titulación, en pequeños tubos de 8 ó 9 mm. de diámetro exterior. Una vez rehidratado, el material se pudo medir fácilmente, con un tubo capilar, una dosis de 0.01 cc. empleando un tubo estéril distinto para cada persona. Además, antes de usarse la vacuna se sometió a una "Prueba de estabilidad al calor", muy sencilla, pero que exige un mes, ya que los tubos de vacuna desecada se exponen en una incubadora, a una temperatura de 37°C durante 30 días, y se determina luego, de nuevo, el contenido en virus. Se puede permitir cierta pérdida de título, pero no ha de ser excesiva. Esta prueba proporciona un amplio factor de seguridad, pues, en su empleo en el campo, la vacuna no se halla expuesta a temperaturas ambientales por mucho más de una semana y esas temperaturas rara vez llegan a los 37°C.

Las experiencias en el campo con esta técnica revelaron que un vacunador, a caballo y que trabaje casa por casa, puede vacunar entre 60 y 100 personas por día, o sea, unas 500 personas por semana. Estos estudios se efectuaron en áreas a las que las anteriores campañas de vacunación no habían llegado. Ha quedado bien demostrada la viabilidad de este procedimiento, pero todavía no se ha determinado la eficacia de su aplicación en el campo, la que se está llevando a cabo mediante el sencillo procedimiento de tomar sangre a 250 personas que han recibido esa vacuna para la búsqueda de anticuerpos neutralizantes de fiebre amarilla.

CASOS NOTIFICADOS DE FIEBRE AMARILLA SELVÁTICA EN LAS AMÉRICAS, Y SITIO, POR DIVISIONES POLÍTICAS MAYORES DE CADA PAÍS, 1958



CASOS NOTIFICADOS DE FIEBRE AMARILLA SELVÁTICA EN LAS AMÉRICAS, Y SITIO, POR DIVISIONES POLÍTICAS MAYORES DE CADA PAÍS, 1959



Se confía en que el mayor costo de la aplicación casa por casa de la vacuna 17D, quedará ampliamente compensado por el aumento de eficacia del programa de vacunación. Cuando se aplica casa por casa, la vacuna llega en mayor proporción a las personas con más riesgo que cuando se aplica a grupos de gente reunida en "centros" de vacunación.

Durante el año, el Instituto Carlos Finlay preparó

1,192,820 dosis de vacuna 17D; y hasta fines de octubre había distribuido 453,545 dosis a diversos países y otras unidades políticas del Hemisferio, según se indica a continuación: Aruba, 810; Cuba, 2,000; Curaçao, 1,100; Chile, 2,000; Ecuador, 20,000; Guatemala, 20,010; Guayana Británica, 6,010; Jamaica, 850; México, 250,025; Panamá, 42,220; Perú, 40,020; Trinidad, 2,000; y Venezuela, 66,500.

La Organización colabora también a la manufactura de vacuna 17D con el Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, (Brasil-51), el cual había preparado en el año, hasta el 30 de noviembre, 1,877,000 dosis de vacuna 17D, que se agregaron a su "stock" anterior (del 1 de enero de 1959) de 3,906,400. Se distribuyeron 3,901,800 dosis, de las cuales Argentina recibió 50,000, Bolivia, 110,000 y Venezuela 240,000.

Un interesante aspecto de los trabajos de investigación es la identificación de los arborvirus relacionados con el virus de la fiebre amarilla en su "habitat" selvático. Desde hace algunos años, es evidente que el virus de la fiebre amarilla no permanece continuamente en un mismo lugar limitado, ni aún tratándose de un área endémica, como el valle del Magdalena, en Colombia. Al contrario parece que se traslada y vuelve a visitar ciertas áreas a intervalos de cuatro a cinco años. Por lo menos, ésta es la impresión que se obtiene con las viscerotomías, que sólo se refieren, claro está, a casos fatales.

Para descubrir la presencia del virus, es pues, necesario efectuar estudios a largo plazo en localidades típicas. El mejor lugar para buscarlo son los mosquitos que atacan al hombre durante el día. La captura de mosquitos con trampas de luz, en el anochecer, ha producido también resultados interesantes.

Por esta razón, a finales de 1958 se inició un modesto programa de captura de mosquitos para el aislamiento de virus; se llevó a cabo en el área de estudios de campo de San Vicente de Chucurí, Santander, Colombia, y lo ejecutó personal del Instituto Carlos Finlay. Durante los doce meses siguientes se capturaron 30,000 mosquitos que se sometieron a la búsqueda de virus, doce cepas de las cuales fueron aisladas, pero ninguna de ellas de fiebre amarilla. El estudio continúa y sus resultados se publicarán en otro lugar.

Viruela

Después de considerar en detalle el problema de la viruela en el Hemisferio Occidental, la XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958), en su Resolución VI, estimó que la erradicación de esa enfermedad requería urgente atención en todos los países; encargó que se procediera a la realización de planes nacionales de erradicación en donde todavía existe la enfermedad; pidió a los Gobiernos Miembros que facilitaran vacuna antivariólica y asesoramiento técnico; encargó a la Oficina que adoptara todas las medidas necesarias para alcanzar el objetivo de la erradicación de la enfermedad en escala continental y solicitó que aquella realizase los estudios necesarios a fin de establecer una definición de erradicación que pueda ser aplicada uniformemente en los diferentes países.

Tal definición debe ser de aplicación universal, de modo

que exista un solo criterio para juzgar cuando los países han cumplido el objetivo en la lucha contra la enfermedad. El proceso de elaboración de una definición adecuada ha exigido más tiempo que el originalmente previsto, pues se ha necesitado formular consultas a personas autorizadas en diversos países además del intercambio de opiniones y puntos de vista entre la OPS y la OMS. Se espera completar este trabajo en los primeros meses de 1960.

La viruela constituye todavía un serio problema de salud pública en el Continente, como lo demuestra su presencia en varios países, con elevadas cifras en algunos de ellos. De acuerdo con los datos de que se dispone, en el período decenal 1950-1959 se notificaron 88,331 casos de viruela en 17 países o áreas.

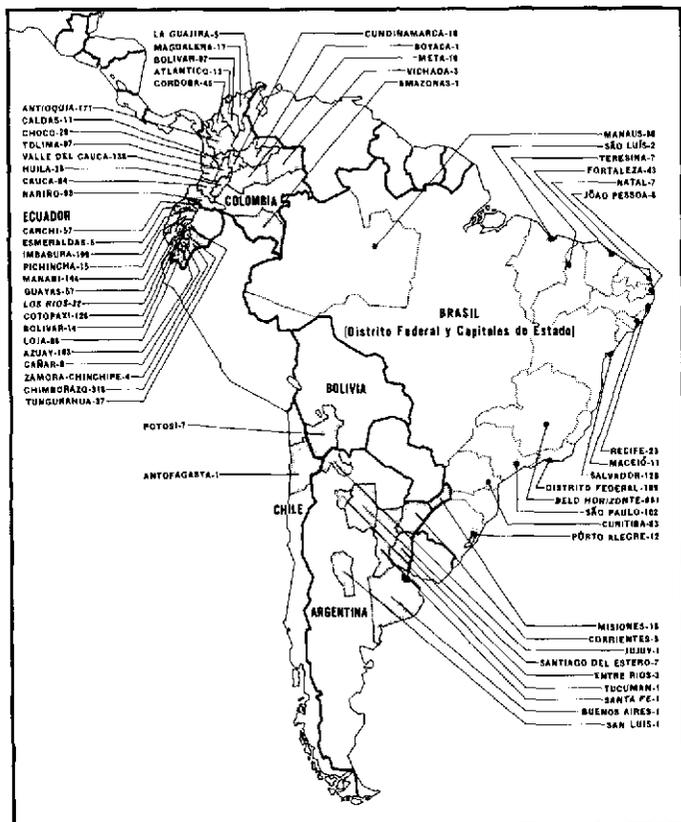
El Cuadro XXVII muestra la distribución geográfica y

CUADRO XXVII. CASOS DE VIRUELA NOTIFICADOS EN LAS AMÉRICAS, POR PAÍSES, 1950-1959

Área	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959
Total	21,485	9,221	9,301	8,930	11,979	8,348	6,389	6,220	4,343	3,447
Argentina	4,788	1,404	982	309	256	55	86	335	27	34
Bolivia	594	728	432	429	624	372	499	1,310	183	7
Brasil ^a	706	1,190	1,668	923	1,035	2,580	2,385	1,411	1,232	1,354
Colombia	4,818	3,844	3,235	5,526	7,203	3,404	2,572	2,145	2,009	867
Cuba	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Chile	3,414	47	15	9	—	—	—	—	—	1
Ecuador	251	174	665	708	2,516	1,831	669	913	863	1,184
Estados Unidos	39	11	21	4	9 ^c	2 ^c	—	1 ^c	—	—
Guatemala	10	3	1	1	—	—	—	—	—	—
México	762	27	—	—	—	—	—	—	—	—
Panamá	—	—	—	—	—	—	—	—	8 ^b	—
Paraguay	304	282	797	770	207	57	132	103	21	—
Perú	3,612	1,218	1,360	172	115	—	—	—	—	—
Uruguay	3	—	16	7	1	45	42	2	—	—
Venezuela	2,181	280	109	72	13	2	4 ^d	—	—	—
Antillas Neerlandesas	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Guayana Británica	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—
Martinica	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—

— Ningún caso. ^a Datos correspondientes al Distrito Federal y a las capitales de los Estados, con excepción de Salvador 1953, y Niteroi 1955. Datos incompletos para el año 1959. ^b Incluyendo cuatro casos importados. ^c Estos casos no reúnen los requisitos propios del criterio generalmente aceptado para un diagnóstico de viruela. ^d Diagnóstico clínico sin evidencia epidemiológica.

CASOS NOTIFICADOS DE VIRUELA, POR DIVISIONES POLITICAS MAYORES EN LAS AMERICAS, 1959



por año de los casos de viruela notificados a la Oficina en el período 1950-1959. Este cuadro indica que, hasta 1959, en algunos países como Chile, México, Perú y Venezuela, donde anteriormente se observó una alta incidencia, no se han notificado casos de la enfermedad en años recientes, lo que indudablemente se debe a las campañas de erradicación llevadas a cabo por dichos países. En otros, como Bolivia, Paraguay y Colombia, el número de casos notificados ha venido disminuyendo, debido también a los programas desarrollados. En Centro América y el Caribe no han ocurrido casos en los últimos 5 años, con excepción de Panamá, donde en 1958 se presentó un brote de ocho casos en una población fronteriza con Colombia.

En 1959 se notificaron 13 casos en Argentina, 1,098 en el Brasil, 867 en Colombia, 1,184 en Ecuador, y 26 en Bolivia. En Chile, donde no se registraban casos desde 1954, se notificaron 3 casos importados, a los cuales siguió un caso autóctono secundario.

Para ayudar a los gobiernos a organizar y desarrollar programas de vacunación, la Oficina proporcionó asesoramiento técnico en la producción de vacuna antivariólica y suministró equipos a varios países para preparar vacuna desecada. Facilitó también a varios países la adquisición de vacuna lista para su uso. Proporcionó los servicios de

consultores especializados en la organización y desarrollo de campañas de vacunación, y becas para el adiestramiento del personal nacional. Ha facilitado, igualmente, los servicios de un laboratorio acreditado para determinar la pureza y actividad de las vacunas preparadas por los laboratorios nacionales.

El Cuadro XXVIII presenta la información más reciente llegada a la Oficina con respecto a las vacunaciones efectuadas en 1959 y el Cuadro XXIX la correspondiente a la producción de vacuna en 1958 y 1959.

A continuación se presenta un resumen del estado de las actividades desarrolladas por los países miembros durante el año 1959.

Actividades por países

En Bolivia ocurrieron en 1957 varios brotes en Cochabamba y en el Departamento de la Paz, por lo cual se efectuaron campañas de emergencia con vacuna desecada obtenida de Chile y Perú; después se inició un programa de alcance nacional, con el propósito de cubrir, como mínimo, al 80% de la población total del país, con vacuna facilitada por el "Institut de Vaccine" de Paris, y por el Instituto

CUADRO XXVIII. NUMERO DE VACUNACIONES ANTIVARIOLICAS EN LAS AMERICAS, POR PAIS, 1958 Y 1959

Area	1958	1959
Argentina	714,393	107,630 ^a
Bolivia	2,432,186	422,945
Brasil	4,139,772	7,856,294
Colombia	2,557,615	2,185,053 ^b
Costa Rica	25,395	15,820
Cuba	7,996	25,083
Chile	...	...
Ecuador	301,112	428,365 ^b
El Salvador	43,620	26,238
Guatemala	99,200	44,428
Haití	443,119	...
Honduras	32,328	17,824
México	3,000,000	3,000,000 ^a
Nicaragua	10,108	10,521
Panamá	48,610	29,335
Paraguay	594,003	589,361
Perú	1,273,017	441,445
República Dominicana	4,511	5,027
Uruguay	102,054	34,553 ^a
Venezuela	862,585	894,082
Guayana Británica	2,720	4,248
Belice	...	3,325 ^c
Martinica y Guadalupe	...	17,140

... No hay datos disponibles. ^a Hasta junio 30. ^b Hasta octubre 30. ^c Hasta noviembre 30.

CUADRO XXIX. PRODUCCION DE VACUNA ANTIVARIOLICA EN VEINTE PAISES DE LAS AMERICAS, EN 1957-1958 Y PRIMER SEMESTRE 1959

País	Número de dosis producida					
	1957		1958		1959 ^a	
	Vacuna glicerinada	Vacuna desecada	Vacuna glicerinada	Vacuna desecada	Vacuna glicerinada	Vacuna desecada
Argentina	20,000,000	110,000	6,500,000	83,000	4,099,400	...
Bolivia	...	...	...	37,000	...	363,000
Brasil	12,000,000	...	8,196,555	...	17,217,090	...
Colombia	6,688,300	550,600	2,125,800	4,087,980	2,125,800	5,260,225
Costa Rica	...	...	...	...	...	...
Cuba	190,000	...	180,000	...	150,000	50,000
Chile	2,500,000	500,000	862,500	885,000	600,000	510,000
Ecuador	...	942,425	161,830	337,900	...	1,210,820
El Salvador	221,500	...	210,000	...	125,660	...
Guatemala	143,000	...	92,345	...	214,105	...
Haití	...	...	...	...	...	...
Honduras	31,200	...	31,100	...	15,870	...
México	9,482,820	9,500	8,819,023	...	17,820,299	3,039,000
Nicaragua	25,870	...	35,880	...	12,350	...
Panamá	...	...	...	...	...	...
Paraguay	...	...	...	...	...	...
Perú	865,365	2,101,200	932,100	3,896,255	1,101,585	2,808,810
República Dominicana	...	...	...	...	...	...
Uruguay	1,500,000	110,000	2,100,000	...	1,726,700	...
Venezuela	...	...	6,000,000	200,000	4,751,000	...

... No hay datos disponibles. ^a Hasta junio 1959.

Nacional de Higiene del Perú. Se usó el procedimiento de casa a casa seguido, en los casos apropiados, por vacunaciones en centros temporales para aquellos que no fueron vacunados a domicilio. Toda la población fué vacunada, con excepción de los menores de 4 semanas y los gravemente enfermos o con afecciones de la piel. Para fines de 1959, se había alcanzado una cifra de 422,945 vacunaciones; y actualmente se está consolidando el programa por la extensión de la vacunación a ciertas áreas escasamente pobladas o que no han sido cubiertas todavía. Se están estableciendo servicios para mantener un alto nivel de inmunidad por medio de centros urbanos de vacunación y equipos rurales móviles. En este programa colabora activamente la Administración de Cooperación Internacional de los Estados Unidos. El laboratorio de preparación de vacuna desecada, cuyo equipo fue proporcionado por la Organización entró en su fase de producción, habiendo elaborado 363,000 dosis de vacuna desecada en el primer semestre de 1959.

En el Brasil la viruela constituye un serio problema de salud pública. En 1959 se notificaron 1,098 casos, siendo

principalmente afectadas las capitales de los Estados de Minas Gerais, São Paulo y Rio de Janeiro. La Organización ha proporcionado equipo de laboratorio para la producción de vacuna desecada a los Estados de Rio Grande do Sul y Pernambuco. Otro tanto se ha hecho recientemente con el Instituto Oswaldo Cruz en Rio de Janeiro. De los dos primeros, solo uno comenzó a producir vacuna. La Organización también otorgó una beca a un profesional médico para visitar centros científicos de producción de vacuna desecada.

En Chile, el programa normal de vacunación está a cargo de los servicios locales de salud pública, que procuran mantener el nivel de protección de la población, especialmente en las zonas rurales. Con motivo de tres casos importados de viruela y uno autóctono, las autoridades iniciaron un plan intensivo de vacunación. Se están adoptando, también, medidas para aumentar la producción nacional de vacuna antivariolítica desecada, para lo cual la Organización proporcionó en 1958 un equipo adicional.

En Colombia, la campaña nacional se inició en octubre de 1955 con el propósito de vacunar al 80 por ciento de la población, estimada en 9,600,000, en un período de cinco

años. El plan tiene también como objetivo incorporar la vacunación antivariólica a las actividades de los servicios locales de salud pública, en forma racional y orientada para mantener en forma permanente la inmunidad de la población. La Organización ha venido proporcionando los servicios de un consultor que coopera con las autoridades nacionales en el desarrollo del programa, facilitó también los servicios de un consultor en la producción de vacuna desecada, concedió becas en el exterior a tres profesionales para estudiar la producción de vacuna y la organización y desarrollo de campañas de vacunación y aporte de vehículos para el transporte de personal y equipo. El UNICEF proporcionó el equipo para la producción de vacuna desecada. Se ha llevado a cabo una campaña sistemática de vacunación—de casa en casa—en los Departamentos de Santander del Norte, Santander, Boyacá, Tolima, Cundinamarca Departamento Federal de Bogotá, Caldas, Valle, Antioquia y Cauca. Desde el comienzo del programa y hasta el 30 de octubre de 1959, se efectuaron 7,207,511 vacunaciones.

En 1958, el Ecuador inició un programa que tiene como objetivo vacunar, por lo menos, el 80 por ciento de la población del país en un plazo de 5 años. En 1958, hasta octubre, se realizaron 428,365 vacunaciones. Hasta igual fecha en 1959 el programa ha efectuado 729,477 vacunaciones. La Organización proporcionó en 1958 los servicios de un consultor por un período de tres meses, y en 1959 ha designado uno permanente para cooperar con el Gobierno en este programa.

Desde 1952 no han ocurrido casos de viruela en México, como resultado de una campaña que cubrió todo el territorio nacional. Se mantienen los niveles debidos de inmunidad mediante la vacunación regular efectuada por los servicios locales de salud pública.

En Paraguay, la campaña de vacunación comenzó en septiembre de 1957 con la cooperación de la Organización, habiéndose vacunado 1,371,973 personas hasta el 30 de diciembre de 1959, lo que representa alrededor del 80 por ciento de la población del país. Se espera dar término al programa intensivo de vacunación antivariólica y cubrir la totalidad del país en los primeros meses de 1960. Durante toda la campaña se ha usado vacuna glicerinada producida en el Uruguay.

En Perú, la campaña de erradicación se inició en octubre de 1950, con la colaboración de la Organización, y alcanzó a 7,672,892 personas, o sea, el 87 por ciento de la población del país. El resultado de ésta bien organizada campaña queda demostrado por el hecho de que no han ocurrido casos desde diciembre de 1954.

En Uruguay se organizó una campaña de vacunación en la zona fronteriza con el Brasil, la que se espera ampliar a todo el país.

En Venezuela se completó con éxito la campaña en todo

el territorio nacional, no habiendo ocurrido casos desde 1957. Con el fin de consolidar los resultados obtenidos se proyecta, entre otras medidas, aumentar la producción de vacuna desecada (la Organización ha provisto el equipo necesario), así como la integración de la vacunación antivariólica como actividad ordinaria de los servicios locales de salud pública. Durante 1959 fueron vacunadas 894,082 personas y se produjeron 4,751,000 dosis de vacuna glicerinada.

La campaña de erradicación de la viruela en las Américas avanza más lentamente de lo que se había previsto. Para lograr este objetivo en el Hemisferio se requiere el esfuerzo mancomunado de los países interesados, tanto para la protección de sus propios habitantes como para la seguridad de aquellos países que han adoptado ya las medidas necesarias para erradicar la enfermedad. Se sabe que, en muchos países, esta demora ha obedecido a dificultades de carácter administrativo y financiero, entre las cuales figuran el atraso en la adquisición de suministros y equipo, la falta de un número suficiente de personal disciplinado y debidamente remunerado, la carencia de medios adecuados de transporte y los deficientes sistemas de pago de los sueldos y gastos de viaje para el personal de campo.

Después de examinar el estado de la erradicación de la viruela en las Américas, el Consejo expresó su satisfacción por el hecho de que en algunos países americanos haya desaparecido ya esta enfermedad y de que en otros países del continente se desarrollen campañas nacionales e intensivas contra la misma. Se recomendó que los gobiernos presten especial atención a la continuación de los programas encaminados al mantenimiento de altos niveles de inmunidad, que inicien programas nacionales de vacunación antivariólica allí donde todavía no se hayan emprendido, y que estudien las formas de producción y almacenamiento de vacunas antivariólicas y faciliten a la OSP la información necesaria que permita conocer en todo momento las existencias de vacuna disponibles, para su empleo en el control de cualquier nuevo brote de viruela o en situaciones de emergencia.

Los gastos que es preciso efectuar para completar la campaña continental de erradicación de la viruela resultan relativamente pequeños en comparación con el enorme costo de las campañas de erradicación de otras enfermedades importantes. Cabe esperar que los gobiernos estarán en condiciones de asegurar las asignaciones necesarias, en sus presupuestos nacionales, para proseguir las actividades de erradicación.

Desde hace más de 150 años se dispone de una vacuna eficaz contra la viruela, cuya aplicación sistemática, debidamente organizada, basta para asegurar la protección completa de una población. No hay duda de que se puede y se debe lograr la erradicación de la viruela en las Américas.

Treponematosi

En 1959 la Organizaci3n continu3 colaborando con las administraciones sanitarias que desarrollan campa1as contra las treponematosi, por medio de asesoramiento t3cnico para proyectar, iniciar y desarrollar los servicios correspondientes y del env3o de consultores.

En Hait3, para noviembre de 1959, se habia logrado reducir a cero el n3mero de casos infecciosos de frambesia en los Departamentos del Noroeste, Norte, Artibonite y Oeste; y se trabajaba intensamente en el Departamento Sur para ubicar y tratar los 3ltimos casos de la enfermedad, calculados en unos 300, y que deben eliminarse a comienzos de 1960. Las actividades de vigilancia est3n organizadas en todo el pa3s y los casos que se notifican son cuidadosamente examinados e investigados epidemiol3gicamente. Hasta ahora, de los casos denunciados, solo por excepci3n se han comprobado formas infecciosas de frambesia, los que se han sometido a tratamiento, al igual que sus contactos. En los restantes, el diagn3stico ha correspondido a otro tipo de enfermedades diferentes de la frambesia.

En 1958 se hizo una encuesta en una muestra de poblaci3n seleccionada al azar, en zonas ya cubiertas por la campa1a de erradicaci3n de la frambesia, para determinar el n3mero de formas infectantes remanentes y orientar el juicio en su desarrollo futuro. Se examin3 a 82,905 personas, lo que represent3 el 2.3 % de la poblaci3n de Hait3 calculada en 3,600,000 habitantes. Los resultados que de ella derivaron condujeron a una nueva investigaci3n de casos en las distintas zonas, hasta llegar al estado actual de eliminaci3n de los mismos. Una nueva encuesta de alcance nacional que se espera iniciar a mediados de 1960, se har3 antes de que se declare la erradicaci3n de la enfermedad.

En la Rep3blica Dominicana la campa1a de erradicaci3n de la frambesia ha continuado su desarrollo normal. En 1958 la fase de b3squeda y tratamiento inicial, alcanz3 a siete provincias (Barahona, Bahoruco, Independencia, Pedernales, El Seibo, Altigracia y San Pedro de Macoris) y a nueve en 1959 (Benefactor, La Vega, Puerto Plata, San Rafael, Santiago, Santiago Rodr3guez, Montecristi, Valverde y Libertador). En 1958 se examinaron y trataron 433,682 personas y se encontraron 898 casos de formas infecciosas; y en 1959 las cifras llegaron a 818,412 y a 181 respectivamente. La segunda fase, de reexamen y tratamiento de los casos hallados y sus contactos, se inici3 en

1958 en las provincias de Saman3, Julia Molina, Duarte, S3nchez Ram3rez y Trujillo, habi3ndose terminado esta fase en 1959; y en este 3ltimo a1o se complet3 en las provincias de Espaillat, Salcedo, Trujillo Valdez y Azua.

En 1960 se espera terminar la fase de b3squeda de casos de frambesia en todo el pa3s; y se planea una encuesta de prevalencia en una muestra de poblaci3n seleccionada al azar para determinar el n3mero de formas infecciosas remanentes.

Durante el a1o se dict3 un curso para "practicantes" (personas adiestradas en algunas pr3cticas generales y espec3ficas de atenci3n y curaci3n de enfermos), con 15 asistentes, sobre los principales aspectos de la cl3nica, terap3utica, y epidemiol3gia de la campa1a de erradicaci3n de la frambesia; y que comprendi3 clases te3ricas, demostraciones pr3cticas y trabajo en el terreno.

Con el prop3sito de lograr un criterio uniforme para las actividades de erradicaci3n se prepararon instrucciones escritas, detalladas, del papel y funciones de los diversos funcionarios que en ella intervienen, tales como supervisores, jefes de brigadas y practicantes.

El programa de control de las enfermedades ven3reas en la Rep3blica Dominicana ha tenido avances importantes en 1959. Sus objetivos para el a1o se podr3an sintetizar como sigue: a) adiestramiento de personal, en sus diversos niveles t3cnicos; b) reorganizaci3n de los centros anti-ven3reos; c) coordinaci3n e integraci3n de las actividades anti-ven3reas en el trabajo regular de los servicios de salud p3blica. En relaci3n con lo primero, se dictaron tres cursos para m3dicos, a los cuales concurrieron 55 profesionales; as3 como un curso de venereol3gia para investigadores de contactos, con 15 asistentes. Entre 1957 a 1959 se han adiestrado 325 m3dicos y laboratoristas y 70 investigadores de contactos y practicantes de campo, lo que hace un total de 395 personas capacitadas en tres a1os de trabajo.

En la reorganizaci3n de los centros anti-ven3reos se ha continuado actuando con el prop3sito de uniformar este tipo de servicio en las diversas dependencias sanitarias y hospitalarias. En 1959 la atenci3n se dedic3 preferentemente a todos aquellos ubicados en el 3rea de Ciudad Trujillo. Un aspecto importante ha sido el perfeccionamiento y uniformidad en el diagn3stico serol3gico de la s3filis. El Gobierno ha hecho aporte de nuevos equipos de

laboratorio a diversos establecimientos con el espíritu de hacer más real y efectivos los cambios que se introducen.

Para tratar de la coordinación e integración de las actividades de control de las enfermedades venéreas en los trabajos habituales de los servicios de salud pública, se efectuaron reuniones de los médicos encargados de las clínicas anti-venéreas en la Secretaría de Estado de Salud y Previsión Social. El plan de coordinación se propone, entre otros, los siguientes objetivos principales: a) conocer la verdadera morbilidad venérea de acuerdo a una nomenclatura diagnóstica estándar; b) intensificar las actividades epidemiológicas mediante la notificación y búsqueda de las fuentes de infección actualmente no controladas; c) adoptar un plan terapéutico uniforme; y d) adoptar un sistema uniforme de investigación serológica.

Este plan de coordinación e integración, en la forma esbozada, significa proporcionar el máximo de servicios a la población de acuerdo con las facilidades disponibles; evitar la duplicidad de funciones y ampliar el campo de actividades de los centros preventivos y asistenciales existentes mediante una coordinación eficiente; y desarrollar un programa de control de las enfermedades venéreas mucho más completo que lo que se ha venido haciendo hasta el presente.

En mayo de 1959, el Gobierno de la República Dominicana dispuso la asistencia antivérea gratuita para las tripulaciones de los barcos mercantes nacionales y extranjeros que realizan el cabotaje o que llegan a los puertos de la República Dominicana.

La Organización continuó proveyendo servicios de consulta, en los aspectos epidemiológicos y de laboratorio para colaborar en los programas de erradicación de la frambesia y de control de enfermedades venéreas en la Región del Caribe.

En las áreas en donde la campaña se ha dado por terminada (San Cristobal-Nieves-Anguila, Granada, San Vicente, Santa Lucía, Dominica y Tabago), las actividades de vigilancia se cumplen con diferente intensidad y cuidado según el grado de prioridad que le han fijado las autoridades locales.

En Trinidad se completó la cobertura total del área endémica en junio de 1959, habiéndose alcanzado el 76 por ciento de la población y descubierto 49 formas infecciosas de frambesia. Una segunda revisión de la misma área se inició en julio, sin que se haya comunicado el hallazgo de nuevos casos.

En Jamaica, en donde se había logrado un progreso importante, se ha experimentado un retroceso notable como consecuencia de la supresión prematura de los equipos

encargados de la revisión y vigilancia. En 1959 se registraron 415 nuevos casos de formas infecciosas de frambesia; y se espera que las autoridades sanitarias de Jamaica dispondrán pronto la reiniciación, en forma metódica y ordenada, de las actividades suspendidas de modo que se pueda llegar a la erradicación definitiva de la enfermedad.

Las autoridades sanitarias de la Guayana Británica, con la cooperación de Consultor internacional, planean la realización de una encuesta para determinar la prevalencia actual de la frambesia.

El Gobierno del Brasil inició una campaña de erradicación de la frambesia en septiembre de 1956. Por aquella época se calculó que existirían alrededor de 600,000 casos infecciosos en las áreas endémicas. En agosto de 1959 se estimaba que esta cifra, después de 3 años de trabajo, estaba reducida a 100,000. La campaña comprende dos fases: a) tratamiento en masa de casa en casa, de la población de las áreas en donde la frambesia es endémica, con penicilina lenta a la dosis de 1,200,000 unidades para los enfermos mayores de 15 años y de 600,000 unidades para los menores de 15 años y para los contactos; y b) encuestas periódicas para determinar la prevalencia residual en las áreas ya cubiertas y vigilancia de las áreas tratadas para descubrir los casos que se han incorporado a la comunidad, ya sean nuevos o que escaparon al tratamiento inicial. Para los efectos del tratamiento se considera como enfermo de frambesia toda persona que presente ulceraciones en su piel.

Hasta el presente, la campaña ya ha alcanzado a 402 municipios de 14 estados y 3 territorios; y ha beneficiado a 9,600,000 personas del área rural de una zona de 3,550,000 kilómetros cuadrados. La prevalencia de la enfermedad, en los grupos examinados, ha variado de 3.8 por ciento en Rio Grande del Norte a 27.1 por ciento en Minas Gerais.

Después de la cobertura inicial, en que se encontró una prevalencia promedio de 7.1 por ciento para el país en general, se han efectuado dos revisiones posteriores, la primera de las cuales cubrió 2,443,786 personas y la segunda 2,100,251 y que revelaron una prevalencia de 2.2 por ciento y 1.8 por ciento, respectivamente. Actualmente hay una tercera en desarrollo. La evaluación está a cargo de equipos especializados compuestos por un médico y cinco inspectores. En el futuro próximo, la campaña se extenderá a los Estados de Goiás y Mato Grosso. Hasta agosto de 1959 se visitaron 1,900,000 casas; se examinaron 7,185,227 personas; y se trataron 515,637 enfermos y 430,034 contactos.

Los últimos informes a disposición de la Organización indican que en Venezuela, desde el comienzo de la campaña de erradicación de la frambesia se han tratado 372,835 personas, lo que equivale, aproximadamente, al 80 por ciento de la población expuesta.

Poliomielitis

El único medio adecuado para controlar la poliomiélitis sigue siendo el empleo de una vacuna eficaz y práctica. Las limitaciones de la vacuna Salk, o de virus muerto, señalan la necesidad de un tipo más satisfactorio de agente inmunizante contra esta enfermedad.

Es un hecho aceptado en inmunología que la protección más efectiva contra una enfermedad por virus es la que se obtiene al contraer la enfermedad y sanar de ella. Por tanto, la vacunación ideal sería una capaz de producir la duradera inmunidad que confiere la infección natural, e inducida por agentes vivos pero modificados o atenuados a fin de que no causen la enfermedad identificada clínicamente con sus posibles secuelas perniciosas. Un ejemplo excelente de tal vacuna, disponible en la actualidad para la inmunización del hombre, es la de la fiebre amarilla.

Durante la pasada década se ha hecho un considerable acopio de experiencia en relación con el uso de cepas de virus poliomiéltico vivo atenuado como vacuna anti-poliomiéltica.

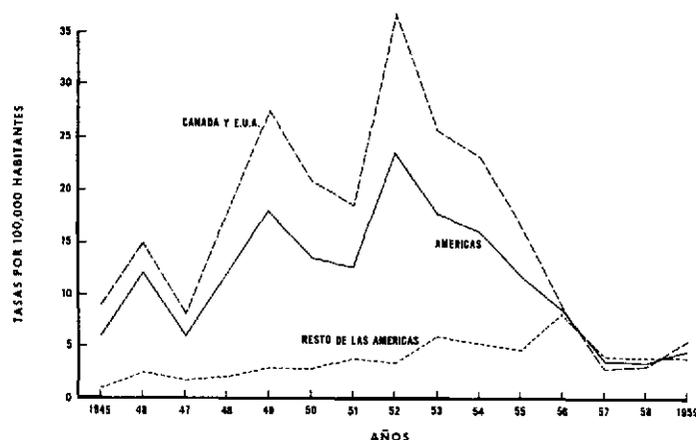
Al cultivar el virus en condiciones especiales, se han producido cepas atenuadas que parecen tener un alto grado de eficacia inmunizante y ser inocuas. La Organización Panamericana de la Salud ha sido precursora al estimular y colaborar en los estudios de campo sobre este tipo de vacuna, incluyendo el primer programa de vacunación colectiva con los tres tipos de virus poliomiélticos, en la población de Andes, Colombia, en mayo de 1958. Desde entonces, más de 450,000 niños han recibido la vacuna de virus atenuado en Colombia, Costa Rica y Nicaragua, mediante programas patrocinados y asistidos por la OSP; en ningún caso se observaron, en los individuos vacunados ni en sus allegados, reacciones adversas.

Estudios de vacunas de virus poliomiéltico vivo

En el informe del año pasado se describen al detalle los programas realizados en Colombia y Nicaragua.

Costa Rica. En 1954, Costa Rica sufrió una de las más graves epidemias de poliomiélitis de tipo 1 conocidas en la historia de la medicina. En una población de un millón de habitantes, aproximadamente, hubo 1,081 casos de poliomiélitis parálitica. Desde entonces, el nivel endémico de la enfermedad ha ido creciendo constantemente y en 1956 volvió

CASOS NOTIFICADOS DE POLIOMIELITIS POR 100,000 HABITANTES EN LAS AMERICAS, CANADA Y ESTADOS UNIDOS Y EN EL RESTO DE LAS AMERICAS, 1945-1959



a ocurrir otra epidemia aunque de menor importancia. De 1956 a 1958 se llevó efecto un programa de vacunación con vacuna Salk, pero fue gradualmente interrumpido al hacerse patente que los recursos económicos del país no podían sufragar el costo de una campaña adecuada hecha con esta vacuna.

El 16 de marzo de 1959 se inició, con la colaboración de la OSP, un programa de alcance nacional para la vacunación con vacuna de virus poliomiéltico vivo (Costa Rica—19). Primero se administró virus del tipo 2, seguido de los de tipos 1 y 3, a intervalos de un mes, aproximadamente. En las zonas urbanas se utilizó, casa por casa, la vacuna monovalente, pero esto resultó difícil en las zonas rurales del país, donde la población está muy esparcida. Por consiguiente, se aplicó una vacuna trivalente, en dos dosis separadas por un intervalo de 8 semanas. A finales de año, 120,327 niños menores de 11 años habían recibido los tres tipos de virus en el programa de vacuna monovalente, y 89,138 niños habían sido vacunados con la vacuna trivalente. Se espera que este programa se extienda a 350,000 niños y se complete en abril de 1960. La aceptación de la vacuna ha sido casi universal. No ha habido el menor incidente en relación con la inocuidad de las cepas.

CUADRO XXX. CASOS DE POLIOMIELITIS NOTIFICADOS EN LAS AMERICAS Y TASAS POR 100,000 HABITANTES, 1955-1959

Area	1955		1956		1957		1958		1959 ^a	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa
Argentina ^b	435	2.3	6,496	33.3	760	3.8	842	4.2	998	4.8
Bolivia	1 ^b	0.0	18 ^b	0.5	14	0.4	3 ^b	0.1	5 ^b	0.2
Brasil ^c	368	4.1	698	7.4	722	7.6	1,032	10.5	432 ^d	...
Canadá ^e	1,021	6.5	607	3.8	273	1.6	323	1.9	1,778 ^b	10.2
Chile	416	6.2	719	10.4	333	4.7	328	4.5	495	6.6
Colombia ^f	155	1.4	108	0.9	169	1.4	230	1.9	187	...
Costa Rica	45	4.7	170	17.2	51	4.9	63	5.9	22	2.0
Cuba	267	4.4	56	0.9	96	1.5	103	1.6	288	...
República Dominicana ^b	—	—	18	0.7	4	0.1	5	0.2	...	...
Ecuador	40	1.1	30	0.8	42	1.1	37	0.9	42	1.0
El Salvador ^{b, f}	9	0.9	54	4.9	68	5.9	43	3.4	59	...
Guatemala	86	2.6	146	4.4	107	3.1	85	2.4	155	...
Haití	—	—	15	0.4	45	1.3	238	7.0	122	3.5
Honduras	...	...	17	1.0	20	1.1	87	4.8	13	0.7
México ^b	1,824	6.1	594	1.9	1,562	5.0	904	2.8	1,835	5.5
Nicaragua ^b	113	9.1	48	3.7	68	5.1	255	18.5	16	...
Panamá	9	1.0	144	15.3	8	0.8	11	1.1	23	2.2
Paraguay ^f	37 ^b	5.2	115	12.3	35	3.4	18	1.6	24	...
Perú ^f	203	4.9	294	6.7	291	6.1	491	10.1	426	...
Estados Unidos	28,985	17.6	15,140	9.1	5,485	3.2	5,787	3.3	8,577 ^g	4.9
Uruguay	551	21.1	71 ^b	2.7	49 ^b	1.8	162 ^b	6.0	54 ^b	...
Venezuela ^f	390	11.7	340	9.8	468	13.0	359	9.6	399	...
Alaska	57	27.3	11	5.3	4	1.9	2	1.0	^h	^h
Bahamas	—	—	—	—	2 ^b	1.6	1	0.8	7	...
Bermudas	—	—	—	—	1 ^b	2.4	—	—	—	—
Guayana Británica	2	0.4	4	0.8	100	19.4	—	—	2	...
Belice	1	1.3	—	—	—	—	6	7.1	9	...
Zona del Canal	4	10.3	16	43.2	—	—	1	2.8	1	...
Guayana Francesa	—	—	9	30.0	—	—	—	—	—	—
Guadalupe	13	5.5	4	1.6	—	—	1	0.4	1	...
Hawai	185	33.0	62	10.6	10	1.6	78	12.3	5	0.8
Martinica	2	0.8	—	—	—	—	—	—	—	—
Antillas Neerlandesas	15	8.2	21	11.4	—	—	3	1.6	—	—
Puerto Rico	434	19.2	54	2.4	44	1.9	48	2.1	9	0.4
Trinidad y Tabago	16	2.2	9	1.2	300	39.2	27	3.4	14	1.7
Islas Vírgenes (EUA)	1	4.2	—	—	—	—	—	—	...	...
Indias Occidentales:										
Barbada	—	—	—	—	1	0.4	—	—	6	...
Dominica	—	—	7	11.3	9	13.8	—	—	—	—
Granada	...	...	...	...	31	34.4	—	—	—	—
Jamaica	71	4.6	14	0.9	395	24.8	92	5.6	17	...
San Cristóbal-Nieves-Anguila	—	—	1	1.8	—	—	—	—	1	...
Santa Lucía	1	1.1	8	9.0	4	4.4	—	—	—	—

— Ningún caso. ... No hay datos disponibles. ^a Provisional. ^b Poliomiélitis paralítica. ^c Distrito Federal y Capitales de Estado, excepto Niteroi, 1955, 1957 y 1958. ^d Seis meses. ^e Excluidos los Territorios del Noroeste, 1955-1958. ^f Zona de notificación. ^g Los datos correspondientes a Estados Unidos incluyen Alaska.

Con la colaboración del Grupo de Estudios sobre Poliomiélitis, de la Universidad de Yale (EUA), se inició en el pueblo de Heredia, cercano a San José, un proyecto encaminado a evaluar el problema de la interferencia en la inmunización por virus poliomiélico vivo. En este estudio, se está considerando en primer lugar el papel de los enterovirus, como posibles agentes de interferencia, y la parte que desempeñan las moscas en la propagación de dichos virus.

Nicaragua. A continuación de un aumento repentino de casos de poliomiélitis parálítica, ocurrido en Nicaragua a primeros de julio de 1958, se llevó a cabo en Managua, capital del país, un programa colectivo, casa por casa, encaminado a la vacunación rápida de todos los niños de 2 meses a 10 años de edad. Ya a que la epidemia fue identificada como debida al virus poliomiélico de tipo 2, la vacunación se comenzó con cepas del tipo 2 y se continuó con las de los tipos 3 y 1, a intervalos de tres semanas. Para las fechas en que el programa quedó terminado (15 de mayo, de 1959), aproximadamente 50,000 niños habían recibido los tres tipos de virus, en el Departamento de Managua.

Después de haber iniciado en Managua el programa de vacunación por vía oral, se notificaron tres casos de poliomiélitis parálítica ocurridos dentro de la zona de operaciones, pero ninguno de ellos tuvo lugar en niños vacunados o en sus contactos. Durante los ocho meses siguientes, no se notificaron en Managua más casos de poliomiélitis; este hecho no había sido observado desde hacía ocho años y medio. Entre el 15 de junio y el 1º de diciembre de 1959, se notificaron en dicha capital dos casos de poliomiélitis, diagnosticados clínicamente, en niños que habían sido vacunados hacía 8 y 11 meses, respectivamente. Ambos casos representan, probablemente, fallos de la vacuna.

Primera Conferencia Internacional sobre Vacunas de Virus Poliomiélico Vivo

Patrocinada por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, y con el apoyo económico de la Fundación Sister Elizabeth Kenny de Minneapolis, Minnesota, se celebró en Washington, del 22 al 26 de junio de 1959, una Conferencia Internacional, con el objeto de que los profesionales que trabajan en el campo de la vacunación con virus poliomiélicos vivos tuvieran ocasión de confrontar sus experiencias y de facilitar medios para difundir la información reunida. Asistieron a la Conferencia 61 científicos procedentes de 17 países y se discutieron y evaluaron informes referentes a más de cinco millones de vacunaciones. En el resumen oficial de la Conferencia se indica que: "no se han presentado pruebas de que al empleo de ninguna de las vacunas hayan seguido parálisis o enfermedades mal definidas en uno ni en otro grupo, en cantidad mayor que la observada en un grupo de control o en la colectividad en general entre personas no vacunadas". Con respecto a la eficacia se añade que: "los estudios han mostrado uniformemente aumentos importantes de anticuerpos para los tres tipos de virus y, por consiguiente, el valor

protector que se presume". Sin embargo, debido "a que, como es sabido, la tasa de ataque de la poliomiélitis parálítica es baja, así como a la extrema variabilidad con que la enfermedad tiene lugar y al escaso tiempo transcurrido desde la administración de las vacunas", no ha sido posible "arrojar luz sobre la valía de las vacunas en la prevención de la parálisis".

La OSP, en colaboración con la Fundación Sister Elizabeth Kenny, ha publicado las actas de esta Conferencia (PASB Scientific Publication No. 44) y se tiene en proyecto una segunda Conferencia, que se celebrará en Washington, D. C., del 6 al 10 de junio de 1960, dedicada a evaluar de nuevo los problemas biológicos y epidemiológicos que todavía existen en relación con esta vacuna.

Laboratorio de cultivos tisulares

Este laboratorio fue establecido por la OSP, en cooperación con el Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad del Valle, de Cali, Colombia, con los fines siguientes: a) proporcionar asistencia de laboratorio a los estudios relacionados con los programas de vacunación con virus poliomiélicos vivos, y b) adiestrar al personal local e internacional en las técnicas de los cultivos tisulares y celulares aplicadas a la virología, en condiciones comparables a las existentes en los laboratorios de sus respectivos países.

El laboratorio empezó a funcionar en febrero y durante el año colaboró en la fase de vigilancia de los programas en Colombia y Costa Rica compartiendo con el grupo de Investigación para Mesoamérica del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, establecido en Panamá, la responsabilidad relativa a este último programa.

En el laboratorio se celebró un curso internacional sobre técnicas de cultivos tisulares y celulares aplicados a la virología, que duró cuatro semanas y al que asistieron 10 alumnos procedentes de ocho países (Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Perú, Uruguay y Venezuela). El curso se inició el 16 de noviembre y en él se concedió especial importancia al uso de equipo sencillo, como el existente en la mayoría de los laboratorios, y al empleo de medios de cultivo poco costosos para mantener en propagación continua las cepas celulares establecidas.

El curso se ofrecerá de nuevo en 1960, con ampliaciones que comprendan otros aspectos de la virología.

Actividades de rehabilitación

En agosto, y mediante la colaboración de la Fundación Sister Elizabeth Kenny, la Organización proporcionó a la República Dominicana, los servicios de un experto en rehabilitación y de dos consultores en fisioterapia; los servicios del primero fueron por un período de dos semanas y los de los últimos de tres meses. Este personal cooperó con las autoridades sanitarias en la evaluación de la extensión del brote de poliomiélitis ocurrido en el país a primeros de año, colaboró en la organización de una unidad dedicada a

la atención de casos agudos, y ayudó a procurar medios y personal para la rehabilitación física de tales casos en la fase subaguda.

Se estableció un programa de adiestramiento básico para instruir a un pequeño grupo de médicos y enfermeras selec-

cionados, en la fisioterapia y cuidados de enfermería para los pacientes poliomielíticos, y se espera que dicho programa proporcione un núcleo de personal capacitado para continuar el tratamiento de dichos pacientes y de otros que necesiten atenciones similares.

Tuberculosis

En la preparación de los programas para el control de la tuberculosis, al igual que para cualquier otra enfermedad transmisible, ha sido necesario considerar ciertos principios generales, tales como: a) el objetivo de los programas debe ser la protección de las personas sanas y no solamente la atención de los enfermos; b) las medidas para el control de las enfermedades transmisibles deben dirigirse, primeramente, a la prevención de la transmisión del agente infectante, acompañadas de aquellas otras que tiendan a disminuir el riesgo de enfermar en las personas expuestas; c) las medidas de control deben aplicarse en amplia escala y su aplicación debe basarse en el conocimiento sólido de donde existe el agente infectante en la comunidad (el hombre, animales y ambiente), como se transmite a las personas sanas y las condiciones bajo las cuales la infección se convierte en enfermedad; d) los métodos y técnicas que se usan deben ser simples, efectivas, aplicables en gran escala a un costo y con un personal que pueda ser financiado por la comunidad y que ocasionen las menores incomodidades posibles en la vida normal de las personas.

Con el advenimiento de nuevas drogas antituberculosas de eficacia reconocida, el desarrollo de métodos sencillos de radiografía del tórax y el progreso continuo en los métodos de preparación de la vacuna contra la tuberculosis, ha sido posible formular programas de salud pública en contra de la enfermedad.

De acuerdo con las ideas antes expuestas, las actividades en el campo de la tuberculosis han estado y continuarán dirigidas hacia los siguientes: 1) Encuestas de prevalencia en una muestra representativa de la población, tanto para determinar la cuantía y extensión del problema, como para evaluación posterior de la eficacia del programa de control.

La encuesta de prevalencia de la tuberculosis que se esperaba iniciar en Argentina en 1959, por razones diversas, debió postergarse para 1960. Un equipo especializado tendrá a su cargo el desarrollo de la misma.

Un acuerdo entre el Gobierno del Perú, el UNICEF y la OPS permitirá el desarrollo de una encuesta de prevalencia de la tuberculosis en todo el territorio peruano. El Gobierno de México ha solicitado la cooperación de la OPS para realizar, también, una encuesta de prevalencia de la tuberculosis en todo el territorio mexicano; 2) *Proyectos regionales y nacionales de prevención de la tuberculosis*, basados en técnicas y procedimientos modernos para el control de dicha enfermedad.

En la República Dominicana, se hicieron 538,287 pruebas de tuberculina y se aplicaron 322,257 vacunas BCG, entre noviembre de 1958, en que se inició el trabajo a base del acuerdo, sobre el programa de vacunación con BCG, concertado por el Gobierno, el UNICEF y la OPS/OMS, y noviembre de 1959.

El Gobierno de Guatemala, al terminar satisfactoriamente un programa nacional de vacunación con BCG, en 1958, decidió abordar en forma más completa el problema de la tuberculosis en el país, mediante un programa nacional de control cuyos propósitos fundamentales son: a) descubrir y tratar el mayor número de enfermos en el país; b) tratar a sus convivientes mientras dura la contagiosidad de sus focos familiares; y c) acercarse lo más posible y en el período más breve, a la meta final de erradicación de la tuberculosis. Con la asesoría de un consultor de la Organización, el Ministerio de Salud formuló un plan nacional de seis años que fue puesto en práctica el 1º de septiembre, de 1958, en el Departamento de Escuintla. Este departamento, vecino al

de Guatemala, constituyó el objetivo de la primera etapa del plan nacional y se consideró como un plan piloto. Si los resultados de ésta primera fase demuestran que el programa es viable y efectivo, se extenderá progresivamente a otras áreas hasta incluir todo el territorio nacional.

El método consiste en: a) examen abreugráfico en masa de la población mayor de 15 años y exámenes complementarios (radiológico-bacteriológico) de aquellos que presentaren imágenes pulmonares anormales; b) examen abreugráfico o radiográfico (según las edades) de los convivientes con enfermos tuberculosos confirmados o con portadores de imágenes pulmonares anormales; c) tratamiento intensivo con isoniacida de los enfermos, durante dos años, o por lo menos, hasta tres meses después de la negativización bacteriológica y de los convivientes sanos durante un período de seis meses, o hasta la negativización bacteriológica del caso en contacto.

Desde el 1º de septiembre de 1958 hasta el 31 de agosto de 1959, se tomaron e interpretaron 80,252 fotofluorografías, encontrándose imágenes anormales en 3,472, o sea en el 4.3 por ciento. De éstos, 3,230 (93 por ciento) completaron sus exámenes y se confirmaron como tuberculosos 2,422 (69.7 por ciento). De los casos confirmados, el 50 por ciento

presentaron formas mínimas, el 30 por ciento formas moderadamente avanzadas, y el 24 por ciento formas avanzadas.

De un total de 2,553 personas sometidas a tratamiento a base de isoniacida exclusivamente por considerárseles inicialmente como presuntos enfermos, 542 fueron eliminados por razones varias. De los 2,011 restantes, 1,693 (84.2 por ciento) siguieron el tratamiento en forma regular, 42 (2.2 por ciento) lo hicieron en forma irregular, 74 (3.6 por ciento) no siguieron el tratamiento y de 199 (9.8 por ciento) no fue posible obtener información.

La Organización ampliará su contribución a éste programa aportando un personal especializado en aspectos diversos de la tuberculosis.

Falta aún determinar métodos mejores para evaluar el consumo de la droga. Se tratará, durante 1960, de perfeccionar el sistema de distribución de la misma; 3) Adiestramiento de personal nacional en las nuevas técnicas y procedimiento para la realización de encuestas de prevalencia y para la organización y desarrollo de programas de control de la tuberculosis. Con este propósito se concedieron becas a cinco médicos, (2 del Brazil, 1 de Chile, 1 de Honduras y 1 del Perú), para estudios en el extranjero.

Lepra

Para fomentar y coordinar eficazmente la lucha contra la lepra en las Américas se requiere un estudio detallado de la magnitud y alcance del problema.

En consecuencia, se han venido realizando, progresivamente, encuestas epidemiológicas en varios países y territorios de la Región, con la finalidad primordial de obtener un mejor conocimiento del problema así como de los recursos humanos y materiales de que disponen los países. A medida que la Organización ha llevado a cabo estos estudios, se ha prestado también ayuda a los países para organizar programas nacionales de control de esta enfermedad.

En 1955 un consultor completó unas encuestas en Surinam y Trinidad, y en 1956, en la Guayana Británica, la Guayana Francesa, Granada, Guadalupe, Martinica y Santa Lucía. En 1957 los estudios se extendieron a Bolivia, Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú, y, en 1958, a la Argentina, Costa Rica, Jamaica y Uruguay. Durante 1959, el consultor llevó a cabo encuestas en El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y Belice. Se espera que estas encuestas se completen en 1960.

Centro América y Panamá

A juzgar por los datos de que se dispone, la prevalencia de la lepra en Centro América y Panamá es notablemente baja. El Cuadro XXXI muestra los datos correspondientes a 1958 y 1959, por país o área:

CUADRO XXXI. PREVALENCIA DE LA LEPRO EN CENTRO AMERICA Y PANAMA, EN 1958 Y 1959, POR PAIS O AREA

País o área	Población	Número total de casos	Número de casos por 100,000 habitantes
Total	11,122,630	1,015	9.0
Costa Rica	1,033,128	493	37.0
El Salvador	2,434,430	153	6.8
Guatemala	3,497,888	85	2.4
Honduras	1,769,906	47	2.0
Nicaragua	1,334,332	115	8.0
Panamá	974,950	121	12.0
Belice	78,004	1	1.8

Basado sobre estos datos estos países se incluyen entre las áreas de endemicidad muy baja, donde es innecesario el levantamiento de un censo general para descubrir nuevos casos de lepra lo que permite, en cambio, concentrarse en todas las actividades relacionadas con la vigilancia de los contactos.

Entre los casos existentes en esa zona, se observa regularmente un marcado predominio de las formas contagiosas, lo que demuestra que la enfermedad endémica tiene grandes posibilidades de propagarse. La situación es distinta en Honduras. En este país el porcentaje de formas clínicas es precisamente contrario al anterior, puesto que el tipo de casos que predomina es el no contagioso, tuberculoide. Sin embargo, se ignora la causa o los factores epidemiológicos que justifiquen este contraste, y resultan particularmente difíciles de comprender ante el hecho de que todos los casos que se originan en Honduras y residen fuera del país (El Salvador y Belice) presentan formas clínicas clasificadas dentro del tipo lepromatoso.

CUADRO XXXII. DISTRIBUCION DE CASOS CONOCIDOS DE LEPRO EN CENTRO AMERICA Y PANAMA, POR FORMA CLINICA (CASOS REGISTRADOS HASTA 1959)

País	Forma clínica				
	Lepromatosa	Tuberculoide	Indeterminado	Amorfa	Sin Indicación
Costa Rica	56%	20%	18%	0.2%	4%
El Salvador	54%	18%	28%	—	—
Guatemala	81%	7%	10%	2%	—
Honduras	28%	53%	19%	—	—
Nicaragua	90%	8%	2%	—	—
Panamá					

— Ninguno.

Es difícil entender por qué en una zona como Centro América y Panamá, en que la enfermedad tiene tal poder de propagación y donde no se aplican medidas adecuadas de control, las tasas de prevalencia no sean más altas que las registradas. Parece probable que la explicación estriba en las técnicas de búsqueda y hallazgo de casos.

El ejemplo de Costa Rica es bien convincente a este respecto. En este país existe una buena organización de lucha preventiva contra la lepra, que lleva a cabo amplias actividades de búsqueda de casos nuevos, mediante una estricta vigilancia de los contactos, y, al parecer por eso, las tasas de prevalencia de la lepra son allí marcadamente más elevadas que las de otros países de la zona.

A juzgar por la información de que se dispone, no hay en Costa Rica factores epidemiológicos, sociales, sanitarios o económicos más favorables para la diseminación de la enfermedad que los de cualquier otro país. Dada la identidad esencial de la capacidad de propagación de la enfermedad y

la existencia de otros factores epidemiológicos constantes, la diseminación de la lepra en los demás países de la zona debería ser casi igual que la que se registra en Costa Rica.

Los escasos datos de que se dispone muestran que la enfermedad predomina en los grupos de edad más avanzada, con una mayor prevalencia de las formas lepromatosas, lo que indica que el descubrimiento de casos se produce demasiado tarde.

La distribución de focos en los países de Centro América constituye uno de los curiosos aspectos de la enfermedad endémica. En primer lugar hay que señalar el hecho de que la enfermedad está localizada en algunas áreas, en que se ha concentrado un gran porcentaje de pacientes. En segundo lugar, se encuentran otros lugares con un reducido número de focos—dos o tres casos—esparcidos por localidades de los mismos departamentos o provincias. Así pues, el área abarcada por la enfermedad es reducida, lo cual facilita considerablemente la ejecución de un programa de control.

Hay que mencionar también la distribución geográfica de la lepra endémica en el área. La situación es la siguiente: a) en Costa Rica y en Panamá, las áreas en que la lepra muestra mayor intensidad están situadas a lo largo de la costa del Atlántico; b) en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, estas áreas, se encuentran, por el contrario, a lo largo de la costa del Pacífico; c) existen ciertas áreas contiguas, de lepra, que son las siguientes:

- Zacapa (Guatemala)
- La Unión (El Salvador)
- Valle (Honduras)
- Limón (Costa Rica)
- Chalatenango (El Salvador)
- Choluteca (Honduras)
- Chinandega (Nicaragua)
- Bocas del Toro (Panamá)

La situación fronteriza de estos focos hace todavía menos comprensible la naturaleza del foco de Honduras, puesto que la forma tuberculoide que predomina allí está “encajonada” entre formas predominantemente lepromatosas.

En resumen, los estudios realizados por la Organización revelan que si bien el problema de la lepra en Centro América y Panamá no alcanza las proporciones que se observan en ciertos otros países, existen focos activos de la enfermedad que podrían controlarse fácilmente con la modernización de las técnicas utilizadas y la ampliación de las actividades de los servicios de salud pública. La limitación del propio problema indica la necesidad de llevar a cabo un adecuado programa encaminado a controlar eficazmente los focos existentes y evitar su propagación a otras zonas. Con este fin, la Organización ofrecerá servicios especializados, en 1960, a todos los países de la zona.

México

A pesar de las diferencias existentes, como las que mencionan los propios leprólogos nacionales, en México, es,

quizás, el lugar del Continente Americano donde mejor se conoce la lepra endémica. Considerada en conjunto, la zona endémica de México, con una tasa de prevalencia de 42 por 100,000 habitantes, puede clasificarse como de medianas proporciones. Ningún estado de la República está libre de la enfermedad, pero hay dos áreas principales que pueden distinguirse fácilmente: a) Un área de elevada endemicidad (tasas de prevalencia de 50 a 300 por 100,000), que forma una franja continua a lo largo de la costa del Pacífico (Sinaloa, Nayarit, Jalisco, Colima y Michoacán), penetrando en algunos estados centrales (Aguascalientes, Guanajuato y Querétaro) hacia el Atlántico. En una población calculada en 7,187,300 habitantes, distribuidos por un área de 280,323 Km², hay 10,424 casos de lepra, (que representan un 76 por ciento del total de casos conocidos), hecho que demuestra la importancia del problema de salud pública en esa región; b) un área de baja endemicidad, que abarca zonas en que las tasas de prevalencia no llegan a 50 por 100,000 habitantes. En algunas zonas, normalmente contiguas a las de alta endemicidad, la tasa de prevalencia es de 10 a 50 por 100,000 como en Sonora, al norte, Durango y Zacatecas, desde el centro hacia el norte, la ciudad de México, incluido el Distrito Federal; Morelos desde el centro hacia el Atlántico, y Guerrero, en el Pacífico. Vera-

cruz y Yucatán quedan aislados en el Golfo de México. En las restantes áreas del país, la tasa de prevalencia está por debajo de 10 por 100,000.

Otros países

La Organización continuó colaborando en los programas de control de la lepra llevados a cabo por los gobiernos de Colombia (Colombia—19) y Paraguay (Paraguay—9).

Se suspendieron los exámenes colectivos de grupos de población, en el Paraguay y, en su lugar, las actividades se concentraron en la asignación de personal, vehículos y materiales a los centros de salud de las zonas ya examinadas. Según los datos disponibles, 2,235 pacientes (71.6 por ciento del total) están sujetos regularmente a tratamiento y a control epidemiológico. El número de pacientes que se hallaban registrados en junio ascendía a 3,164, lo que representa una tasa de prevalencia de 130 por 100,000.

En Argentina prosiguieron las gestiones encaminadas a la ejecución de un programa nacional de control de la enfermedad. La Organización cooperó en la preparación del plan, y se espera que el UNICEF aporte los materiales. El Ministro de Asistencia Social y Salud Pública presentó al Congreso un proyecto de ley que modifica la legislación anterior sobre lepra.

Enfermedades filariásicas

En la última parte del año, un funcionario de la Oficina Central de la OMS con experiencia especial en estas enfermedades, visitó muchos de los países de la Región, con el propósito específico de observar los laboratorios existentes y examinar los lugares y las posibilidades para el establecimiento de otros nuevos, con el fin de colaborar en el programa de investigaciones de la OMS. Además de las áreas en que la presencia de la enfermedad es bien conocida, hay cierto número de países cuyos funcionarios informaron de ciertas pruebas o indicios de la existencia de una o más enfermedades de esta clase, y mostraron interés en determinar su extensión y magnitud.

La filariasis ha sido comprobada en el nordeste de Brasil, Colombia, Venezuela, las Guayanas y algunas islas de las Indias Occidentales. La enfermedad es especialmente importante en la Guayana Británica y en Surinam, como lo indican las tasas de prevalencia y la existencia de programas específicos de control. Para el 26 de octubre de 1959, en Surinam habían 22,031 pacientes registrados. En la

Guayana Británica, de 839 personas que se ofrecieron voluntariamente para someterse a análisis de sangre, en una feria anual, resultaron positivas el 12 por ciento.

En el curso del año, un consultor internacional en filariasis visitó la Guayana Británica y Surinam para asesorar en la evaluación de los problemas y programas actuales. El consultor hizo una serie de recomendaciones, que se presentaron a las autoridades sanitarias correspondientes, en relación con los estudios epidemiológicos y clínicos que se necesitan, el entrenamiento y uso del personal y el mejoramiento de los programas de control.

La aparición y persistencia de la filariasis humana constituye un complejo polifacético de relaciones entre el huésped y el parásito, influido por una serie de factores, entre ellos la ecología particular de cada insecto vector, las costumbres de los habitantes, las características del medio ambiente, la densidad de la población humana y los posibles reservorios animales. Comparado con el que se posee en otras enfermedades, el conocimiento sobre la epidemiología

de la filariasis y las técnicas para su control es relativamente rudimentario por lo que en la Región se necesitan más estudios sobre la extensión del problema y sobre las medidas prácticas de control.

La oncocercosis existe en Guatemala, México y Venezuela, llegando la prevalencia de la infección hasta el 80 a 100 por ciento de la población en algunas áreas. Es posible que también exista en otros países donde el medio es favorable a esta enfermedad.

Las medidas de lucha consisten en el tratamiento de los enfermos e infectados y en el control o erradicación de los simúlidos vectores. El tratamiento con las drogas disponibles tiene un efecto lento y dudoso en los gusanos adultos, lo cual permite la producción de nuevas microfilarias; se requiere, pues, un largo período de tratamiento, y los resultados son inseguros. La eliminación de criaderos

de simúlidos o el rociamiento con insecticidas de los mismos, producen buenos resultados, allí donde se pueden llevar a la práctica, pero en ciertas áreas, muchos de ellos son inaccesibles.

En 1959 se facilitaron a Venezuela los servicios de un consultor especializado que colaboró con las autoridades nacionales en la planeación e iniciación de una encuesta, formuló recomendaciones sobre el adiestramiento del personal y de los médicos en ejercicio y aconsejó acerca de un programa de lucha tanto en sus aspectos médicos como en los del control de los simulium. Además, como parte del estudio emprendido por la OMS sobre los aspectos oftalmológicos de esta enfermedad, un especialista visitó el mismo país y asesoró al personal nacional acerca de este aspecto del problema.

Peste

En 1959 se notificaron casos de peste en Brasil, Ecuador, Estados Unidos de América y Perú. Todos con excepción de una (adquirido en el laboratorio) fueron de tipo selvático de la enfermedad, no habiendo ocurrido casos en los puertos y ciudades importantes del Continente.

El Cuadro XXXIII muestra el número y la distribución geográfica de los casos notificados en las Américas en el período 1955-1959:

En 1959 la Organización continuó su cooperación con varios países en las campañas de control y en las investigaciones sobre la enfermedad, habiendo facilitado los servicios de un consultor para realizar estudios epidemiológicos sobre la peste en las zonas endémicas de Bolivia, Brasil, Ecuador, Perú y Venezuela.

CUADRO XXXIII. CASOS DE PESTE NOTIFICADOS EN LAS AMERICAS 1955-1959

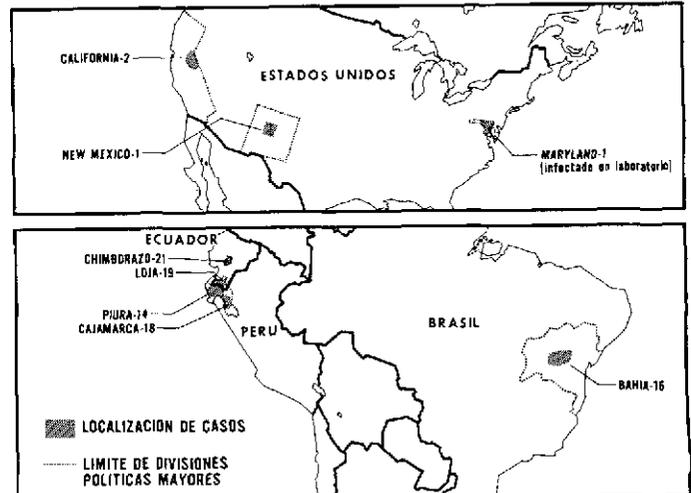
País	1955	1956	1957	1958	1959
Total	87	115	154	97	92
Argentina	—	—	—	1	—
Bolivia	45	3	—	—	—
Brasil	27	4	37	25	16
Ecuador	7	80	79	22	40
Estados Unidos	—	1	1	—	4
Perú	8	24	37	49	32
Venezuela	—	3	—	—	—

— Ninguno.

CASOS NOTIFICADOS DE PESTE EN LAS AMERICAS, Y SITIO, POR DIVISIONES POLITICAS MAYORES DE CADA PAIS, 1958



CASOS NOTIFICADOS DE PESTE EN LAS AMERICAS, Y SITIO, POR DIVISIONES POLITICAS MAYORES DE CADA PAIS, 1959



Rabia

En todos los países de la Región, excepto Uruguay, existe la rabia y a veces adquiere graves proporciones epidémicas entre los animales. Incluso el propio Uruguay, en donde no se han registrado casos autóctonos humanos desde 1947, ni en animales, desde 1949, se enfrenta con el problema de la "rabia importada" por los perros que cruzan la frontera desde países vecinos. En 1959, los "casos importados" llegaron a tal extremo que 40 personas fueron sometidas al tratamiento Pasteur por haber sido mordidas por animales rabiosos o sospechosos de padecer la enfermedad.

Al preparar la Cuarta Reunión del Comité de Expertos en Rabia, la OMS distribuyó en 1959, a 107 países y territorios, un cuestionario sobre datos relativos a la rabia. Esta medida se llevó a cabo de acuerdo con las recomendaciones formuladas en el tercer informe del Comité de Expertos. El interés de las autoridades varió de unos a otros países, y así lo reveló la medida en que se llenaron y devolvieron cuestionarios. El Cuadro XXXIV contiene la información sobre la rabia en seres humanos, que los países de las Américas facilitaron en 1958.

CUADRO XXXIV. CASOS DE RABIA EN SERES HUMANOS, EN 1958

País	Número de personas tratadas	Número de defunciones	
		En personas no tratadas	En personas tratadas
Argentina (Provincia de Buenos Aires)	6,834	2	—
Brasil (Estado de São Paulo)	54	—	—
Brasil (Estado de Minas Gerais)	895	—	—
Canadá	2,250	—	—
Ecuador	2,938	10	3
Estados Unidos	...	3	3
Guatemala	357	3	...
Honduras	600	—	—
México	39,160	43	...
República Dominicana	48	—	—
Uruguay	40	—	—

... No hay datos disponibles. — Ningún caso notificado. ^a Solo en cuanto al estado de Carolina del Norte, los totales son 188, en 1958, y 235, en 1959.

En el curso del año se recibieron los siguientes informes complementarios de casos humanos de rabia: Brasil (Distrito Federal y capitales de estado, salvo Niteroi), 48 defunciones; Colombia, 23 defunciones; Perú, 10 defunciones y Venezuela, 31 defunciones.

Durante 1959, la Oficina reunió datos, procedentes de los Países Miembros, sobre la incidencia de ciertas zoonosis en los animales. Los datos notificados sobre la rabia en los animales, en 1958, se resumen en el Cuadro XXXV, y su comparación con la información sobre casos humanos, contenida en el Cuadro XXXIV, indica que deben de ser incompletos.

CUADRO XXXV. CASOS DE RABIA EN ANIMALES, EN 1958

País o área	No. de casos
Argentina	987
Brasil	334
Canadá	582
Costa Rica	13
Chile	304
El Salvador	48
Estados Unidos	4815
Guatemala	64
Haití	7
Honduras	44
Nicaragua	57
Paraguay	29
Perú	297
República Dominicana	4
Venezuela	64
Guayana Británica	29
Guayana Francesa	25
Trinidad y Tabago	11

Se han notificado casos de rabia en regiones tropicales, templadas y árticas, y el problema reviste mayor importancia en las zonas más densamente pobladas en las que el perro constituye la principal fuente de infección humana. Sin embargo, en 1959, como en años recientes, aumentó la influencia de los animales silvestres en el problema de la rabia, especialmente en lo que se refiere a los zorras, las mofetas y los murciélagos. La mayor parte de casos de rabia en

Uno de los problemas más prevalentes respecto a la rabia es el de la producción de vacunas de buena calidad y en cantidad suficiente. Atendiendo las peticiones de varios países (AMRO-61 y AMRO-45) se han enviado cepas de virus para la producción de vacunas, virus de prueba y vacunas estándar, así como suero. Por otro lado, se han recibido muestras de vacunas producidas en diferentes países, que han sido remitidas a laboratorios de referencia para su comprobación (AMRO-61, AMRO-76 y AMRO-81). Además, la Oficina proporcionó a varios países servicios de compra de productos biológicos, relacionados con la rabia, y tabletas de estricnina, muchas veces con carácter de urgencia. El cuadro que figura a continuación contiene los datos relativos a estas actividades.

La mayor parte de la vacuna para uso humano es de tipo Semple (es decir, de virus muerto; procedente de tejido cerebral). No se produce vacuna de embrión de pato (virus muerto) más que en los Estados Unidos. Esta última vacuna tiene la ventaja de producir menos reacciones postvacunales, como las que a veces se experimentan con la vacuna de tejido cerebral. En la vacunación de los animales, se utilizan tanto la de tipo Semple como la de tipo Flury (es decir, de virus vivo atenuado, de embrión de pollo), esta última en una proporción cada vez mayor. Hay una vacuna de tipo Flury, de bajo número de pases en huevo, para uso canino y otra de alto número de pases en huevo, también del tipo Flury, que se utiliza para los cachorros de perro, gatos y ganado bovino. Desde hace varios años se está tratando de desarrollar

CUADRO XXXVI. COMPRA DE MATERIALES ANTIRRÁBICOS, PARA LOS PAÍSES, EN 1959

Materiales	País	No. de envíos	Cantidad comprada
Vacuna antirrábica humana—Método de Semple	Nicaragua	2	6,300 dosis
Suero antirrábico hiperinmune 1,000 unidades por frasco	El Salvador	1	33 frascos
	Guatemala	1	300 frascos
	Nicaragua	2	40 frascos
	Paraguay	1	34 frascos
	Vacuna antirrábica canina avianizada—Bajo número de pases en huevo	El Salvador	1	30,000 dosis
Tabletas de estricnina para animales rapaces	Guatemala	1	26,000 dosis
	México	2	6,000 dosis
	Nicaragua	1	500 dosis
	Paraguay	1	5,500 dosis
	Panamá	1	5,000 dosis
	Venezuela	1	6,000 dosis
	El Salvador	1	40,000 tabletas
Tabletas de estricnina para animales rapaces	México	7	556,000 tabletas
	Panamá	1	7,500 tabletas
	Belice	1	3,000 tabletas

una sola vacuna de tipo Flury que sea eficaz e inocua para todos los animales. En el curso del año, una compañía canadiense produjo y puso en venta una vacuna para uso general en los animales. Se obtuvieron muestras de ella y se enviaron al Centro Panamericano de Zoonosis (AMRO-81) donde están siendo estudiadas.

Centro Panamericano de Zoonosis

El Centro Panamericano de Zoonosis se inauguró oficialmente, el 25 de abril de 1959, con la asistencia de más de 400 personas. En la ceremonia pronunciaron discursos los Ministros de Salud Pública de Argentina y Paraguay y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Aunque el Centro se fundó en agosto de 1956, la inauguración oficial señaló el hecho de que esta institución había terminado su fase inicial y se encontraba ya dedicada activamente a un programa que, en sus diversos aspectos, está destinado a colaborar con los países de las Américas en programas de lucha contra las zoonosis.

Las actividades del Centro abarca tres amplios campos: enseñanza, servicios e investigaciones. En el presente

capítulo se exponen brevemente las actividades técnicas desplegadas durante 1959, en los tres aspectos enunciados. Asimismo se acompaña un gráfico que presenta en forma esquemática estas actividades.

Enseñanza

El Centro ofrece adiestramiento especial, para personal profesional y no profesional, en métodos y técnicas de investigación y lucha contra las zoonosis. Entre los que reciben adiestramiento figuran graduados—generalmente veterinarios o médicos—que dedican un año entero a ampliación de estudios; estudiantes especiales que permanecen en el Centro, por períodos más breves, para observar

CENTRO PANAMERICANO DE ZONOSIS

RESUMEN DE ALGUNAS ACTIVIDADES TÉCNICAS, EN 1959

	Información	Adiestramiento	Investigación	Servicios de laboratorio	Demostración	Servicios de consultas
Zoonosis (general)	<p>Se proporcionó información, en los casos en que fue solicitada, sobre las diversas zoonosis y las investigaciones relacionadas con ellas, a laboratorios y a funcionarios encargados del control de tales enfermedades en las Américas y otros países.</p> <p>Se prepararon y distribuyeron cuatro números del boletín trimestral de información "Zoonosis".</p> <p>Se presentó un trabajo: "El aspecto médicosocial del Centro Panamericano de Zoonosis".</p>	<p>Cuatro estudiantes graduados (de Colombia, Guatemala, Panamá y Perú) fueron recibidos para estudios superiores, por períodos de un año cada uno.</p> <p>En enero se celebró el curso anual sobre zoonosis, para seis veterinarios y médicos (de 5 países).</p> <p>En junio y julio se celebró un curso general sobre control de las zoonosis, para 21 veterinarios y médicos de 12 países. Se proporcionó adiestramiento especial en técnicas fundamentales, a un técnico de laboratorio de Chile (4 meses); y funcionarios gubernamentales, de Brasil, Chile y Paraguay, participaron en observaciones de campo y de laboratorio, referentes a las zoonosis en general, durante breves visitas.</p>				<p>Se atendió por correspondencia a gran diversidad de solicitudes de asesoramiento sobre asuntos referentes a las zoonosis.</p> <p>Visitaron oficialmente el Centro, funcionarios de numerosos países para tratar de diversos aspectos del problema de las zoonosis.</p>
Brucelosis	<p>Se preparó y distribuyó la Nota Técnica No. 2: "Técnica e interpretación de la prueba de aglutinación del suero para la brucelosis bovina".</p>		<p>Se realizan pruebas de campo—en cabras—de la vacuna Elberg-Meyer. Se llevan a cabo estudios comparados de las leyes y reglamentos en los países americanos. Colaboración con organismos locales en un estudio serológico de grupos profesionales seleccionados. Estudio comparado de métodos para realizar pruebas de aglutinación del suero, con suero de cabra. Pruebas de seguridad de la vacuna caprina Renoux.</p>	<p>Se preparó y distribuyó, en los casos en que fue solicitado, antígeno para someter la leche a la prueba del anillo.</p> <p>Se preparó y distribuyó, en los casos en que fue solicitado, antígeno en tubos y placas con fines de estandarización.</p> <p>Se sometieron a pruebas de referencia, con vacuna de cepa 19, las muestras enviadas al Centro.</p> <p>Se efectuaron, como servicio especial, diagnósticos serológicos.</p>	<p>Se colaboró en el desarrollo de un programa piloto de erradicación en Argentina.</p>	

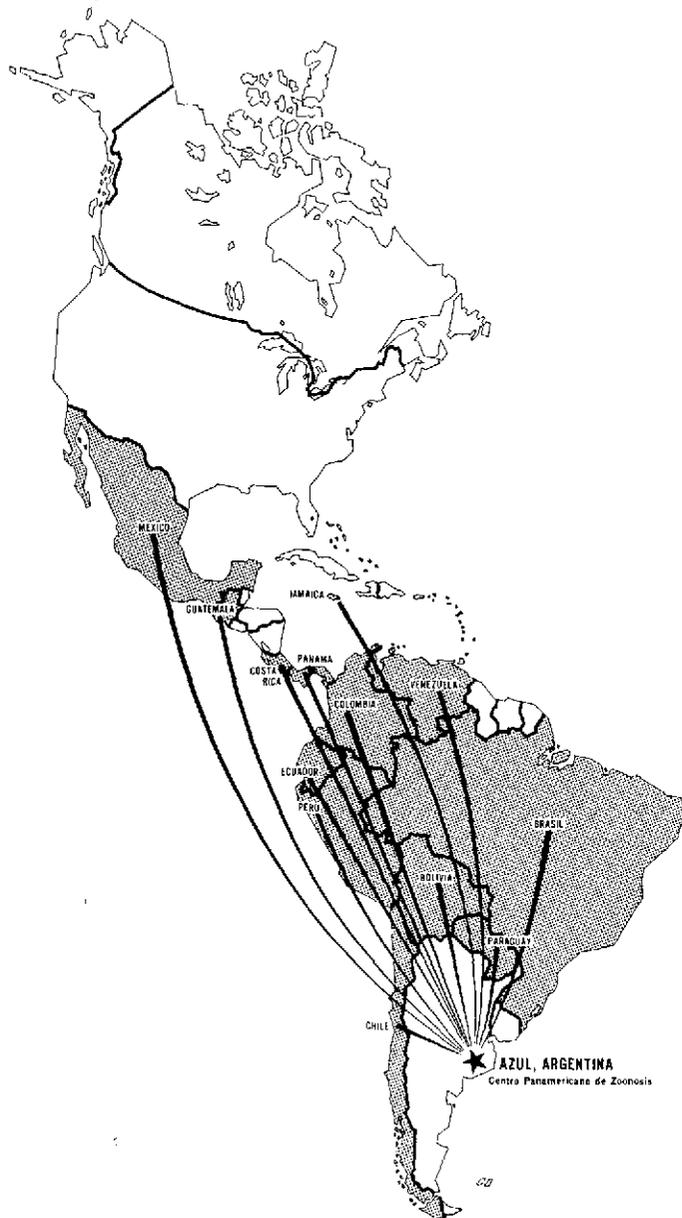
Continuación

	Información	Adiestramiento	Investigación	Servicios de laboratorio	Demostración	Servicios de consultas
Hidatidosis			<p>Se inició en escala reducida la evaluación de drogas con el fin de mejorar el tratamiento canino.</p> <p>Se continuó los estudios comparados de las pruebas intradérmicas y de laboratorio para el diagnóstico de la hidatidosis humana.</p> <p>Continuó la evaluación de fracciones de fluido quístico, como posible sustancia inmunógena para ovejas. Siguió en escala reducida la encuesta sobre animales silvestres.</p>	<p>Se efectuaron pruebas con fluido quístico hidatídico enviado por organismos locales.</p>		
Rabia		<p>Se proporcionó adiestramiento especial en técnicas de diagnóstico de laboratorio a un funcionario gubernamental de Jamaica.</p>	<p>Se continuó el estudio sobre la transmisión de la rabia por murciélagos vampiros.</p> <p>Se realizó un estudio sobre el posible reservorio en carnívoros silvestres.</p>	<p>Se hicieron pruebas de referencia en vacunas enviadas por Argentina, Brasil, Canadá y Ecuador.</p> <p>Se prepararon y distribuyeron, en los casos en que fueron solicitados, virus estándar para inoculaciones de prueba y virus para producción de vacunas.</p> <p>Se efectuaron aislamientos de virus en muestras bovinas enviadas por Paraguay.</p>	<p>Se continuó el control de la rabia bovina mediante la administración de vacuna avianizada (Paraguay), a 8,000 cabezas de ganado.</p>	
Tuberculosis		<p>Se prepararon planes preliminares para el Seminario sobre tuberculosis animal y sus repercusiones en la salud pública, cuya celebración se ha fijado provisionalmente para 1960.</p>	<p>Continúa el examen de trabajos publicados y otros datos para la preparación de un informe sobre "La tuberculosis animal y sus consecuencias en la salud pública, en las Américas".</p> <p>Se continuó la verificación sobre el terreno, de productos lácteos en busca de bacilos tuberculosos.</p>			<p>Se trazaron los planes preliminares para una reunión interpaíses (Sudamérica Meridional) sobre la estandarización de las pruebas de tuberculina en el ganado.</p>

Continuación

	Información	Adiestramiento	Investigación	Servicios de laboratorio	Demostración	Servicios de consultas
Leptospirosis	Se presentó un trabajo titulado "Nota preliminar sobre la leptospirosis bovina y sus repercusiones en la salud del hombre".		Se continuó la encuesta serológica del reservorio canino, empleando muestras de cuatro países. Se continuó el estudio epizootico-epidemiológico en un establecimiento de productos lácteos de Argentina (se presentó parte de la nota preliminar). Se continuó el estudio epizootico-epidemiológico sobre la leptospirosis equina. Se continuó en escala reducida, la encuesta sobre animales silvestres.	Se proporcionaron, a solicitud de laboratorios oficiales, serotipos de leptospiras.	Se continuó el control de la leptospirosis bovina con bacteria (Argentina), en unos 2,000 animales.	
Antrax			Continúa el estudio sobre la preparación y pruebas de vacuna Sterne. Estudio sobre el tipo de disociación del bacilo del ántrax como método de diagnóstico. Continúa el examen de publicaciones y otros datos, para la preparación de un informe sobre "El estado actual del ántrax en las Américas".	Se prepararon y distribuyeron, en los casos en que se solicitaron, subcultivos liofilizados de cepas de vacuna Sterne.		
Triquinosis			Continúa la encuesta sobre este problema en un área epidémica. Continúan los estudios sobre el empleo de las pruebas de diagnóstico con floculación de bentonita.	Se realizaron, como servicio especial, pruebas de diagnóstico de muestras enviadas.		
Salmonelosis			Continúa la encuesta sobre casos de diarrea infantil para definir el papel de la Salmonella y su relación con el reservorio animal.			
Animales de laboratorio		Se proporcionó adiestramiento especial (3 meses), en métodos de cuidado y cría del ganado, a un técnico de Argentina.	Se continuó el desarrollo de colonias de animales de laboratorio,—cobayos, conejos, hamsters y dos cepas de ratones—para satisfacer las necesidades propias del Centro y para fines de adiestramiento y demostración. Se proporcionaron animales para crear colonias en otras instituciones.			
Biblioteca	Se continuó desarrollando el servicio de biblioteca central, sobre todos los aspectos de las enfermedades zoonóticas y su control, para uso del personal, becarios y visitantes, así como para investigadores y funcionarios encargados del control de las zoonosis en las Américas.					

PAISES QUE ENVIARON MEDICOS Y VETERINARIOS A LOS CURSOS DE ENTRENAMIENTO DEL CENTRO DE ZONOSIS, DURANTE 1959



y practicar los métodos que se deben utilizar en una o varias fases de la lucha contra las zoonosis y, por último, estudiantes que asisten a cursos colectivos.

El programa de estudios para graduados empezó en enero de 1959 con la llegada del primer becario a largo plazo y se fue ampliando en el curso del año con la llegada de un nuevo becario cada tres meses. Los cuatro graduados admitidos procedían de Colombia, Guatemala, Panamá y Perú, todos ellos con becas de la Organización. Con este sistema se escalona la llegada de los estudiantes, hasta integrar un grupo de cuatro, que es el máximo que se puede

admitir dadas las actuales limitaciones de personal y de instalaciones materiales del centro.

En el adiestramiento facilitado a estos estudiantes se presta atención preferente a aquellas zoonosis o aspectos del trabajo relativo a las zoonosis, en los que cada becario haya manifestado mayor interés. Además, los estudiantes han de observar y practicar técnicas aplicables a las otras zoonosis, así como a los diversos aspectos de la labor que lleva a cabo el centro. A cada estudiante se le asignan dos trabajos de investigación que debe completar durante el año, y en los que asume la responsabilidad principal. Estos estudios, llevados a cabo bajo la orientación de uno de los miembros principales del centro, constituyen un adiestramiento excelente en metodología científica, tan valiosa para el estudiante si se va a dedicar a actividades de control, en trabajo de campo, como a la enseñanza o a las investigaciones. Todas las semanas se celebran seminarios con el objeto de que los estudiantes informen sobre los planes y la marcha de su labor y reciban sugerencias por parte de los profesores, profesionales visitantes y otros estudiantes graduados.

Entre los seis estudiantes especiales que asistieron al centro durante el año había veterinarios procedentes del Brasil, Chile y Jamaica, y un médico del Paraguay, cada uno de los cuales se dedicó, durante un período de dos a diez días, a comentar, observar y practicar sobre el terreno los procedimientos seguidos para el estudio y el control de las zoonosis. Además, un técnico procedente de Chile estudió y practicó, durante cuatro meses, las técnicas de diagnóstico de laboratorio, y otro de la Argentina recibió adiestramiento, durante tres meses, sobre el cuidado y cría de animales de laboratorio. Tres de estos técnicos eran becarios de la ICA, dos habían obtenido becas de la OPS/OMS y otro había sido enviado por el gobierno de su país.

En 1959 se llevaron a cabo dos cursos colectivos. El primero, que duró tres semanas, tuvo lugar en enero con la asistencia de ocho veterinarios y médicos procedentes de Argentina, Bolivia, Colombia, Paraguay y Perú, cinco de ellos becarios de la OPS/OMS. El segundo curso colectivo del año, que también duró tres semanas, se celebró en junio y julio y asistieron a él 21 becarios procedentes de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Guatemala, México, Paraguay, Perú y Venezuela, y fue financiado con fondos especiales del Programa de Cooperación técnica de la Organización de los Estados Americanos.

Servicios

Los servicios que el Centro ofrece a los países de las Américas son de información, consulta y demostración de métodos para el control de las zoonosis, así como de trabajos de laboratorio.

Los servicios de consulta se facilitaron principalmente por correspondencia y visitas al Centro. Se continuaron las demostraciones, en el terreno, del uso de la vacuna avianizada para el control de la rabia bovina, y de bacterias para

combatir la leptospirosis bovina, que se llevaron a cabo, en gran escala, en Paraguay y Argentina, respectivamente; y se colaboró en la elaboración de un programa piloto de erradicación de la brucelosis en Argentina.

Empezó a publicarse, en español, un boletín de información titulado *Zoonosis*, del que se distribuyeron cuatro números durante el año. Este boletín trimestral, mimeografiado, tiene por objeto informar sobre la marcha de las actividades de control o de erradicación de las zoonosis, los progresos realizados en el diagnóstico y tratamiento de esas enfermedades en el hombre y en los animales y sobre los resultados obtenidos en las encuestas y otras investigaciones, que puedan ser de inmediato valor práctico. También se preparó y distribuyó una publicación sobre la técnica e interpretación de la prueba de aglutinación del suero, relativa a la brucelosis bovina. La biblioteca continuó progresando con la compra de importantes libros de consulta y revistas de actualidad, y recibió algunos donativos de valiosas colecciones.

Entre los servicios de laboratorio figura la preparación y distribución de cepas estándar de virus y bacterias para uso diagnóstico, así como para la preparación y prueba de vacunas. En relación con la brucelosis, se preparó y se puso a disposición de los países, para uso oficial, el antígeno para someter la leche a la prueba del anillo. Asimismo, se comprobó la actividad e inocuidad de vacunas contra la rabia y contra la brucelosis, a solicitud de los organismos gubernamentales interesados de varios países, y se examinó

una gran cantidad de diverso material. El Cuadro XXXVII presenta el volumen y clase de muestras recibidas en los laboratorios del Centro durante 1959 (hasta el 20 de noviembre).

Las colonias de animales experimentales que atienden las necesidades internas del Centro, se utilizaron también para adiestramiento y demostración de los métodos de cuidado y cría de animales, y para suministrar animales de cría a otras instituciones.

Investigaciones

Las investigaciones del Centro se orientan hacia la aplicación práctica y responden al propósito de obtener los datos necesarios para la planificación y ejecución de las actividades de control o de erradicación. Los proyectos de investigaciones son también de importancia primordial en el programa de adiestramiento del Centro, especialmente en lo que se refiere a los trabajos avanzados que realizan los estudiantes graduados. Las investigaciones se llevan a cabo en los laboratorios del Centro, en la granja perteneciente al mismo, y en operaciones de campo que invariablemente se ejecutan con la colaboración de organismos gubernamentales interesados. Ciertos estudios especiales, que muchas veces requieren un examen de la literatura científica, informes oficiales y datos no publicados, forman una valiosa parte del programa de investigaciones. En el gráfico que se acompaña figura una lista de las investigaciones realizadas en 1959.

Personal e instalaciones

El personal internacional continuó integrado por tres científicos y un funcionario administrativo. El personal no profesional, o local, aumentó de 22 miembros a 25, incluyendo técnicos y empleados semiespecializados o no especializados.

Las instalaciones del Centro consisten en el edificio principal, en la ciudad de Azul, y la granja, situada a unas tres millas de aquél. Debido a las limitaciones financieras no se pudieron llevar a cabo los planes de ampliación de estas instalaciones. Es especialmente urgente disponer de un local adecuado para servicios auxiliares y para las colonias de animales. En el curso del año se obtuvieron cantidades mínimas de equipo y suministros, pero su limitación y escasa variedad fue un obstáculo para el desarrollo de las actividades.

CUADRO XXXVII. MUESTRAS RECIBIDAS EN LOS LABORATORIOS DEL CPZ, EN 1959^a

Clase de muestra	Número de lotes recibidos	Número de especímenes recibidos
Total	298	5,214
Material para diagnóstico		
Animales enteros	95	149
Especímenes tisulares	171	4,930
Productos biológicos para ser sometidos a prueba	31	108
Agentes etiológicos para identificación	1	27

^a Hasta el 20 de noviembre de 1959.

El Centro Panamericano de Fiebre Aftosa

Durante 1959 no cambió en las Américas la situación general referente a la fiebre aftosa. La enfermedad estuvo presente en Sur América con excepción de las Guayanas, pero el resto del hemisferio siguió libre de ella.

Los países siguieron mostrando creciente interés en la lucha contra esta enfermedad, y se desarrollaron varios planes de largo alcance, tanto nacionales como internacionales. Las actividades se han orientado hacia la futura erradicación de la enfermedad, más bien que hacia la aplicación de simples medidas de control. Un excelente ejemplo lo constituye la Conferencia Internacional contra la Fiebre Aftosa, celebrada en Bogotá, Colombia, del 12 al 18 de Abril de 1959, en la cual se reunieron funcionarios técnicos de Colombia, Ecuador, Panamá y Venezuela, para estudiar un plan regional contra esta afección.

En 1959 el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa mantuvo un estrecho contacto y relaciones de trabajo con los ministerios de agricultura y, allí donde existen, con los servicios contra la fiebre aftosa, de todos los países de las Américas. Se mantuvo también el enlace con el personal apropiado del Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Oficina Internacional de Epizootias.

Instalaciones del Centro

Las nuevas instalaciones permanentes del Centro, que el Gobierno de Brasil comenzó a construir en 1958, no se habían terminado al final del año. Estas comprenderán oficinas, laboratorios, edificios de servicios generales, y establos de aislamiento para ganado experimental. Si bien las instalaciones provisionales han resultado bastante satisfactorias hasta la fecha, nunca ha habido entre ellas, en el solar del Centro, medios para aislar el ganado. Esta deficiencia ha retrasado y perjudicado ciertos aspectos del trabajo.

Programa de adiestramiento

Del 8 al 28 de noviembre de 1959 tuvo lugar en Buenos Aires un curso de adiestramiento, con la colaboración del Ministerio de Agricultura de Argentina y de la Facultad de Veterinaria de la Universidad de Buenos Aires, dedicado a la tipificación y a la importancia de los subtipos de los virus de la fiebre aftosa. Asistieron al curso cincuenta

personas— de las cuales 37 eran veterinarios— pertenecientes a los siguientes países: Argentina, 33; Brasil, 3; Chile, 3; Paraguay, 3; y Uruguay, 8.

Tres becarios estudiaron en el Centro durante un período de aproximadamente once meses, y cierto número de otras personas pasaron en el Centro períodos de hasta tres semanas. Uno de los becarios a largo plazo contaba con una beca de la FAO, y los otros dos de la OPS.

Servicios de referencia para diagnóstico

El Centro recibió 544 muestras para tipificación y estudios inmunológicos, enviados por los servicios contra la fiebre aftosa de Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Nicaragua, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Durante el año se examinaron 3,365 muestras de suero de diversos animales.

El Centro continuó distribuyendo a los laboratorios que los solicitaron, cepas de virus, antisueros y otros reactivos para estudios de tipificación. Además, el Centro realizó estudios intensivos de algunas muestras para el posible descubrimiento y clasificación de variantes de cepas y subtipos.

Consultas de campo

Miembros del personal del Centro visitaron una o más veces diecisiete países y territorios de las Américas, con propósitos diversos. El número de solicitudes de consultas de campo fue superior a las posibilidades del Centro, especialmente en lo relativo a la duración de las visitas. Se iniciaron los trámites para agregar al personal un nuevo oficial técnico de campo.

Además de las visitas de consulta a los países, por correspondencia se contestaron muchas preguntas, se proporcionó orientación y se prestó asesoramiento por correspondencia sobre variadas materias, desde aclaraciones sobre una técnica de laboratorio hasta observaciones sobre un programa de campo y asesoramiento respecto a los riesgos y a los procedimientos seguros para la importación de materiales, carnes o animales procedentes de países en que hay fiebre aftosa.

Se llevó a cabo por medio de cuestionarios una de las encuestas periódicas del Centro (sobre la situación de las enfermedades vesiculares en las Américas) y se organizaron y analizaron los datos así obtenidos, con los que se preparó un informe para su publicación. Estos informes sobre las

encuestas son hoy un material de consulta muy apreciado en países de todo el mundo.

Se hicieron planes para la preparación de una película sonora, en colores, de 16 mm., basada en la publicación del Centro titulada "Plan de Acción," para su empleo en cursos de adiestramiento, y para prestarla a los gobiernos con el fin de que se proyecte públicamente en relación con las campañas contra la fiebre aftosa. Se escribió el guión, se preparó el guión de rodaje y se terminó la parte de fotografía, con el empleo de los servicios de una compañía de películas de Brasil. Cierta número de escenas que se utilizarán en el montaje de la película se sacaron de películas hechas por miembros del personal del Centro durante sus visitas a los países en los dos últimos años. A principios de 1960, estarán disponibles las copias de la película ya terminada.

La Conferencia Internacional contra la Fiebre Aftosa, de Bogotá

Como resultado del interés expresado por Colombia, Ecuador, Panamá y Venezuela y con la valiosa ayuda del Gobierno del primero de esos países, se organizó una conferencia para estudiar los problemas de la colaboración entre esos países y lograr, finalmente, la erradicación de la fiebre aftosa de sus territorios. La Conferencia tuvo lugar en Bogotá, del 12 al 18 de abril, y a ella asistieron altos funcionarios de los ministerios de agricultura, que examinaron los problemas y programas del área, relativos a la fiebre aftosa. Los participantes redactaron una serie de importantes recomendaciones, de las que cabe esperar una mayor uniformidad de acción y una colaboración más estrecha entre los países citados. Se redactó un informe, que la Conferencia aprobó y que ha sido preparado para su publicación.

Desde esta Conferencia, han tenido lugar en el área aludida cierto número de actividades que son clara muestra de los beneficios derivados de la colaboración entre los países. La Conferencia de Bogotá despertó considerable interés y está sirviendo de estímulo a otras áreas que podrían beneficiarse también de una cooperación similar entre distintos países.

Programa de investigaciones

La labor de investigación del Centro es diversa y en ciertas fases muy amplia, tanto en lo referente a la investigación fundamental como a la aplicada. Cierta número de estos estudios han dado ya resultados beneficiosos, pero hay otros que no podrán terminarse hasta que el Centro disponga de los establos de aislamiento necesarios para el trabajo con ganado.

Los aspectos más importantes del programa de investigaciones pueden resumirse como sigue:

a) Naturaleza de los virus de la fiebre aftosa. Se han iniciado y continúan varios estudios fundamentales para

una mejor determinación de la verdadera naturaleza de los tres tipos principales de virus de los correspondientes grupos (es decir, A, O y C), su ecología y el carácter de la enfermedad en los diversos animales. Durante el año se obtuvo mayor información sobre las características de los virus, así como nuevos datos sobre la existencia de los subtipos y se aclararon nuevos hechos sobre la patología y la inmunología de la enfermedad en el ganado.

b) Adaptación del virus a animales de laboratorio. La fiebre aftosa es una enfermedad natural en los animales patihendidos, y no se desarrolla fácilmente en otros animales. Para permitir los estudios de laboratorio y la producción de virus para vacuna, ha sido necesario adaptar el virus a animales de laboratorio y a cultivos de tejidos animales. Esta labor prosiguió durante todo el año, con diversas cepas de los tres tipos de virus, en ratones lactantes y adultos, conejos lactantes, polluelos y células de riñón bovino. Se estudiaron nueve cepas distintas en ratones lactantes, de las cuales tres han sido ya objeto de 50 pases, por lo menos. El trabajo en ratones adultos se ha hecho con tres cepas, y al terminar el año se habían alcanzado los siguientes pases: "O", 45; "A", 88, y "C", 67. En los estudios con conejos lactantes se ha pasado del empleo de animales de un día al de animales de 30 a 37 días. Tres cepas principales (o sea, O, A y C), se han estudiado en conejos, y después de cierto número de reversiones en pases, se ha llegado a los pases 111, 67 y 26, respectivamente. En los estudios de cultivos en tejidos se han utilizado siete cepas distintas.

c) Atenuación de virus para la preparación de vacunas. Este trabajo ha exigido el pase de cepas de virus en distintos animales, en busca de cepas apropiadas (es decir, antigénicas pero no patogénicas) para su empleo en la producción de vacuna de virus vivo. Los resultados más satisfactorios se han obtenido en el trabajo con conejos lactantes. El avance fue tal que durante el año se efectuó cierto número de pruebas de campo con vacunas así desarrolladas. Los resultados son alentadores, pero habrá que realizar mayores investigaciones con las tres cepas, especialmente con dos de ellas, para llegar a estar en condiciones de fabricar una vacuna polivalente satisfactoria. También se realizaron progresos alentadores utilizando cultivos de tejido. La falta de establos de aislamiento ha dificultado considerablemente la obtención de mayores adelantos en este trabajo.

d) Producción de vacunas de virus muerto. Se han estudiado, con vistas al mejoramiento de las técnicas de producción, los métodos actualmente en uso para la elaboración de vacunas de virus muerto, utilizando cultivos de epitelio lingual de bovino para el desarrollo de los virus.

e) Pruebas de actividad de las vacunas. Los métodos actuales para probar la actividad e inocuidad de las vacunas contra la fiebre aftosa exigen el empleo de cierto número de cabezas de ganado para cada muestra, lo que resulta muy costoso y hace que se lancen al mercado muchas vacunas que no han sido probadas. El Centro hizo alentadores

progresos en los estudios tendientes a utilizar animales de laboratorio, en este caso ratones adultos, en los procedimientos de prueba.

Publicaciones científicas

Para su presentación a reuniones técnicas y su aparición en revistas científicas, o como publicaciones aparte, se prepararon los siguientes estudios:

a) Encuesta sobre el estado de las enfermedades vesiculares en las Américas; b) Propagación de tres tipos inmunológicos de virus, en polluelos de uno a 29 días; c) Propagación y modificación de tres tipos inmunológicos de virus en huevos embrionados de gallina; d) La Fiebre Aftosa: Nuevo planteamiento del problema en las Américas; e) Capítulo para el volumen VI de "Advances in Veterinary Science", titulado "La fiebre aftosa y las enfermedades vesiculares relacionadas con ella"; f) Demostración de una reacción inmune, a la vacuna contra la fiebre aftosa, en una prueba de protección de ratones adultos jóvenes; g) Informe sobre la incidencia y el control de la fiebre aftosa y otras enfermedades animales similares en las Américas; h) Investigaciones sobre el desarrollo de una vacuna de virus vivo modificado contra la fiebre aftosa; i) El cuadro epizootológico en la fiebre aftosa.

Financiamiento del Centro

Desde que la Oficina estableció el Centro, éste ha sido financiado por el Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos. Con esta fuente

de financiación se contará hasta 1962 inclusive, pero no existe ninguna promesa concreta de fondos para sostener el Centro y su programa después de dicho año.

En marzo de 1959, se solicitó que la Oficina hiciera una exposición de la situación de la fiebre aftosa en las Américas y de los medios de erradicar esta enfermedad en el Hemisferio, ante el Subgrupo de Productos Básicos del Comité Especial para estudiar la Formulación de Nuevas Medidas de Cooperación Económica, del Consejo de la OEA. A raíz de tal exposición, se preparó un plan para ampliar e intensificar las actividades del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa y se formuló una estimación presupuestaria para la ejecución de este plan por espacio de diez años, a partir de 1960. El plan y el presupuesto se aprobaron, para su inclusión en el informe del indicado Comité Especial.

En la Sesión Especial del Consejo de la OEA celebrada en Buenos Aires, Argentina, en abril de 1959, a la que asistieron los Ministros de Hacienda de los Países Miembros de la OEA, se aprobó una resolución encomendando al Consejo Interamericano Económico y Social que ampliara el programa de trabajo del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, de acuerdo con lo señalado en el informe del Comité Especial. Además, la resolución recomendó que el Consejo Interamericano Económico y Social incluyera en el presupuesto del Programa de Cooperación Técnica las partidas necesarias para sufragar la citada ampliación, a partir del ejercicio económico de 1960, e incitó a los gobiernos de los Países Miembros a aumentar sus aportaciones al Programa de Cooperación Técnica de la OEA, con el fin de hacer posible la expansión del programa.

Laboratorios de salud pública

El control y la erradicación de las enfermedades transmisibles, así como los programas integrados de salud pública, han puesto cada vez más de relieve la necesidad de disponer de laboratorios de salud pública capaces de prestar sus servicios con eficacia. La mayoría de los Países Miembros vienen dedicando particular atención a este aspecto de la labor sanitaria, y, en numerosas ocasiones, han solicitado la cooperación de la Oficina para resolver problemas especiales de carácter técnico y administrativo con el objeto de mejorar el funcionamiento de estos laboratorios.

La forma de colaboración de la OPS/OMS varía según las circunstancias de cada país. En algunos casos la colaboración se limita a suministrar reactivos biológicos; en otros, se han

facilitado servicios de consultores a corto plazo, con la finalidad de analizar determinados aspectos y de asesorar a los gobiernos. En unos cuantos casos se han llevado a cabo programas más ambiciosos, encaminados a una completa revisión de los servicios y, por último, no menos importante, se ha dedicado considerable atención al adiestramiento de profesionales especializados y técnicos de laboratorio.

En seis países (Argentina—4, Brasil—8, Ecuador—11, Haití—9, México—20, México—28 y Venezuela—18) se han llevado a cabo proyectos especiales relativos a laboratorios, y a otros dos países (Panamá—1 y Paraguay—10) se les ha facilitado asesoramiento sobre servicios de laboratorio, como parte de proyectos integrados de salud pública. Los

servicios de laboratorio forman también parte de dos proyectos inter-países (AMRO-47, Treponematosi y AMRO-81, Zoonosis). Además, hay que tener en cuenta los aspectos de laboratorio de programas relativos a determinadas enfermedades, como, por ejemplo, la tuberculosis, la malaria o la viruela.

Los reactivos biológicos proporcionados a los laboratorios nacionales durante 1959 pueden clasificarse en varios grupos: 1) cepas microbianas, antígenos y sueros para el diagnóstico de enfermedades como la salmonelosis y la shigelosis, la brucelosis, la leptospirosis, la influenza y las infecciones por rickettsias; 2) diversos materiales para la producción de vacunas (antitífica, antipertúsica y antirrábica), toxoides diftéricos y tetánicos, sueros (contra la difteria, el tétanos y la gangrena), y antígenos contra varios virus, helmintos, hongos, bacterias y rickettsias; 3) reactivos estandarizados para el control de productos biológicos, con fines profilácticos y terapéuticos, y 4) reactivos para llevar a cabo estudios epidemiológicos y otras investigaciones. La Oficina viene también prestando servicios de asesoramiento técnico sobre procedimientos detallados para realizar determinadas actividades especiales, tales como las pruebas de diagnóstico y los métodos para el control y elaboración de productos biológicos.

Otro aspecto de la constante colaboración de la Oficina con los laboratorios de salud pública es el referente al control de medicamentos, productos biológicos y alimentos, que se examina en otro capítulo del presente informe. Por estimar conveniente que los Países Miembros puedan disponer de los servicios de laboratorios especializados para el examen de vacunas, sueros y otros productos biológicos, la Oficina ha sometido a pruebas de referencia los productos biológicos recibidos, con ese fin, de los laboratorios nacionales; estas pruebas han sido de especial utilidad en los programas de erradicación de la viruela (AMRO-60) y de control de la rabia (AMRO-61), y constituyen un eficaz estímulo para la manufactura de productos biológicos de alta calidad.

Los animales de laboratorio constituyen uno de los elementos más importantes de un laboratorio de salud pública; la cantidad y calidad de estos animales influyen mucho en la ejecución de los trabajos de laboratorio y determinan el grado de confianza que merecen esos trabajos en muchas pruebas de diagnóstico y en investigaciones epidemiológicas. Sin un abundante suministro de animales sanos no es posible mantener un buen control de los medicamentos y productos biológicos. Si no se mantiene un determinado nivel básico en el alojamiento de los animales, en los métodos de alimentación y reproducción y en las condiciones higiénicas, el sostenimiento de esas colonias resulta, con excesiva frecuencia, costoso e ineficaz y, lo que es todavía más grave, se utilizan en las pruebas animales enfermos y, en algunas ocasiones, se exterminan por causa de epizootias. Uno de los objetivos inmediatos del proyecto AMRO-45,

así como una de las funciones del Centro Panamericano de Zoonosis, ha sido siempre el mejoramiento de los sistemas de cría de animales en los laboratorios nacionales.

Durante los últimos meses de 1959, uno de los consultores de la Oficina estudió la colonia de animales de laboratorio del Instituto Nacional de Higiene, de Caracas, Venezuela (Venezuela—18) y sugirió normas para su mejoramiento, además de organizar el adiestramiento de personal.

Asimismo, en el curso del año, el Laboratorio Nacional de Salubridad de México, con el asesoramiento de un consultor de la OSP y la colaboración de la ICA y de la Fundación Rockefeller, inició una completa reorganización de sus colonias de animales, que se albergarán en dos nuevos pabellones, hoy en construcción. El consultor dió también un curso de conferencias en la Escuela de Medicina Veterinaria y planeó los cursos de adiestramiento de esta escuela, utilizando los locales del Laboratorio Nacional de Salubridad como centro de demostración.

El mismo laboratorio recibió también asesoramiento de un consultor de la Oficina en la organización del control de productos biológicos, para fines de diagnóstico y preventivos o terapéuticos, a fin de establecer las normas técnicas que se deben aplicar para tal control y para el adiestramiento de personal.

En Venezuela se llevó a cabo un programa de asesoramiento técnico con el objeto de organizar y ampliar las actividades de la sección de virus del Instituto Nacional de Higiene. El consultor dejó en marcha el plan de trabajo y organizó un curso de virología aplicada, prestando especial atención a las técnicas de diagnóstico.

En el principio del año, empezó a funcionar, con la colaboración de dos consultores de la OPS/OMS, el laboratorio de cultivos tisulares, en la Universidad del Valle, Cali, Colombia (AMRO-92). Además del papel que desempeña este laboratorio en el campo de las investigaciones sobre vacunación antipoliomielítica con virus vivo, contribuirá a estimular y facilitar el empleo de técnicas de cultivos tisulares en otros países de la Región, por medio de servicios de asesoramiento y de la provisión de tipos celulares y anti-sueros para virus entéricos, así como del adiestramiento de personal local e internacional.

El interés mostrado por las autoridades sanitarias del Brasil en el fomento de programas de adiestramiento tuvo por resultado un acuerdo, concertado entre la OPS/OMS y el Gobierno del país y el del Estado de São Paulo, en virtud del cual se ha establecido un curso anual, sobre técnicas de laboratorio, en el Instituto Adolfo Lutz, de São Paulo. El curso se celebrará por primera vez en 1960. La Oficina coopera en la organización del curso. Asimismo, está casi terminada la impresión de un manual.

En la colaboración técnica de la OSP con los países de Centro América, para establecer un laboratorio, sostenido por todos ellos—cuya finalidad será la preparación de productos biológicos—se han completado ya las fases preliminares. En los primeros meses de 1960, un consultor de la

Oficina hará una estimación de las necesidades actuales y futuras de esos países, así como de la cantidad y calidad de los productos biológicos que actualmente se elaboran. Con

estos datos y el asesoramiento técnico de un consultor, se preparará un plan de operaciones para la construcción y funcionamiento del nuevo laboratorio.

Control de alimentos, drogas y productos biológicos

Las funciones oficiales relativas a drogas, productos biológicos y alimentos, son hoy objeto de una preocupación creciente en la mayoría de los ministerios de salud pública de la Región. Esta preocupación se basa en la falta de legislación, servicios y personal adiestrado para atender los problemas planteados en la actualidad. De aquí que se hayan solicitado de la Organización muchos y muy diversos tipos de asistencia.

Durante la última década, la aparición un tanto sensacional de las llamadas “drogas maravillosas” y otros productos farmacéuticos, el aumento en el uso de antibióticos—debido al establecimiento o a la ampliación de programas de prevención y control de enfermedades—y la rapidez de expansión y crecimiento de la industria de productos alimenticios, con los consiguientes problemas de los aditivos alimentarios, han creado una situación en la que los tipos de servicios reglamentarios verificados hasta ahora, ya no son adecuados a las necesidades presentes. Una elevada proporción de productos farmacéuticos, biológicos y alimenticios se venden o emplean hoy en muchos países sin estar sometidos a una supervisión que proteja los intereses sanitarios de la población de dichos países.

Durante el año progresaron los planes de la Organización relativos a una encuesta sobre los servicios de control de alimentos, drogas y productos biológicos, en los países de las Américas (AMRO-150). Con la experta colaboración de un consultor en esta especialidad, se preparó un plan de operaciones para la ejecución de la encuesta, así como guías y formularios a utilizar en el acopio de la información necesaria. Continuó, con tesón, la contratación de personal competente para los grupos de encuesta. Ha resultado ser en extremo difícil conseguir los servicios de personas con suficiente adiestramiento y experiencia para realizar convenientemente este tipo de trabajo.

A petición de los países, se suministraron a éstos referencias técnicas, guías para el examen de preparaciones farmacéuticas y la estandarización de la nomenclatura, e informes sobre diversos aspectos del control de drogas. Entre las varias clases de consultas técnicas ofrecidas, figuran: guías para confeccionar listas de aditivos alimen-

tarios aceptables y no aceptables, ejemplos de legislación relativa a la higiene de los alimentos, y métodos para el descubrimiento y control de antibióticos e insecticidas en los alimentos. En lo referente al control de productos biológicos, se facilitaron muestras de requisitos mínimos, se obtuvieron y enviaron a los países solicitantes sueros, antígenos y vacunas estándar (estándares de la OMS, en los casos en que existían) (AMRO-45) y, cuando así se solicitó, se realizaron pruebas de referencia de productos biológicos nacionales (AMRO-76).

El adiestramiento constituyó un aspecto importante del programa de la Organización en esta especialidad. Se ofreció a funcionarios de diversas categorías de los Ministerios Nacionales de Salud Pública de distintos países, ocasión de estudiar aspectos generales o específicos de su trabajo mediante becas en el extranjero. La introducción de muchas técnicas nuevas, que a menudo requieren el empleo de nuevo equipo, ha hecho necesario que, en cada laboratorio, una o dos personas de las que ocupan puestos esenciales, se familiaricen con esas técnicas y equipo trabajando en un laboratorio que los utilice. La mayoría de estas becas fueron para trabajos prácticos más bien que para estudios académicos.

Además de las becas, se cooperó en la labor de adiestramiento mediante asesoramiento a las escuelas de salud pública y de medicina veterinaria para la expansión y mejora de la enseñanza de la higiene de los alimentos. Se han hecho gestiones para traducir y publicar en español el texto original inglés de “*Standard Methods for the analysis of Milk and Dairy Products*”, de la Asociación Americana de Salud Pública, cuya reciente 11ª edición se ha convertido en un manual de importancia básica. Como guía complementaria para la publicación de la Organización “*Plan para un Matadero Municipal*”, se preparó el texto y las ilustraciones de la nueva publicación científica N° 45 “*Aspectos sanitarios a considerar en la construcción y operación de mataderos*”. También durante el año, se estudiaron las posibilidades de establecer, con ayuda de la Organización, en uno o dos puntos de la Región, centros de adiestramiento en higiene de los alimentos, particularmente en lo que se refiere a higiene de la carne y de la leche.

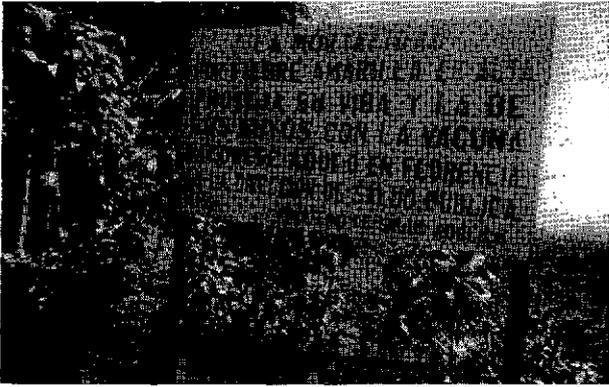
Micosis

Uno de los temas objeto de discusión en la XI Reunión del Consejo Directivo fue el estudio de las micosis en las Américas. A este respecto, el Consejo recomendó a los Países Miembros que estimularan la creación de comisiones coordinadoras, con carácter nacional, para el estudio de las micosis, y que llevaran a cabo encuestas epidemiológicas como medio para llegar al conocimiento exacto de la magnitud del problema de las micosis en las Américas.

Aunque se ha acumulado ya considerable información relativa a la prevalencia de estas enfermedades en la América

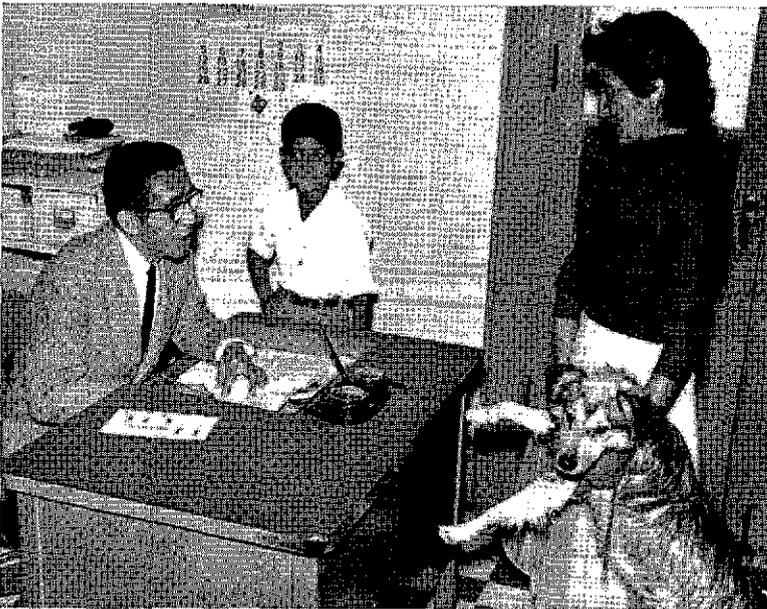
Latina, queda mucho todavía por aprender. La labor más intensa se realizó en México, Costa Rica, Venezuela, Uruguay y Argentina. En otros países es poco lo que se ha hecho. Por consiguiente, se necesita llevar a cabo encuestas debidamente planeadas para determinar la prevalencia y la distribución geográfica de estas enfermedades.

La Organización estudia la situación actual de la Región a fin de desarrollar un programa de asistencia técnica y adiestramiento en este campo.



Durante un brote de fiebre amarilla selvática, en diciembre de 1959, se instaló este gran rótulo, a un lado de la carretera, en un puesto de control de las afueras de la ciudad de Florencia, Caqueta, Colombia.

CONTROL Y ERRADICACION DE ENFERMEDADES



Un veterinario del servicio de sanidad anota la información relativa al perro que mordió al muchacho que aparece en el centro de esta fotografía, Ciudad de Guatemala, Guatemala.



Filariasis y elefantiasis. Una niña de 14 años de edad, de Belem, Pará, Brasil, que padece elefantiasis.

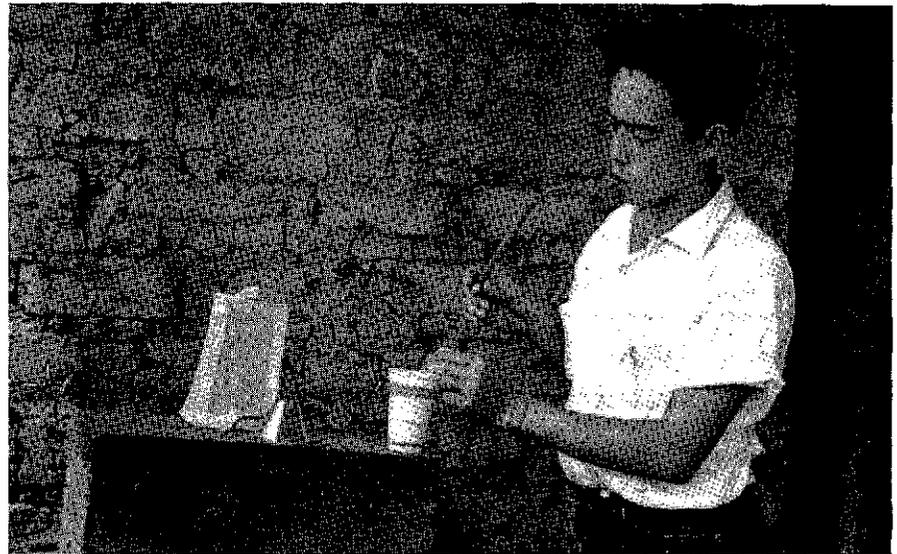
Ceguera por oncocercosis. Un auxiliar nacional adiestrado prepara una segunda lámina, mientras un técnico examina la primera en un microscopio, en Yepocapa, Guatemala.





Surinam. Llegada a Koeli, Depot, cerca de Paramaribo de personal del Servicio de Erradicación de la Malaria.

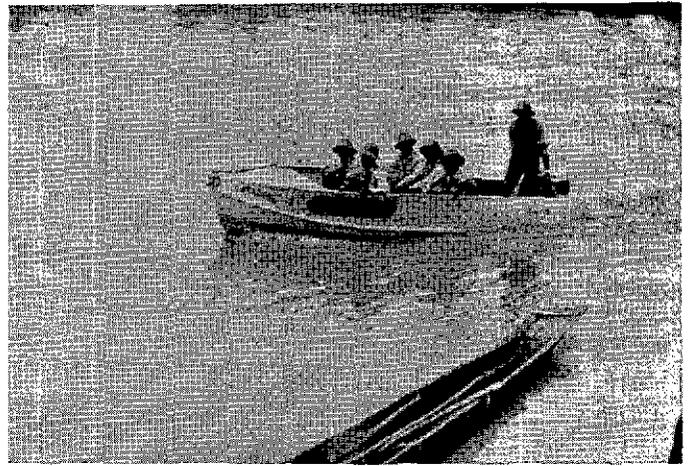
El Salvador. Ayudante de entomólogo extrayendo mosquitos de los conos en que fueron atrapados en una pared rociada. Los mosquitos se colocan en vasos de papel cubiertos de gasa y se envían al insectario del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria en San Salvador, donde se guardan durante 24 horas. A continuación se someten a observación y se registra el porcentaje de mortalidad a los efectos de determinar la eficacia del insecticida aplicado a las paredes.



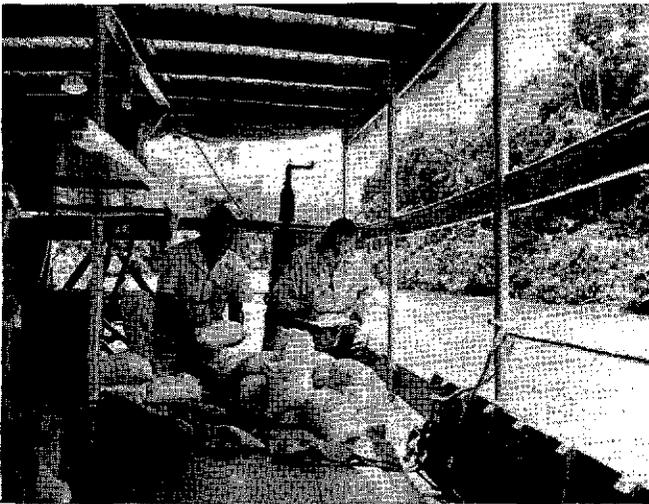
Aldea de Chilibre, Veraguas, Panamá. Preparativos para rociar con dieldrín el patio de una casa.



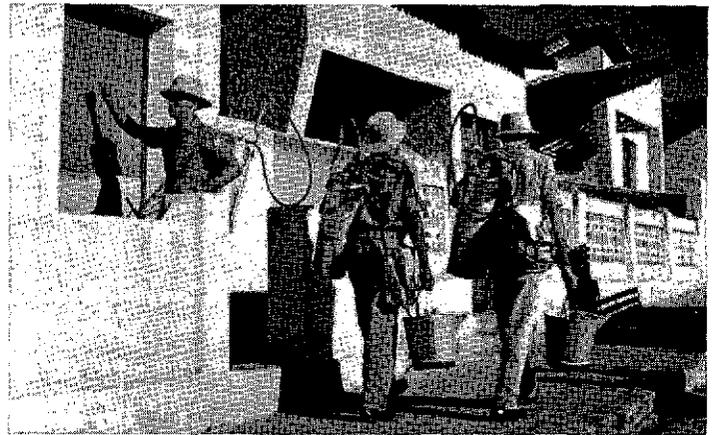
Matapalo, Costa Rica. Colaborador voluntario, recién adiestrado, preparando un frotis de sangre bajo la supervisión de un inspector de evaluación del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria.



Quibdo, Choco, Colombia—Viaje de prácticas por el río Atrato, para el personal que recibe adiestramiento en encuestas y levantamiento de censos.



Estado de Pará, Brasil—Entomólogo del Servicio Nacional de Malaria preparando el registro de datos antes de distribuir sal tratada con cloroquina, droga anti-malárica.



Ceara Mirim, Río Grande do Norte, Brasil—Rociadores de la campaña de erradicación de la malaria comenzando los trabajos del día.



México, D. F., México—Profesor (derecha) con un grupo de una clase de 26 estudiantes destinados a prestar servicio en el programa de erradicación de la malaria.



El entomólogo (derecha) y su ayudante, asignados por la OPS/OMS al proyecto de pruebas de insecticidas de acción residual, preparan su equipo para evaluar un nuevo insecticida, El Salvador.



Exposición de la OPS en la Reunión Anual de la Asociación Médica Americana, en Atlantic City, New Jersey, del 8 al 12 de junio de 1959.



Un miembro del personal del Centro Panamericano de Zoonosis, toma una muestra de sangre de un campesino de la provincia de Buenos Aires.



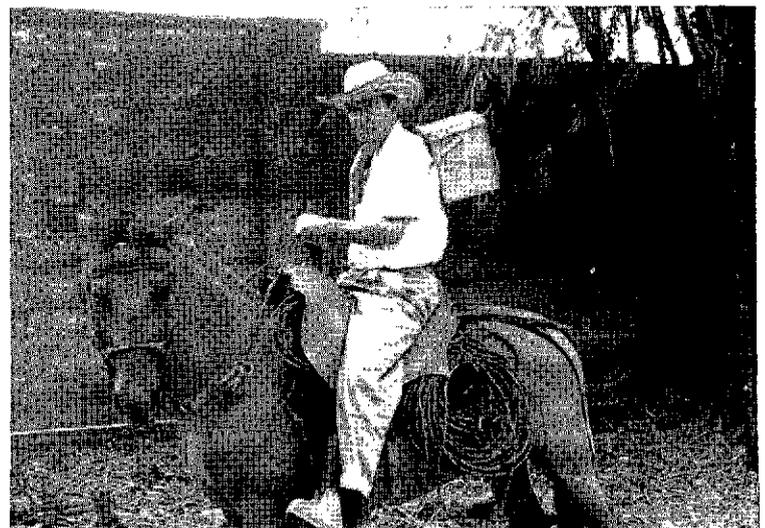
Pruebas con vacuna antirrábica para determinar si se ha contaminado; Laboratorio Biológico, Ciudad de Guatemala, Guatemala.



Preparación de cebo venenoso para animales silvestres, en las actividades de control de la rabia en Casas Grandes, Chihuahua, México.



Costa Rica. Una auxiliar de enfermería administra vacuna antipoliomielítica edulcorada a una niña, mientras las demás esperan su turno.



La vacuna antiamarílica 17D, para escarificación cutánea, no necesita ser refrigerada en el campo. Este vacunador colombiano lleva en su botiquín el suministro de vacuna y agujas de vacunación para una semana.

INFORMACION Y PUBLICACIONES

Información pública

Las actividades de información pública de la Oficina se ampliaron considerablemente en 1959. Fue especialmente alentadora la atención prestada por revistas y diarios a los programas de la OSP/OMS y a los acontecimientos relacionados con ellos. Con arreglo a las orientaciones formuladas en 1958, se fortalecieron apreciablemente los contactos con los representantes de la prensa, y como resultado de ello las principales agencias de noticias transmitieron una cantidad de noticias sobre la OSP/OMS mayor que en años anteriores.

También fue mayor que en otros años la colaboración de la radio a esas actividades, principalmente a través de los servicios radiofónicos de la Organización de los Estados Americanos y de las Naciones Unidas así como de la Voz de América, de los Estados Unidos. Esta publicidad por radio comprendió grabaciones de entrevistas con altos funcionarios de la Oficina, reportajes del trabajo de la Oficina en diversos campos de la salud pública y emisiones directas, en onda corta, de noticias e informaciones sobre la OSP/OMS.

Tanto la radio como la prensa informaron con exactitud de la Primera Conferencia Internacional sobre Vacunas de Virus Vivo contra la Poliomiélitis, celebrada en Washington del 22 al 26 de junio, y de la XI Reunión del Consejo Directivo de la OPS.

La Oficina inició también, en 1959, una nueva serie, titulada "Notas de la OPS". La primera producción de esta serie se titula "Ayer y hoy. Pasado y presente de la lucha por una mejor salud pública interamericana". La segunda se refiere a "La erradicación de la malaria en las Américas". La serie se compondrá de hojas plegables, con textos referentes a la historia, los objetivos, la estructura y el trabajo de la Organización.

Durante el año, se enviaron a los particulares y grupos que lo solicitaron 4,167 sobres con información, y se distribuyeron unos 250,000 ejemplares de material informativo individualmente y a grupos, organismos no gubernamentales, servicios nacionales de salud pública, Oficinas de Zona, y visitantes de exposiciones. Además, la Oficina proporcionó 2,625 fotografías, sobre sus actividades y la labor de los servicios nacionales de salud pública de sus Gobiernos Miembros, a escritores, empresas editoriales,

grupos cívicos, agencias de información gráfica, revistas médicas y generales, maestros, educadores sanitarios y escuelas.

También se enviaron conferenciantes a grupos del Canadá y los Estados Unidos que mostraron interés por el trabajo de la OPS/OMS. En muchos casos, la Oficina encomendó las conferencias a miembros de su personal. También figuraron entre los oradores ex-miembros de los Comités de Expertos de la OMS. La actividad de esos conferenciantes fue secundada por la distribución de carteles y literatura y por la proyección de películas. En relación con esto, se procuró estimular el interés por el establecimiento de Comités Cívicos de la OMS en toda América Latina.

Durante el año se prestaron 88 películas referentes a gran diversidad de temas sanitarios. Se encargaron más copias de estas películas, y se distribuyeron entre las Oficinas de Zona, para que éstas pudieran atender directamente al creciente número de solicitudes que se reciben de América Latina. Se prepararon copias con diálogo en español de varias películas que antes sólo lo tenían en inglés o francés.

La impresión en lengua portuguesa de la revista bimestral *Salud Mundial* se trasladó de Washington al Brasil, donde ahora está a cargo de una empresa comercial brasileña. Esta misma firma traduce, reproduce y distribuye a la prensa brasileña todos los comunicados de prensa e informaciones de la Oficina y proporciona a ésta un servicio de recortes de los artículos y noticias sobre la OPS/OMS que aparecen en la prensa del Brasil.

Con motivo del Día Mundial de la Salud, el 7 de abril, la OSP/OMS distribuyó un total de 19,500 sobres especiales, que contenían artículos, ilustraciones y carteles relativos al tema, para 1959, de dicho Día: "Las enfermedades mentales y la salud mental en el mundo de hoy". Esta distribución se hizo a la prensa, servicios nacionales de salud y grupos cívicos de todos los países y otras unidades políticas del Hemisferio.

La Oficina estableció también las bases de varios proyectos y servicios adicionales de carácter informativo, que se proyecta que comiencen a funcionar a principio de 1960. Figuran entre ellos: a) un servicio de "matrices", con textos de 500 palabras o menos y fotografías, montados a dos columnas. Estas "matrices" podrán ser reproducidas inmediatamente después de su llegada a los periódicos. La

primera de ellas se titulará "Agua pura para una ciudad sedienta", y se referirá al nuevo sistema de abastecimiento de agua de Asunción, Paraguay, y a la escasez de sistemas adecuados para el abastecimiento de agua potable en las Américas. También se proyecta preparar "matrices" sobre la erradicación de la malaria, las relaciones entre la salud pública y el desarrollo económico, y otras actividades de la Oficina y de los Países Miembros; b) un servicio de información fotográfica, que diferirá del enunciado anteriormente en que el texto y las fotografías, hechas en papel brillante, irán por separado, y no en una sola "matriz" dispuesta ya para la impresión. Este servicio, permitirá a la Oficina hacer llegar rápidamente a ciertos grupos reducidos, especiales, o a determinados sectores, noticias ilustradas y de actualidad sobre las actividades de la OPS/OMS y la labor de la salud pública de los Países Miembros. La primera información de este tipo versará sobre la erradicación de la malaria; c) un servicio de material cronometrado para radio, que llegará a las emisoras de todo el hemisferio y contendrá breves informaciones preparadas debidamente para un determinado número de minutos de lectura; d) un servicio de "matrices" para la televisión, que permitirá a la Oficina proporcionar a las emisoras el mismo tipo de informaciones y noticias contenidas en los ya mencionados servicios de información fotográfica y de "matrices". Consistirá en un texto preparado y en una "matriz de televisión", o ilustración que pueda reproducirse fácilmente en la pantalla.

Gracias a estos servicios, la información de la Oficina alcanzará a un público, tanto general como profesional y especializado, mucho más amplio.

Medios visuales

La ampliación de los medios de información se reflejó también en las exposiciones de la OPS. Organizáronse exposiciones en 12 Estados y el Distrito de Columbia, de los Estados Unidos, y en el Canadá. Figuraron en numerosas reuniones, como la Asamblea Anual de la Asociación Médica Americana y de la Asociación Americana de Salud Pública (Atlantic City, New Jersey); la Reunión Anual de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salubridad (Brownsville, Texas); el Seminario sobre la Enseñanza de la Salud Pública en las Escuelas de Medicina Veterinaria (Kansas City, Missouri), la Primera Conferencia Internacional sobre Vacunas de Virus Vivo contra la Poliomielititis (Georgetown University, Washington D. C.) y el IX Congreso Internacional de Pediatría (Montreal, Canadá).

Después de ser presentada ampliamente en México y América Central la exposición con texto en español, sobre saneamiento del medio y abastecimiento de agua se envió a Colombia, donde se dió a conocer en Bogotá y otros lugares del país. Se remitió a los países de la Zona II una serie de paneles sobre los resultados de una encuesta acerca

de la enseñanza de la pediatría en las Américas, para exhibirlos en diversas poblaciones. Estos mismos paneles habían sido expuestos, antes, en los países de la Zona VI.

Publicaciones

El *Boletín* mensual entró, en 1959, en su 38º año de existencia. Respondiendo a la demanda, cada vez mayor, que encuentra esta publicación entre el personal de salud pública y especialistas en distintos campos de la medicina en las Américas, la tirada mensual llegó a 9,400 ejemplares que representa la cifra máxima en la historia del *Boletín*. Durante el año aparecieron los volúmenes XLVI y XLVII que, como de costumbre, constan de seis números mensuales cada uno.

Otra de las publicaciones periódicas distribuidas a las autoridades sanitarias, organismos de salud pública, centros docentes, la prensa y otros grupos interesados fue la titulada PAHO *Quarterly*, y su versión española, *Informaciones de la OPS*. Este fue el tercer año de esta publicación semitécnica que apareció en los meses de enero, abril, julio y noviembre. Como en años anteriores, *Informaciones de la OPS* contiene datos sobre la labor llevada a cabo respecto a los proyectos de campo de la OPS y otras actividades de la Organización. En 1959, el total de ejemplares por número ascendió a 1,500, en cada idioma.

Continuaron apareciendo el *Informe Epidemiológico Semanal, Estadística Sanitaria* y el *Calendario Mensual de Reuniones Internacionales*. El *Informe Epidemiológico Semanal* publica datos de actualidad sobre las enfermedades cuarentenables en las Américas, facilitados a la OSP por las administraciones sanitarias nacionales de acuerdo con lo dispuesto en el *Reglamento Sanitario Internacional*. Asimismo, se hace referencia a otros acontecimientos de importancia epidemiológica que interesan al personal de sanidad y de los servicios de cuarentena. *Estadística Sanitaria* es una publicación trimestral que contiene resúmenes, por meses, de casos de enfermedades de notificación obligatoria registrados en las Américas. Contiene también otros tipos de información, como la relativa a reuniones y publicaciones, de interés para los estadígrafos. El *Calendario* se distribuyó a las autoridades sanitarias, a las organizaciones internacionales y a otras instituciones interesadas en la materia. Esta publicación informa sobre las reuniones internacionales convocadas por la OPS y la OMS o patrocinadas por ellas, y sobre reuniones, internacionales o nacionales, a las que ha sido invitada la Oficina.

Asimismo, se publicaron seis números del boletín bimestral *Erradicación de la Malaria*, que se prepara bajo la supervisión técnica de la Oficina de Erradicación de la Malaria. Esta publicación, que se refiere principalmente a los acontecimientos técnicos y administrativos en la campaña de erradicación de la malaria, se distribuye principalmente a los servicios de lucha antimalárica de los distintos países y al personal de la Oficina dedicado a las actividades contra

esa enfermedad. La tirada de esta publicación, que antes era de 500 ejemplares, se aumentó a 550, en 1959.

La Oficina continuó también publicando la serie de Documentos Oficiales de la OPS: *Proyecto de Programa y Presupuesto, 1960-1961; Informe Anual del Director* y el *Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo*. Igualmente se publicaron, en inglés y en español, las *Actas* de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 21 septiembre-3 octubre, 1958). Además de su distribución normal, estos Documentos Oficiales fueron

facilitados, durante la XI Reunión del Consejo Directivo, a los representantes que participaron en ella.

En el curso del año aparecieron, de acuerdo con el programa establecido por el Comité de Publicaciones, las Publicaciones Científicas, las Publicaciones Varias y los Documentos Oficiales enumerados en el cuadro XXXVIII.

Sin contar el material de información pública, las publicaciones distribuidas ascendieron a 187,016 ejemplares, lo que representa un considerable aumento en comparación con la cifra de 183,518, correspondiente a 1958.

CUADRO XXXVIII. PUBLICACIONES EN 1959

Número de serie	Título	Número de páginas	Número de ejemplares
<i>Documentos Oficiales</i>			
27	Actas de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana	571	1,000
27	Proceedings of the XV Pan American Sanitary Conference	548	1,000
28	Proyecto de Programa y Presupuesto, Organización Panamericana de la Salud, 1960-1961	254	400
28	Proposed Program and Budget of the Pan American Health Organization 1960-1961	254	400
29	Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo, 1958	64	400
29	Financial Report of the Director and Report of the External Auditor, 1958	64	350
30	Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana	177	2,000
30	Annual Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau	165	2,000
<i>Publicaciones especiales</i>			
23	Manual de Técnicas de Laboratorio Aplicadas a la Rabia (Reimpreso)	154	2,000
41	Seminario sobre el Control de la Lepra	88	1,000
42	Seminário Didático Internacional sôbre Levantamentos de Enfermagem	77	1,000
43	Radiaciones Ionizantes y sus efectos en la Población	62	2,000
44	Proceedings of the First International Conference on Live Poliovirus Vaccines	713	2,200
<i>Publicaciones varias</i>			
48	Intercambio Interamericano de Notificaciones de casos de Tuberculosis—Inter-American Exchange of Reports of Cases of Tuberculosis	4	50,000
50	Centro Panamericano de Zoonosis	10	5,000
50	Pan American Zoonoses Center	10	5,000
51	Enfermedades Venéreas—Estudio de la Legislación Vigente	48	1,500
52	XVII Curso Internacional de Malaria y otras Enfermedades Metaxénicas	13	500
<i>Otras publicaciones</i>			
	Reglamento Sanitario Internacional Edición Anotada	153	3,000

REUNIONES Y ACUERDOS OFICIALES

En 1959, las reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización tuvieron lugar en Washington, D. C. El Consejo Directivo celebró su XI Reunión, del 21 al 30 de septiembre, y el Comité Ejecutivo celebró sus 37ª, 38ª, y 39ª Reuniones.

Consejo Directivo

En la XI Reunión del Consejo Directivo, XI Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, estuvieron representados los siguientes Estados Miembros: Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Francia, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Reino de los Países Bajos, Reino Unido, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. El Gobierno de Canadá designó a un observador oficial. El Subdirector General, encargado del Departamento de Administración y Finanzas, de la Organización Mundial de la Salud, también estuvo presente. Asistieron asimismo a la reunión observadores de las Naciones Unidas, el UNICEF, la FAO y la Organización de los Estados Americanos, así como de 17 organizaciones no gubernamentales que mantienen relaciones oficiales con la OMS. El Consejo celebró 15 sesiones plenarias, siete sesiones de la Comisión General y dos sesiones de la Comisión de Credenciales. Se dedicó un día entero a las Discusiones Técnicas.

Se celebró una sesión especial en honor del Dr. Fred L. Soper, Director Emérito de la Oficina Sanitaria Panamericana, a la que asistieron los miembros del Consejo, representantes del cuerpo diplomático, invitados y el personal de la Oficina. El Presidente del Consejo ofreció al Dr. Soper, en esta sesión, un pergamino que daba constancia de su designación como Director Emérito, así como una medalla de oro en cuyo anverso aparecía la efigie del Dr. Soper y en el reverso una inscripción en el centro, que decía: "Fred L. Soper, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1947-1958" orlada con estas palabras: "En reconocimiento de su obra en favor de la salud continental".

En sus sesiones plenarias, el Consejo estudió una serie de importantes problemas técnicos y administrativos, y adoptó numerosas resoluciones relativas a asuntos técnicos, administrativos y de organización, que ya se han examinado detalladamente en las correspondientes secciones técnicas de este Informe. Las decisiones sobre cuestiones administra-

tivas se describen en la sección relativa a la estructura orgánica y actividades administrativas.

Los Gobiernos de Colombia y El Salvador fueron elegidos para formar parte del Comité Ejecutivo por un período de tres años, uniéndose a los miembros que continúan en funciones: Brasil, Estados Unidos, Honduras, México y Venezuela. El Consejo expresó su agradecimiento a los Gobiernos de Guatemala y Perú, que terminaban su mandato en el Comité, por los servicios que sus representantes habían prestado a la Organización en el seno del mismo.

A continuación figura la composición del Comité Ejecutivo, a fines de 1959, con indicación de la fecha en que expira el mandato de cada uno de sus miembros:

<u>País</u>	<u>Término del mandato</u>
Brasil	Septiembre 1961
Colombia	Septiembre 1962
El Salvador	Septiembre 1962
Estados Unidos	Septiembre 1961
Honduras	Septiembre 1961
México	Septiembre 1960
Venezuela	Septiembre 1960

El Consejo Directivo estudió las propuestas formuladas por varios países en relación con el establecimiento de un Año Internacional de la Salud y de la Investigación Médica, así como las decisiones que habían adoptado la Asamblea Mundial de la Salud, el Consejo Ejecutivo de la OMS y el Director General sobre esta materia. El Consejo expresó su conformidad con la idea de fijar un año determinado que se dedicaría a fomentar las actividades en los diversos aspectos de la salud internacional y de la investigación médica, recomendó a los Gobiernos Miembros que sometieran sus observaciones y sugerencias específicas al Director General de la OMS, de acuerdo con la solicitud de éste, y, además, recomendó a los Gobiernos Miembros que iniciaran la preparación de planes con el fin de garantizar la participación nacional y local, en caso de que la Asamblea Mundial de la Salud aprobara la propuesta.

Sobre el tema del control de la propaganda de los productos medicinales, el Consejo encomendó al Director que estudiara las características de este control, los medios de autorreglamentación en el seno de la industria y los problemas prácticos que plantea la aplicación de las diversas

legislaciones o actividades de control de la propaganda. Por otra parte, el Consejo recomendó a los Gobiernos que adopten medidas para prohibir la propaganda engañosa de productos medicinales.

Como parte de sus actividades, el Consejo dedicó una sesión especial a las Discusiones Técnicas, sobre el tema "Aspectos técnicos, financieros y administrativos del abastecimiento de agua en el medio urbano en las Américas". El Representante de Venezuela fue elegido Director de Debates; el Representante de El Salvador fue designado Relator, y el Jefe del Departamento de Saneamiento del Medio, de la Oficina, fue nombrado Secretario Técnico por el Director de la OSP. Los consultores especiales designados a tal efecto presentaron trabajos sobre el tema. Además, participantes de Argentina, Colombia, Cuba, Curazao, Guatemala, México y Nicaragua presentaron trabajos referentes a la experiencia lograda en sus respectivos países, en materia de sistemas de abastecimiento de agua. La Autoridad de Acueductos y Alcantarillado de Puerto Rico puso a disposición de los asistentes varios informes y datos sobre sus actividades. El Director de Debates presentó el informe preparado por el Relator en el que se resumieron las opiniones expresadas en el curso de las Discusiones Técnicas, y el Consejo expresó su satisfacción por el desarrollo de las mismas.

El Consejo seleccionó el tema "Aspectos técnicos, administrativos, legales y financieros de la disposición de basuras y desechos" para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XII Reunión de este Cuerpo Directivo.

Después de estudiar el documento sobre el Fondo Especial de las Naciones Unidas y la ayuda que este Fondo podría prestar a los proyectos de salud pública, el Consejo invitó a los Gobiernos Miembros a que, en la revisión de sus respectivos programas de salud pública, tuvieran en cuenta el Fondo Especial como una posible fuente de cooperación internacional y presentaran los proyectos adecuados por las vías pertinentes.

Además, el Consejo encomendó al Director que cooperara con los Gobiernos Miembros en la elaboración de proyectos que puedan ser financiados por el Fondo Especial de las Naciones Unidas, especialmente en los estudios necesarios para el establecimiento de programas de abastecimiento de agua.

El Consejo examinó el informe del Comité Ejecutivo, preparado por el Subcomité sobre Documentos Básicos nombrado por este último para estudiar el mejoramiento de los mismos, y resolvió aceptar la recomendación del Comité en el sentido de que se preparen también textos oficiales de dichos documentos en portugués y francés.

El Consejo expresó su agradecimiento al Gobierno de la República de Cuba y aceptó su invitación para celebrar la XII Reunión del Consejo Directivo, XII Reunión del Comité Regional de la OMS, y las reuniones del Comité Ejecutivo en la ciudad de La Habana.

Comité Ejecutivo

Las 37ª, 38ª, y 39ª Reuniones del Comité Ejecutivo tuvieron lugar en Washington, D. C., del 4 al 8 de mayo, y el 23 y el 30 de septiembre, respectivamente, con la participación de todos los miembros, salvo Perú, que estuvo ausente de la 38ª Reunión.

A la 37ª Reunión del Comité, celebrada bajo la presidencia del Representante de México, con el Representante de Venezuela actuando en calidad de vicepresidente, asistieron los representantes de Brasil, Guatemala, Estados Unidos, Honduras y Perú, así como observadores de Francia, el Reino de los Países Bajos y la Organización de los Estados Americanos.

En esta reunión, el Comité Ejecutivo decidió suprimir las reuniones que se celebraban inmediatamente antes de las del Consejo Directivo; pidió al Director que preparara un informe sobre la situación de la descentralización de las actividades de la OSP; tomó nota con profundo agrado de la resolución sobre medidas de cooperación económica para proyectos de salud pública, adoptada por la Comisión Especial de la OEA, reunida en Buenos Aires, que reconoció la importancia de la salud pública para el desarrollo económico y de la que cabe esperar grandes beneficios para el progreso de las Américas; y encomendó al Director que consultara con el Gobierno de Argentina sobre la conveniencia de proyectar un Congreso Interamericano de Salud Pública antes de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana.

El Comité examinó detenidamente el Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS para 1960, y resolvió someterlo a la XI Reunión del Consejo Directivo, recomendando a éste que fijara el nivel presupuestario para dicho año en \$4,100,000.

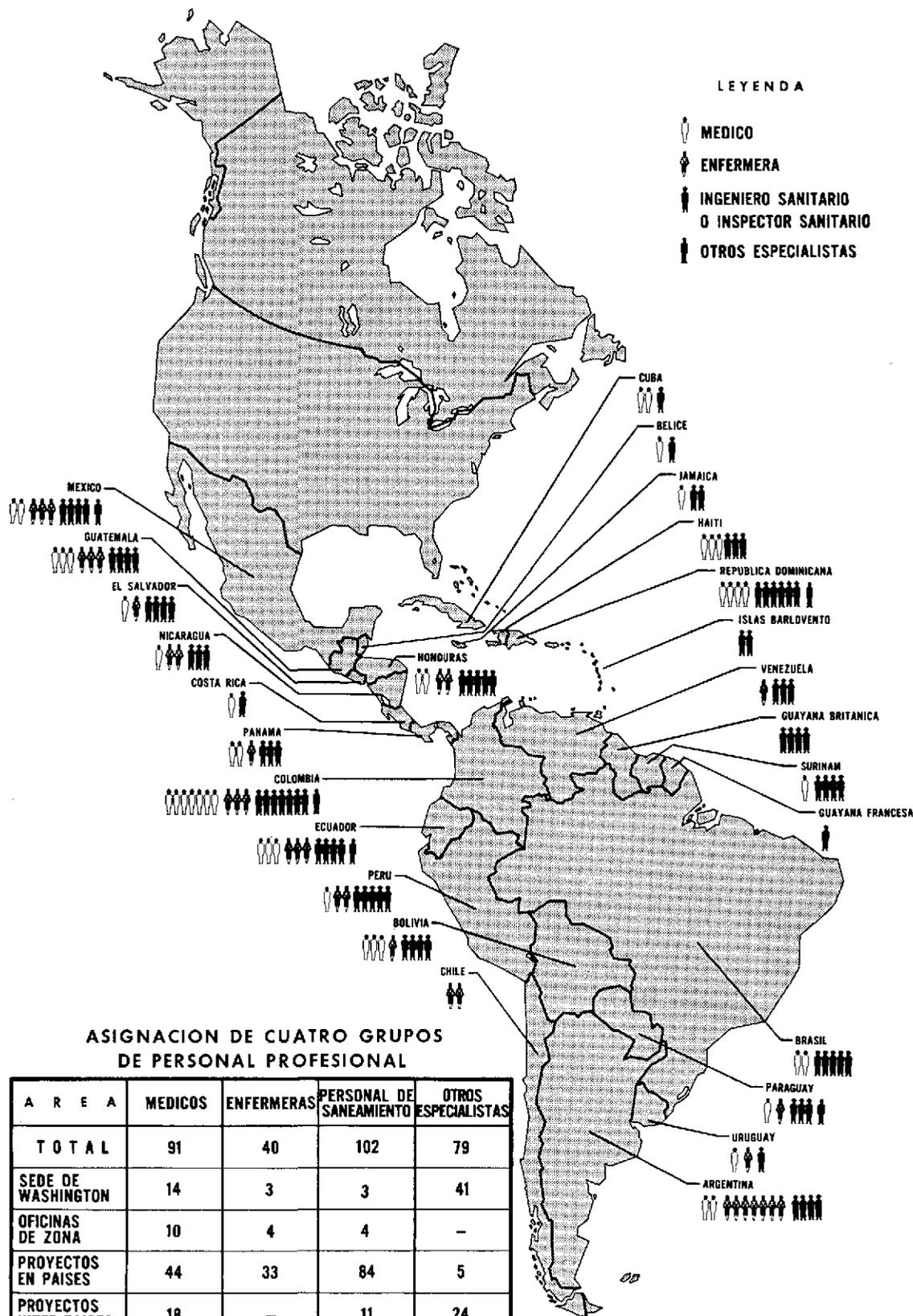
En la 38ª Reunión se estudiaron las enmiendas a los Artículos 10 y 11 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo. En virtud de estas enmiendas el plazo mínimo para proponer temas que hayan de incluirse en el programa de una reunión del Comité, se elevó a 30 días antes de la celebración de éstas, y el envío del proyecto de programa de temas y de todos los documentos pertinentes a los representantes, a 21 días antes de la reunión de que se trate. Se examinó asimismo el informe del Director sobre la descentralización de las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana hacia las Oficinas de Zona, tema sugerido por el Gobierno de México en la reunión anterior del Comité. En relación con este asunto, se aprobó una resolución solicitando del Director que mantuviera informado al Comité Ejecutivo sobre los resultados de los diversos estudios emprendidos y que formulara recomendaciones acerca del camino a seguir, respecto a la descentralización, con el fin de lograr el funcionamiento más eficaz y económico de la Oficina Sanitaria Panamericana. Finalmente, el Comité estudió y recomendó al Consejo Directivo la aprobación de varias enmiendas a los Artículos 1.1 y 1.2 del Reglamento

Financiero y otros cambios editoriales en el texto del mismo.

En su 39ª Reunión, el Comité Ejecutivo dió la bienvenida a los representantes de Colombia y El Salvador, elegidos por la XI Reunión del Consejo Directivo para ocupar los puestos del Comité que quedaron vacantes por haber llegado al término de su mandato Guatemala y Perú. Por aclamación

fueron elegidos Presidente y Vicepresidente los representantes de Brasil y Colombia, respectivamente. El Comité autorizó al Director a convocar la XII Reunión del Consejo Directivo, XII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas, que se celebrará en La Habana, Cuba, en 1960, en las fechas que fijará de común acuerdo con el Gobierno de Cuba.

**PERSONAL PROFESIONAL INTERNACIONAL ASIGNADO A LOS PROYECTOS DE LA
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, EN LOS PAISES DE LAS AMERICAS, OCTUBRE DE 1959**



ESTRUCTURA ORGANICA Y ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS

Los programas de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, se llevan a cabo por medio de la Sede de Washington, D. C., seis Oficinas de Zona y una Oficina de Campo. Esta estructura orgánica descentralizada ha facilitado el establecimiento de estrechas relaciones con los Ministerios de Salud Pública y las autoridades de los Gobiernos Miem-

bros, con los que la Organización colabora para la consecución de sus objetivos. Las diversas Oficinas de Zona están situadas actualmente en Caracas, Venezuela; México, D. F., México; Ciudad de Guatemala, Guatemala; Lima, Perú; Río de Janeiro, Brasil, y Buenos Aires, Argentina; la Oficina de Campo está en El Paso, Texas.

Sede de Washington

Además de asumir la responsabilidad de dirigir todas las operaciones, la Oficina de Washington tiene a su cargo las actividades que se llevan a cabo en los Estados Unidos y Canadá, y supervisa la labor de la Oficina de Campo de El Paso, Texas. La Sede comprende la Oficina del Director y tres divisiones principales, a saber, la de Salud Pública, la de Educación y Adiestramiento y la de Administración.

Oficina del Director

El 1° de febrero de 1959, el Dr. Abraham Horwitz, de Chile, asumió el puesto de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, sucediendo al Dr. Fred L. Soper, que se retiró después de haber desempeñado dicho cargo durante 12 años. Los dos miembros principales del personal, el Subdirector y el Secretario General, siguieron en sus puestos, facilitando así una valiosa continuidad en la dirección.

Durante el año, se verificaron ciertos cambios en la organización de la sede, y las funciones del Subdirector y del Secretario General fueron definidas de nuevo y aclaradas. Además de ejercer las funciones de Director Interino, en los casos de ausencia del Director, y de asistir a éste en todos

los aspectos de sus responsabilidades, el Subdirector dirige todas las operaciones de campo llevadas a cabo por la Oficina (por medio de las seis Oficinas de Zona, la Oficina de Campo de El Paso y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá), coordina los servicios de la División de Administración con los de las otras divisiones y con los servicios de campo, coordina la documentación sometida a los Cuerpos Directivos y sirve, por delegación, como Secretario en las reuniones de éstos.

El Secretario General es el principal ayudante del Director en el establecimiento de planes y normas. Supervisa la preparación del programa y presupuesto, coordina la labor de las Divisiones de Salud Pública y de Educación y Adiestramiento, y dirige la evaluación de las necesidades y recursos sanitarios, así como el desarrollo y funcionamiento del sistema de informes relativos al programa de la Oficina.

La labor de la sede continúa realizándose mediante las Divisiones de Salud Pública, Educación y Adiestramiento, y Administración. Ahora bien, los servicios de conferencias y publicaciones se han transferido de la Oficina del Director a la División de Administración. También han dejado de

pertenecer a la Oficina del Director, la Oficina de Informes, que ha pasado a depender del Secretario General, y la Biblioteca, que ahora forma parte de la División de Educación y Adiestramiento. La única oficina que continúa bajo la supervisión inmediata del Director, es la Oficina de Información, a la cual está adscrita la Unidad de Medios Visuales.

El propósito de estos cambios es simplificar el funcionamiento de los servicios de la Sede, procurar una coordinación más eficaz de las actividades y utilizar en la mayor extensión posible, en el planeamiento y ejecución de la labor de la Oficina, los servicios de sus tres funcionarios principales.

Divisiones de Salud Pública y de Educación y Adiestramiento

La División de Salud Pública comprende los Departamentos de Enfermedades transmisibles, de Fomento de la Salud y de Saneamiento del Medio, así como la Oficina de Erradicación de la Malaria. El Departamento de Enfermedades Transmisibles incluye la Sección de Epidemiología y Estadística.

La División de Educación y Adiestramiento está integrada por los Departamentos de Educación Profesional y de Becas. En las secciones correspondientes de este informe, figura una descripción detallada de la labor realizada por estas dos unidades, que está relacionada con los servicios directos a los gobiernos y con el asesoramiento a las Oficinas de Zona y al personal de campo sobre las actividades de los proyectos.

División de Administración

La División de Administración comprende los Departamentos de Gestión Administrativa y de Personal, de Finanzas y Presupuestos, y de Conferencias y Publicaciones, la Oficina de Servicios Generales y la Oficina de Suministros. La transferencia a esta División de los servicios de conferencias, idiomas y publicaciones ha contribuido a unificar las funciones administrativas de la Organización.

La continua expansión del programa de la Organización aumentó directamente el trabajo de los servicios administrativos durante el año a que se refiere este Informe. Aspectos particularmente importantes de esta labor fueron los esfuerzos encaminados al establecimiento de un presupuesto funcional como base de las operaciones, las gestiones relativas a la obtención de un terreno para el edificio de la Sede de la Organización, la asistencia prestada en relación con el programa de abastecimiento de agua recién establecido, la continua ayuda al programa de erradicación de la malaria, y la intensificación de las actividades de encuestas y estudios administrativos.

Durante el año, la División de Administración tuvo una participación cada vez mayor en las actividades del programa. Personal de la División se encargó de la labor preliminar de encuesta y planeamiento a fin de prestar asistencia

a los Ministerios de Salud Pública para mejorar la administración de sus servicios, programa que se ha descrito con más detalle en la sección relativa al fortalecimiento de servicios de salud pública.

Como se indicó en informes anteriores, el programa de erradicación de la malaria entraña un volumen considerable de trabajo administrativo y exige además que en el personal técnico se desarrolle la debida apreciación y comprensión de los procesos administrativos eficaces, que son necesarios para mantener la continuidad en el movimiento de suministros y en las operaciones del programa. El personal de los servicios administrativos ha participado activamente en programas de adiestramiento, que se han complementado con la orientación técnica proporcionada en los programas de campo por los consultores en métodos administrativos.

Otro programa técnico que ha requerido extensas consultas de carácter administrativo, ha sido el programa ampliado de abastecimiento de agua a las poblaciones. Se concede especial importancia a los aspectos financieros y administrativos de este problema, así como a los de naturaleza puramente técnica.

Gestión administrativa

Debido a la expansión del programa ha sido necesario revisar constantemente los diversos procedimientos y prácticas de la Organización. Durante el año, la Oficina de Suministros mejoró su sistema de envíos e inició una utilización más eficaz de los servicios ofrecidos por vendedores en mayor número de países. Se lograron otras economías mediante un mayor empleo de los servicios prestados por empresas comerciales en materia de viajes y de trabajos de impresión y reproducción. Se estudiaron detalladamente los aspectos administrativos de la Sección de Finanzas y del Departamento de Becas.

Personal

A fines de 1959, el número de miembros del personal de la Organización ascendía a 777 de los cuales 412 eran funcionarios internacionales y 365 de contratación local. Había 222 personas empleadas en la sede de Washington y 555 en las Oficinas de Zona y proyectos de campo. Debe señalarse que el presupuesto de la Organización se incrementó en un 80 por ciento desde 1955 en tanto, que el número total de funcionarios aumentó en un 56 por ciento durante el mismo período, y el de personal de la Sede tan sólo en un 11 por ciento.

Del personal empleado a fines de 1959, 610 funcionarios, o sea, el 79 por ciento, estaban retribuidos con fondos de la OPS y 167, es decir, el 21 por ciento, con fondos de la OMS procedentes de su presupuesto ordinario o del Programa Ampliado de Asistencia Técnica.

En 1959 hubo un importante cambio en relación con el seguro de enfermedad para el personal. En sustitución del limitado plan anterior, que sólo cubría a los miembros del

personal, se estableció un nuevo plan que comprende asimismo a los familiares a cargo de dichos miembros, satisfaciéndose así una necesidad sentida hace mucho tiempo. Este plan está financiado conjuntamente por la Organización y por el personal. Debido a las complejidades inherentes a un personal distribuido por todo el mundo y a la dificultad de encontrar una compañía comercial de seguros satisfactoria, la Organización administra el plan como actividad interna.

Presupuesto y Finanzas

El presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1959 ascendió a \$3,600,000. Además, la Oficina efectúa gastos sufragados con fondos de otras fuentes, según se indica en el Cuadro XXXIX y en el gráfico adjunto.

CUADRO XXXIX

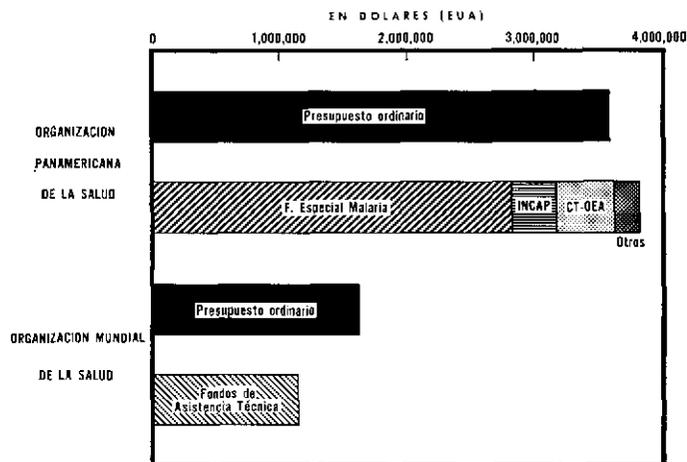
PRESUPUESTO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, 1959

TOTAL.....	\$ 10,187,387
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.....	7,429,490
Presupuesto ordinario.....	3,600,000
Otros fondos para fines especiales.....	3,829,490
a) Fondo especial para la erradicación de la malaria.....	(2,814,070)
b) Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá [INCAP].....	(355,000)
c) Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos [CT-OEA].....	(462,554)
d) Otros fondos.....	(197,866)
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.....	2,757,897
Presupuesto ordinario para la Región de las Américas.....	1,613,817
Fondos de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, administrados por la OMS.....	1,144,080

Los gastos realizados por la Oficina en 1959 fueron, por varias razones—algunas de las cuales se citan más adelante—inferiores al nivel autorizado. Sin embargo, el volumen de las actividades desarrolladas aumentó, en un 9.4 por ciento con respecto al de 1958, medido en términos de fondos administrados por la Oficina, o sea, un total de \$9,030,038, en comparación con \$8,252,540 en 1958 (véase Cuadro XL). Hubo aumentos en todos los fondos, excepto en los del Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, en los que continuó el descenso observado desde 1956, en que alcanzaron su nivel máximo.

En los últimos años ha sido necesario utilizar ocasionalmente el Fondo de Trabajo para hacer frente a los déficits entre el presupuesto autorizado y los ingresos efectivos por cuotas cobradas y otros conceptos. Estas necesidades, junto con un continuo aumento del presupuesto, determinaron que, a principios de 1959, el Fondo de Trabajo descendiera

FUENTES DE LOS FONDOS PARA EL PROGRAMA DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, 1959



muy por debajo de su nivel autorizado del 60 por ciento del presupuesto aprobado. Este problema fue sometido a la consideración del Consejo Directivo, que resolvió llamar la atención de los gobiernos sobre la necesidad de un pago más puntual de las cuotas, y aprobó la asignación de una proporción del presupuesto para el incremento gradual del Fondo de Trabajo hasta que éste alcance el nivel autorizado. Mediante las economías efectuadas en todos los niveles de las operaciones de la Oficina, y como resultado del aplazamiento de determinadas actividades, por cambios introducidos en los planes de los Gobiernos, así como de la demora en la contratación de personal y de otros factores semejantes, fue posible aumentar el Fondo de Trabajo de \$974,162 en enero de 1959 a \$1,181,335 en enero de 1960.

Los pagos de cuotas corrientes y atrasadas ascendieron a \$3,420,196, o sea, el 78 por ciento del total adeudado, mientras que en 1958 representaron el 74 por ciento.

Mediante una concienzuda revisión periódica de las actividades programadas y gracias al establecimiento de un sistema que permitía prever economías presupuestarias derivadas de distintas demoras y aplazamientos se pudo anticipar al máximo la programación y aprovechar los recursos disponibles en la mayor medida posible.

Durante el año, se inició un estudio y evaluación del sistema presupuestario utilizado por la Oficina. Se consideró que podría establecerse una presentación más racional de los planes financieros y del programa de ésta, y que cierta simplificación de la estructura del presupuesto y de la contabilidad conduciría a un mejoramiento de la gestión administrativa de la Oficina. En junio, el Director convocó una reunión de un Comité de Expertos para asesorarle en cuanto a la posibilidad de establecer, para la Organización, un sistema de presupuesto y contabilidad, de carácter funcional. El

CUADRO XL. GASTOS DE LA OPS Y DE LA OMS EN 1959,
SEGUN EL ORIGEN DE LOS FONDOS

OPS	
OPS—Presupuesto ordinario	\$3,334,010
OPS—Fondo Especial para la Erradica- ción de la Malaria	1,978,905
OPS—Asignaciones especiales	7,171
OPS—Fondo de indemnización del seguro de incendio	1,229
Subvenciones y otras aportaciones recibidas por la OPS	241,060
Organización de los Estados Ameri- canos—Programa de Cooperación Técnica	368,563
Presupuesto ordinario del INCAP	104,679
Asignación especial del INCAP	5,000
Subvenciones y otras aportaciones recibidas por el INCAP	246,680
Total de la OPS	\$6,287,297
OMS	
OMS—Presupuesto ordinario	\$1,622,516
OMS—Cuenta especial para la Erradica- ción del Paludismo	10,986
OMS—Asistencia Técnica	1,120,225
Total de la OMS	\$2,753,727
Total de la OPS/OMS	\$9,041,024
Servicios de compras en las Américas por cuenta de Gobiernos, instituciones públicas, etc.	880,471
Total General	\$9,921,495

citado Comité, que se reunió en la Sede, apoyó este sistema y otro comité interno ha iniciado su trabajo para llevarlo a la práctica.

La XI Reunión del Consejo Directivo aprobó la recomendación del Comité Ejecutivo relativa al proyecto de programa y presupuesto de la OPS para 1960, fijándolo en la cantidad de \$4,100,000, que se utilizará en programas dedicados a cuatro objetivos principales a saber: a) la eliminación de las enfermedades pestilenciales; b) la integración de las funciones de salud; c) el adiestramiento de personal, y d) el fomento de las actividades de investigación.

Servicios de Conferencias e Idiomas

Además de atender a los servicios de secretaría de las reuniones ordinarias de la Organización, se prestaron servicios similares para la XVII Reunión Anual de la Asocia-

ción Fronteriza Mexicana-Estadounidense de Salubridad (Brownsville, Texas-Matamoros, Tamaulipas, 30 de marzo-3 de abril); la VII Reunión de Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria de Centro América, México y Panamá (Ciudad de Panamá, Panamá, 13-17 de abril); la Primera Conferencia Internacional sobre Vacunas de Virus Vivo contra la Poliomiélitis (Washington, D. C., 22-26 de junio); el Seminario sobre la Enseñanza de Salud Pública en las Escuelas de Medicina Veterinaria (Kansas City, Missouri, 17-22 de agosto), y la X Reunión del Consejo del INCAP (Ciudad de Guatemala, Guatemala, 17-19 de septiembre).

Suministros

Se llevaron a cabo servicios de compras por cuenta de los Gobiernos Miembros de la OPS y de la sede de la OMS en Ginebra, así como para satisfacer las necesidades corrientes del funcionamiento de la Oficina. Las siguientes cifras indican el volumen de estos servicios: 1,794 pedidos y 7,720 artículos adquiridos por un valor total de \$2,372,108.

Las compras por cuenta de los Gobiernos Miembros fueron considerablemente superiores a las efectuadas en 1958. En ese año se adquirieron 853 clases de artículos, por un valor total de \$404,659, y en 1959 las cifras fueron de 1,372 clases de artículos por un importe de \$995,777.

Asuntos jurídicos

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana, reunida en San Juan, Puerto Rico, en 1958, autorizó el nombramiento de un subcomité encargado de revisar los textos de la Constitución y de otros documentos básicos de la Organización Panamericana de la Salud. Este estudio está destinado primordialmente a mejorar la claridad y la equivalencia de significado entre los textos inglés y español de los documentos básicos. El Subcomité constituido para tal fin, con representantes de Brasil, Estados Unidos y México, comenzó su estudio con la colaboración del personal de la Oficina y con asesoramiento del Departamento de Asuntos Jurídicos de la Unión Panamericana. En la XI Reunión del Consejo Directivo, se presentó un informe sobre la labor realizada.

El Consejo Directivo autorizó la introducción de ciertas enmiendas en el Reglamento Financiero, con el fin de expresar claramente la autoridad del Director para recibir y administrar los fondos y otros bienes de la Organización y de ampliar el período durante el cual los fondos comprometidos para becas han de quedar disponibles para saldar las obligaciones.

Edificios e instalaciones de la Sede

En 1959, el Gobierno de los Estados Unidos adoptó medidas concretas para llevar a la práctica su ofrecimiento de un terreno destinado a la construcción de un edificio para la sede de la Organización Panamericana de la Salud. Se preparó un proyecto de ley, autorizando la adquisición

de un solar adecuado, y fue presentado a ambas Cámaras del Congreso de los Estados Unidos. El Senado lo aprobó el 20 de agosto de dicho año.

La creciente escasez de espacio en los edificios de la sede se hizo tan aguda que fue necesario alquilar un local adicional para oficinas en otro edificio. Las oficinas de la sede se hallan ahora, pues, divididas entre cuatro edificios distintos, y esto plantea problemas de coordinación y comunicación.

En octubre se produjo un incendio en el segundo piso del edificio principal de la sede, que dañó considerablemente el local ocupado por la Oficina de Erradicación de la Malaria. Como el seguro cubrió la totalidad de las pérdidas, la Oficina no sufrió ningún quebranto financiero con dicho motivo. Fue necesario, sin embargo, hacer una serie de ajustes en los locales, con el consiguiente hacinamiento a fin de que el funcionamiento de los servicios no se interrumpiera mientras se reparaba la parte del edificio incendiada.

Oficinas de zona y de campo

Oficina de Campo de El Paso

La Oficina de Campo de El Paso, ayuda a coordinar las actividades de salud pública en la frontera entre los Estados Unidos y México. En 1959 su personal se componía de un oficial médico, un oficial administrativo y dos taquimecanógrafas. Se ha agregado para 1960 un puesto de oficial médico veterinario. El jefe de la Oficina de Campo de El Paso es secretario permanente de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salubridad, que se reúne anualmente para estudiar los problemas de salud pública de la zona fronteriza. La XVII Reunión Anual de la Asociación tuvo lugar en Brownsville, Texas, y Matamoros, Tamaulipas, del 30 de marzo al 3 de abril de 1959.

La reunión de este año, además de ocuparse de materias referentes a las principales enfermedades transmisibles, como la rabia, la tuberculosis y las enfermedades venéreas, adoptó medidas para convocar una reunión conjunta de la Asociación con la sección occidental de la Asociación de Salud Pública de los Estados Unidos, prevista para el 19 de junio de 1961 en San Diego, California.

La próxima reunión de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salubridad, se celebrará en Hermosillo, Sonora, en abril de 1960.

En 1959, la Oficina de Campo de El Paso colaboró con las autoridades sanitarias nacionales y estatales en diversas actividades sobre enfermedades transmisibles (rabia, tuberculosis, enfermedades venéreas, fiebre tifoidea, poliomielitis, lepra, encefalitis, difteria, viruela y enfermedades diarreicas), además de hacerlo en problemas referentes al control de vectores, contaminación de la atmósfera y educación y adiestramiento. Nueve becarios recibieron adiestramiento a través de medidas adoptadas por la Oficina de

Campo. Esta participó en reuniones de diversas organizaciones: a) reunión de personal de la Región VII del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos; b) reunión de la Asociación Antituberculosa del Condado de Cameron; c) reunión de los Oficiales de Sanidad de Distrito, Nuevo México; d) reunión de la Asociación de Enfermeras Diplomadas de Texas; e) reunión de la Junta de Sanidad de la ciudad de Los Angeles, y f) reunión del Departamento de Salud Pública del Condado de Orange, California.

Zona I

La Oficina de la Zona I, con sede en Caracas, Venezuela, sirve a más de veinte departamentos de salud pública, muy diseminados, en Venezuela y el área del Caribe.

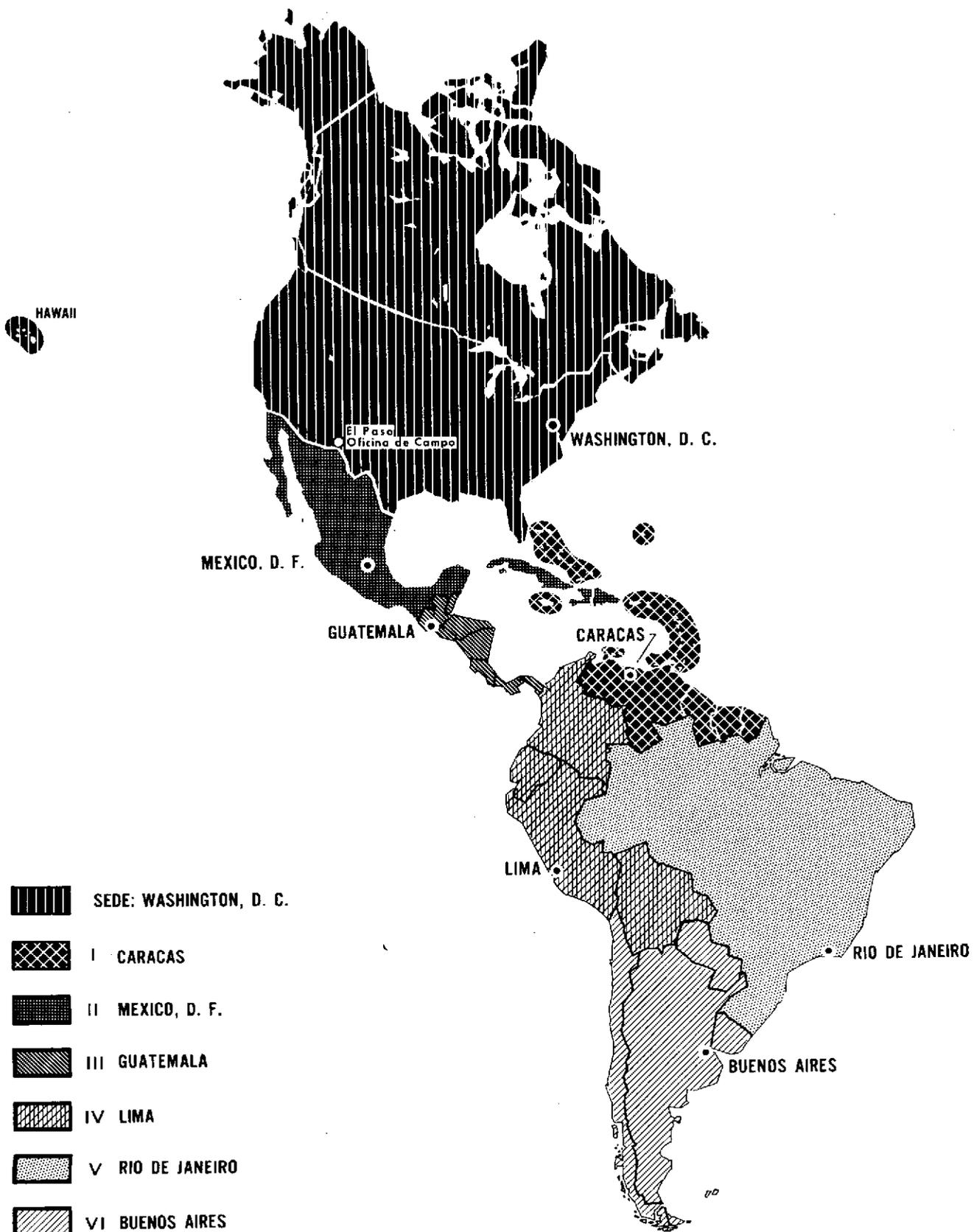
Las actividades durante el año se concentraron en el campo de la erradicación de la malaria, respecto a la cual funcionaron ocho programas, y erradicación del *A. aegypti*, la frambesia y la viruela. Recibieron también especial atención otras enfermedades, como la tuberculosis, lepra, rabia, filariasis, oncocercosis, peste, fiebre aftosa y enfermedades venéreas.

Con la llegada, en mayo de 1959, del ingeniero de zona y del ingeniero del programa AMRO-95, la Zona I se encuentra ahora mejor preparada para intensificar el trabajo en el campo del saneamiento del medio. Se efectuaron numerosas encuestas sobre los problemas de abastecimiento de agua y eliminación de desperdicios.

Se facilitaron otros servicios a los departamentos de salud pública en los campos de la higiene materno-infantil, enfermería de salud pública, educación sanitaria, laboratorios de salud pública, higiene dental e higiene mental.

Las actividades de educación y adiestramiento se relacio-

ZONAS Y OFICINAS DE ZONA DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA



naron con: 1) el Centro de Adiestramiento en Erradicación de la Malaria, de Jamaica, que, en 1959, dió cuatro cursos para 65 becarios (médicos, ingenieros, entomólogos y sanitarios); 2) la provisión de asistencia a las escuelas médicas de la Zona, y 3) la adjudicación de becas, de las cuales se concedieron 50, desde diciembre de 1958 al 30 de noviembre de 1959.

Hasta el 31 de diciembre de 1959 había 39 miembros internacionales y 16 locales trabajando en la Zona.

Zona II

La Oficina de la Zona II se halla situada en la ciudad de México y se ocupa de las operaciones en Cuba, Haití, México y la República Dominicana.

Las actividades de erradicación durante el año se concentraron en la malaria y la frambesia. Las actividades de control de enfermedades se refirieron principalmente a la tuberculosis, poliomielitis y lepra, así como a la producción de vacuna antivariólica.

Se prestaron servicios de consulta a la mayoría de los países de la Zona, en materia de administración de salud pública.

Las actividades de educación y adiestramiento comprendieron la colaboración con varias escuelas de medicina, enfermería, ingeniería sanitaria y medicina veterinaria de la Zona. Se adjudicaron 43 becas durante el año y al terminar el mismo se estaban tramitando otras 22. Se celebraron también varios cursos, mesas redondas y seminarios, acerca de los cuales se dan detalles en otras secciones del presente Informe.

Se mantuvieron estrechas relaciones con la Oficina de Información Pública de las Naciones Unidas en México para dar a conocer al público las actividades de la OPS/OMS.

El 30 de marzo, la Oficina de Zona II se trasladó a un nuevo edificio. Al final del año, había 42 miembros internacionales y 15 locales trabajando en la Zona.

Zona III

La Oficina de la Zona III, con sede en la Ciudad de Guatemala, tiene a su cargo el desarrollo de los programas en Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y Belice.

Mediante 15 proyectos en los países y los proyectos interpaíses relacionados con ellos, se proporcionó asesoramiento técnico en: a) organización y desarrollo de los servicios de salud pública (El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá); b) enseñanza de enfermería y adiestramiento de auxiliares de enfermería (Guatemala y Nicaragua); c) erradicación de la malaria (todos los países); d) control de la tuberculosis (Guatemala), y e) vacunación oral contra la poliomielitis (Costa Rica).

Además de los constantes servicios de consulta proporcionados a los gobiernos por el oficial médico, ingenieros y asesoras en enfermería de la Zona, la Oficina tuvo a su

cargo, igualmente, mediante nueve proyectos interpaíses, la colaboración con los países en la iniciación, desarrollo y consolidación o terminación de programas de erradicación del *A. aegypti*, de estadísticas vitales y sanitarias y de veterinaria de salud pública.

Se ayudó a los gobiernos en otros trabajos de control de enfermedades, relacionados con la viruela, lepra y varias zoonosis, entre ellas la rabia, la brucelosis y la tuberculosis animal.

El Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) está establecido en la Ciudad de Guatemala. En 1959, el INCAP cumplió 10 años de actividad, en la asistencia a los países miembros en materia de nutrición.

En lo referente a educación y adiestramiento, la Oficina de Zona prestó asistencia a las escuelas de medicina y enfermería, de los países de la Zona, y a la escuela de medicina veterinaria de Guatemala.

Las becas adjudicadas en todas las especialidades ascendían a 90, el 30 de noviembre de 1959.

Hasta el 31 de diciembre, había en la Zona, 62 funcionarios internacionales y 17 de contratación local, no incluyendo el personal del INCAP.

Zona IV

La Oficina de la Zona IV, que presta servicio a Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, tiene su sede en Lima.

Las principales actividades, en 1959, se dedicaron a: 1) la organización e integración de servicios de salud pública; 2) la erradicación de la malaria (en los cuatro países de la Zona) y de la viruela; 3) el adiestramiento de personal profesional y auxiliar en cursos locales y mediante becas para estudiar en el extranjero, y 4) a la enseñanza de enfermería.

El programa de erradicación del *A. aegypti* en Colombia llegó a su fase final, muy cerca ya de su objetivo. Como anteriormente, los aspectos sanitarios del Programa Andino estuvieron a cargo de un consultor especial. Las demás actividades de campo se relacionaron con los sistemas de abastecimiento de agua y eliminación de desperdicios, nutrición y veterinaria de salud pública. En el campo de la educación y el adiestramiento, la Zona colaboró con la Escuela de Salud Pública de Colombia y con las Escuelas de Enfermería de La Paz, Bolivia, y Guayaquil, Ecuador. Se prestó también asistencia a un curso para enfermeras diplomadas, en Perú. Se adjudicaron en la Zona 115 becas, durante el año, para permitir a personal nacional de salud pública, de los cuatro países de la Zona, que efectuara estudios superiores.

El 31 de diciembre había 56 miembros del personal internacional y 13 del personal local en la Zona.

Zona V

La Oficina de la Zona V sirve a Brasil y tiene su sede en Río de Janeiro.

En 1959 se hallaban en ejecución 18 proyectos, lo que representa un aumento de seis, con respecto al año anterior, y de diez, con referencia a 1957. Además de las funciones que normalmente desempeña, la Oficina tuvo a su cargo la administración del proyecto AMRO-77, que se halla bajo la supervisión técnica de la Sede, en Washington.

Las principales actividades se refirieron a dos proyectos integrados de salud pública en Brasil, una encuesta sobre estadística sanitaria y problemas relacionados con la enfermería de salud pública en el país. En el campo de las enfermedades transmisibles, se continuó el trabajo contra la fiebre amarilla, peste, viruela, malaria, esquistosomiasis, enfermedad de Chagas, poliomiéltis, brucelosis y rabia.

El Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, de Río de Janeiro, mantuvo su estrecha relación con los ministerios de Agricultura, para el desarrollo de planes a largo plazo, encaminados a la erradicación de la fiebre aftosa.

Se colaboró en varios de los programas de adiestramiento en ejecución en el país, entre ellos los de la Escuela de Higiene y Salud Pública de São Paulo, la nueva Escuela de Salud Pública de Río de Janeiro, inaugurada en noviembre, el Servicio Nacional contra la Lepra, el Instituto Oswaldo Cruz, el Instituto Butantan y otros organismos sanitarios.

El curso de odontología de salud pública dado en São Paulo, comenzó su segundo año en febrero, y se describe más detalladamente en la sección sobre administración de salud pública de este Informe. Otras actividades de adiestramiento comprendieron el Seminario sobre Técnicas de Evaluación en la Erradicación de la Malaria (AMRO-125), celebrado en Petrópolis, Estado de Río de Janeiro, del 29 de noviembre al 7 de diciembre; los Cursos II, III y IV del Centro de Adiestramiento en Erradicación de la Malaria (AMRO-137), que tuvieron lugar en la Facultad de Higiene de São Paulo, y el curso especial de entomología celebrado entre el 1º de septiembre y el 20 de diciembre.

Durante el año, el número de becarios procedentes de otras áreas para recibir adiestramiento en la Zona fue de 58. Se adjudicaron en la Zona 44 becas para realizar estudios en el extranjero.

El 31 de diciembre, había 13 miembros del personal internacional y 7 de contratación local en la Zona, no incluyendo el personal del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa que tenía 9 miembros internacionales y 82 locales.

Zona VI

La Oficina de la Zona VI se halla en Buenos Aires, y cubre los cuatro países meridionales de América del Sur: Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay.

En toda la Zona el trabajo se realizó primordialmente a través de los proyectos de salud pública y se trazaron planes para desarrollar sistemas de abastecimiento de agua potable en áreas urbanas de todos los países de la Zona. En Argentina, el trabajo se dedicó principalmente a siete provincias y se prestó asistencia en organización hospitalaria, higiene materno-infantil, descentralización de la administración de salud pública y legislación sanitaria.

Se consolidaron los programas de enfermedades transmisibles relativos a la erradicación de la malaria, el *A. aegypti* y la viruela. Se iniciaron también campañas de control de la tuberculosis y la lepra.

Prosiguieron las actividades referentes a la enseñanza de enfermería, mediante el desarrollo de escuelas de enfermería y programas de preparación de personal auxiliar. Estas actividades culminaron en el V Congreso Regional de Enfermería, en que participaron unas 500 delegadas de todo el Continente. Durante el año, se adjudicaron en la Zona 155 becas, contra 130 en 1958 y un promedio de 80 en años anteriores.

El Centro Panamericano de Zoonosis, instalado en Azul, Argentina, continuó ejecutando sus programas de educación, servicios e investigaciones. Los detalles sobre el funcionamiento del Centro en 1959 pueden hallarse en otro capítulo del presente Informe.

Al final de año había 34 miembros internacionales y 11 locales trabajando en la Zona excluyendo el personal del Centro Panamericano de Zoonosis que tenía 4 miembros internacionales y 25 locales.

APENDICE

Lista de proyectos

La lista de proyectos presenta, por orden alfabético, un breve resumen de la labor realizada durante el año en cada país, y describe las actividades correspondientes a los proyectos interpaíses e interzonas.

Al final de cada resumen, a la izquierda, figura la fuente de fondos, y, en caso de que haya cooperado algún or-

ganismo, aparece, a la derecha, la indicación oportuna.

Además de los proyectos enumerados, la Organización proporcionó, servicios de asesoramiento a varios proyectos desarrollados con fondos que no procedían de la OPS/OMS.

Las siglas utilizadas en el Apéndice son las siguientes:

AT/NU	Asistencia Técnica de las Naciones Unidas	INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
AT/OEA	Asistencia Técnica de la Organización de los Estados Americanos	INH	Institutos Nacionales de Higiene (EUA)
AT/OMS	Asistencia Técnica de la Organización Mundial de la Salud	NU	Naciones Unidas
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación	OIT	Organización Internacional del Trabajo
FEM/OPS	Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria, Organización Panamericana de la Salud	OMS	Organización Mundial de la Salud
ICA	Administración de Cooperación Internacional de los Estados Unidos	OPS	Organización Panamericana de la Salud
		UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para Educación, la Ciencia y la Cultura
		UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
		USPHS	Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos

ANTILLAS Y GUAYANA FRANCESAS-1—Administración de salud pública—Becas

Rehabilitación. Una beca de dos meses para estudios en los Estados Unidos.

Higiene materno-infantil. Una beca de tres meses para estudios en Canadá.
(OMS/AT)

ANTILLAS Y GUAYANA FRANCESAS-2—Erradicación del *Aedes aegypti*

Se está eliminando la reinfestación probablemente procedente de Surinam de dos localidades de la Guayana Francesa. Las actividades en Guadalupe y Martinica se desarrollan con mucha lentitud. Se ha logrado la negatividad en San Martín.
(OMS/AT)

ARGENTINA-3—Enseñanza de enfermería (Córdoba y El Chaco)

Se facilitaron servicios consultivos a dos escuelas, una en Córdoba y la otra en El Chaco. Al reorganizarse la escuela de Córdoba se tomaron los siguientes pasos: a) se fijó el presupuesto para la escuela; b) se establecieron puestos a tiempo completo para la enfermera directora y varias instructoras, y c) se proporcionó a la escuela un edificio en la Ciudad Universitaria, con locales para aulas, laboratorio, biblioteca, oficinas y residencia para 40 estudiantes.

La Escuela de Enfermería de Resistencia (Chaco) fue creada por el Gobierno Provincial, en 1958, con la colaboración de la Organización, matriculándose 15 estudiantes, de las cuales sólo dos siguen actualmente en la escuela.

(OMS/AT)

ARGENTINA-4—Instituto Nacional de Microbiología

En 1959 se adjudicaron dos becas: Una de 12 meses para estudios en el campo de la virología en los Estados Unidos. Otra, también de 12 meses, para estudios sobre microbiología en los Estados Unidos.

(OMS)

ARGENTINA-6—Administración de salud pública—Becas

Educación sanitaria. Una beca de 12 meses para estudiar en Puerto Rico.

Administración de salud pública. Dos becas de 10 meses para estudiar en Chile.

Educación sanitaria. Una beca de 12 meses para estudiar en Chile.

Administración de salud pública. Una beca de 11 meses para estudiar en el Brasil.

Administración de hospitales. Una subvención para estudiar durante 15 meses en el Brasil.

Higiene materno-infantil. Dos becas de 10 meses de duración cada una para estudiar en Chile.

Administración de hospitales. Una beca de 10 meses para estudiar en Chile.

Administración de hospitales. Una beca de 15 meses para estudiar en el Brasil.

Estadísticas vitales. Dos subvenciones para estudiar durante 5 meses en Chile.

Epidemiología. Una beca de 11 meses para estudiar en el Brasil.
(OMS)

ARGENTINA-7—Servicios de salud pública

Se inició la reorganización de los servicios provinciales de salud pública y se descentralizaron del nivel nacional hacia el provincial todos los servicios de atención médica.

Se redactó un Código Sanitario, que fue presentado al Congreso.

Se celebraron cursos sobre saneamiento del medio, estadística y nutrición.
(OMS/AT) (UNICEF)

ARGENTINA-8—Erradicación de la malaria

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959, de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria.

(OPS/FEM)

(UNICEF)

ARGENTINA - 13 — Administración de salud pública—Becas

Una beca de 10 meses para estudiar administración de salud pública en Chile.

Una beca de 10 meses para estudios en higiene materno-infantil en Chile.

Una beca de un mes para estudios sobre estadísticas sanitarias en Chile.

Una beca de 15 meses para estudiar administración de hospitales en el Brasil.

Una beca de cuatro meses para estudios sobre la organización de registros médicos en Chile.

Una beca de cuatro meses para estudios en el campo de la microbiología en los Estados Unidos.

Una beca de 12 meses para estudiar enfermería de salud pública en Puerto Rico, seguida de un breve programa de campo en Costa Rica.

Una beca de cuatro meses para estudios sobre radioisótopos en Puerto Rico.

Una beca de 12 meses para estudios en el campo de la tecnología médica en Puerto Rico.

Una beca de 12 meses para estudios en materia de enseñanza de enfermería en Costa Rica.

Seis becas de 5 meses para estudios sobre estadísticas vitales en Chile.

Una beca de 10 meses para estudiar administración de salud pública, con especial atención a la educación sanitaria, en Chile.

Una beca de 12 meses para estudios en enseñanza de enfermería, con especial atención a la obstetricia, en Colombia, seguida de un programa de campo en el Brasil.

Una beca de 11 semanas para estudios en odontología de salud pública en el Brasil.

Una beca de 10 meses para estudios sobre estadísticas vitales en Chile.

(OPS)

ARGENTINA-18—Enseñanza médica

Se adjudicaron seis becas, de acuerdo con este proyecto para estudiar la organización de la enseñanza médica en otros países.

Se concedieron cuatro becas de dos meses de duración cada una en el campo de la enseñanza médica, para estudiar en los Estados Unidos.

(OMS)

ARGENTINA-20—Control de la tuberculosis

Durante el año se planeó una encuesta, que se iniciará en 1960, para determinar la prevalencia de la tuberculosis en Argentina, como paso preliminar para la organización y desarrollo, en fecha ulterior, de un programa de control de esta enfermedad.

(OMS)

(UNICEF)

ARGENTINA-23—Enseñanza de enfermería (Rosario)

Se nombró directora de la escuela a una enfermera nacional; también se nombraron cuatro enfermeras instructoras y el resto del personal docente. En mayo comenzaron las clases, con 30 estudiantes que reunieron todos los requisitos de ingreso en la universidad, y de las cuales 22 seguían en la escuela al terminar el año.

(OPS)

ARGENTINA-24—Planeamiento y organización de servicios hospitalarios

Se proporcionó colaboración al Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, especialmente a la Subsecretaría, a la Dirección de Organización de Servicios Médicos Sanitarios y a la Dirección de Estadística y Economía Sanitaria. También se prestó asistencia técnica a los ministerios provinciales de salud pública de El Chaco, Córdoba, Buenos Aires, Salta y Tucumán, y a las escuelas de medicina de las Universidades de Buenos Aires, La Plata y Córdoba. Se han establecido programas de demostración en varios hospitales y se ha iniciado un censo

nacional hospitalario. Se facilitó también colaboración a varios cursos celebrados con fines docentes y de servicio.

ARGENTINA-26—Instituto Nacional de Rehabilitación

En 1959, dos consultores completaron su misión en el Instituto. Estos consultores colaboraron en la reorganización técnica y administrativa del departamento de ergoterapia y fisioterapia del Instituto Nacional de Rehabilitación, en Buenos Aires, y en el adiestramiento de personal profesional y técnico especializado en rehabilitación. Igualmente cooperaron en la organización técnica de una unidad terapéutica en el Instituto Marcelo J. Fitte, así como en el desarrollo de un plan para la organización de la Escuela de Ergoterapia de Buenos Aires. Además, hicieron un estudio de 16 unidades de rehabilitación en las provincias de Córdoba, Santiago del Estero, Tucumán, Salta, Mendoza, San Juan, Santa Fé, Chaco y Misiones, con el objeto de evaluar los servicios de rehabilitación existentes en el interior del país y determinar las necesidades, para llevar a cabo un programa de largo alcance que comprenda los distintos aspectos de la rehabilitación.

(OMS)

(Fundación "Sister Elizabeth Kenny")

ARGENTINA-51—Erradicación del *Aedes aegypti*

Debido a la situación económica, los progresos alcanzados fueron menores que los obtenidos en años anteriores. Se efectuaron encuestas en 272 localidades y se hicieron trabajos de verificación en 56 de ellas, habiendo quedado 43 libres del vector. Con lo anterior se eleva a 110 el número de localidades libres de *A. aegypti*, de los 149 inicialmente positivos. Se han mantenido libres del *A. aegypti* los principales puertos y aeropuertos de tráfico internacional.

(OPS)

BELICE-1—Erradicación de la malaria

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959, de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria.

(OPS/FEM)

(UNICEF)

BELICE-5—Servicios de salud pública

Se adjudicó una beca de 12 meses a un ingeniero sanitario, con el fin de prepararlo para encargarse de las actividades de saneamiento del medio.

(OMS)

(UNICEF)

BELICE-6—Administración de salud pública—Becas

Actividades de saneamiento del medio, con especial atención a la ingeniería sanitaria. Se adjudicó una beca de

12 meses para cursar estudios en los Estados Unidos.
(OPS)

BOLIVIA-4—Erradicación de la malaria

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959, de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria.

(OMS/AT, OPS/FEM) (UNICEF, ICA)

BOLIVIA-5—Enseñanza de enfermería

Se coordinaron los esfuerzos de todos los organismos nacionales que requieren servicios de enfermeras con el fin de desarrollar la Escuela Nacional de Enfermería; se creó una junta de gobierno compuesta de representantes de cinco organismos nacionales; y se mejoraron las instalaciones para las prácticas clínicas de las estudiantes.

El número de éstas ascendía a 62, de las cuales 28 eran de primer año.

(OMS)

BOLIVIA-10—Servicios de salud pública

Se estableció un Código Sanitario. Se adoptaron medidas con el fin de incluir gradualmente en el presupuesto nacional los fondos necesarios para la nueva estructura del Ministerio de Salud Pública. Se organizó un Consejo Nacional de Salud Pública y se iniciaron estudios para establecer un sistema de servicio de carrera para el personal técnico.

(OPS) (UNICEF)

BOLIVIA-11—Misión conjunta para poblaciones indígenas

Se facilitaron servicios de asesoramiento médico a los cuatro centros de Bolivia establecidos en Cotoca, Otava, Pillapi y Playa Verde, con el fin de fomentar y mejorar la salud de la población como parte de la labor de desarrollo económico y social del altiplano boliviano.

(OMS/AT) (OIT, UNESCO, FAO, NU)

BRASIL-8—Servicios de laboratorio nacional de virus

En el curso del año, el Instituto Oswaldo Cruz amplió y mejoró sus actividades como laboratorio de virus. Se adjudicó una beca de dos meses y tres semanas para estudiar los servicios de laboratorio en Argentina, Canadá, Colombia, Estados Unidos, Dinamarca, Inglaterra y Uruguay.

(OMS/AT)

BRASIL-16—Administración de salud pública—Becas

Tuberculosis. Una beca de tres meses para estudios en Canadá, Estados Unidos, Japón y México.

Tuberculosis. Una beca de dos meses y una semana, para estudios en Canadá, Estados Unidos y Japón.
(OMS/AT)

BRASIL-18—Servicio Nacional de Alimentos y Drogas

Prosiguió la labor de revisión de la legislación y de desarrollo de los laboratorios de control de drogas y productos biológicos.

Se estableció un Servicio Federal de Control de Alimentos y Drogas para todo el país.

(OMS)

BRASIL-19—Escuela de Salud Pública (Río de Janeiro)

El profesor visitante, que asesoró durante dos años en la organización de la Escuela, terminó su misión en 1959. Se publicó un decreto estableciendo las bases para el funcionamiento de la Escuela.

(OMS)

BRASIL-24—Erradicación de la malaria

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959, de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria.

(OPS/FEM) (ICA)

BRASIL-28—Administración de salud pública—Becas

Una beca de 12 meses, en materia de enseñanza de enfermería, para estudios en los Estados Unidos.

Una beca de dos meses, en el campo de administración de salud pública, con especial atención a servicios rurales de salud pública, para estudiar en los Estados Unidos, México, Guatemala, Panamá, Perú y Puerto Rico.

Dos becas de cuatro meses, en materia de control de preparaciones farmacéuticas, para estudios en Canadá y Estados Unidos.

(OPS)

BRASIL-31—Centro de adiestramiento en rehabilitación

Se prestó colaboración al curso para fisioterapeutas y especialistas en ergoterapia, así como a otros cursos especiales celebrados durante el año.

(OMS/AT) (OIT, NU/AT)

BRASIL-34—Seminario sobre enfermedades diarreicas

Este seminario se celebró del 16 al 21 de noviembre en Recife, Brasil, con 59 participantes. Se estudió el problema de las enfermedades diarreicas y se formularon recomen-

daciones para su control.
(OPS)

BRASIL-35—Escuela de Salud Pública (São Paulo)

Se adjudicaron becas a miembros del profesorado para estudiar la organización de la salud pública en países de América y Europa. La primera beca, de tres meses de duración, fue para estudios sobre la organización de la enseñanza de salud pública en Colombia, Chile, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú y Puerto Rico. La segunda beca, de cuatro meses de duración se concedió para el estudio de la organización de la enseñanza de salud pública, con especial atención a la tuberculosis, en Canadá, Checoslovaquia, Dinamarca, Estados Unidos, Francia, Italia, Noruega y el Reino Unido.

(OMS)

BRASIL-38—Erradicación de la viruela

Durante 1958-59 se proporcionó el material necesario para equipar tres laboratorios de producción de vacuna antivariólica liofilizada (Río de Janeiro, Recife y Porto Alegre), y se adjudicó una beca a un médico brasileño para que visitara importantes centros de producción de vacuna en Sudamérica, Estados Unidos y Europa, con el fin de estudiar los métodos utilizados en ellos.

(OPS)

BRASIL-41—Erradicación de la malaria (São Paulo)

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959, de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria.

(OPS/FEM)

BRASIL-42—Control de la rabia

Con el asesoramiento técnico facilitado por la Oficina de Zona y la de Washington, se estableció una comisión Biministerial para la Coordinación del Programa Nacional de Control de la Rabia.

Se preparó material educativo y se emprendieron campañas de control de dicha enfermedad en varias zonas. También se inició la producción de vacunas.

(OMS)

BRASIL-51—Laboratorio de fiebre amarilla

En 1959, el Instituto Oswaldo Cruz distribuyó 3,901,800 dosis de vacuna, de las cuales 100,000 se enviaron a Portugal y 400,000 se distribuyeron a tres países americanos por medio de la OPS.

(OPS)

CANADA-2—Consultores en campos especializados de salud pública

Se prestaron servicios consultivos en el programa para niños mentalmente retardados y en los de enfermería de salud pública, con especial referencia a la atención domiciliaria.

(OMS)

COLOMBIA-4—Servicios de salud pública

Una Comisión Nacional de Planificación ha preparado una nueva estructura para el Ministerio de Salud Pública. Comenzaron a funcionar once nuevos centros, con lo cual el número de éstos asciende a veinte. Se han iniciado negociaciones para ampliar el proyecto con el objeto de organizar un centro piloto en cada uno de los Departamentos del país. Se celebraron cursos para médicos, enfermeras de salud pública, inspectores sanitarios y auxiliares de enfermería.

(OMS/AT)

(UNICEF)

COLOMBIA-5—Erradicación de la malaria

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959, de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria.

(OPS/FEM)

(UNICEF, ICA)

COLOMBIA-17—Erradicación de la viruela

Se propone vacunar contra la viruela el 80% de la población del país, en un programa de trabajo casa a casa, en un período de 5 años. El programa se inició en 1955. Durante 1959, se vacunaron contra la viruela 2,185,053 personas, lo que junto a lo hecho en años anteriores dá un total de 7,207,511 personas inmunizadas en cuatro años de trabajo consecutivos.

El Instituto Samper Martínez produjo en 1959 la cantidad de 3,976,000 dosis de vacuna antivariólica liofilizada.

(OPS,OMS/AT)

(UNICEF)

COLOMBIA-18—Administración de salud pública— Becas

Lepra. Una beca de dos meses para estudios en el Brasil.

Administración de salud pública. Una beca de 11 meses para estudios en el Brasil.

Administración de salud pública. Una beca de 10 meses para estudios en Chile.

Veterinaria de salud pública. Una beca de 11 meses para estudios en el Brasil.

(OMS)

COLOMBIA-19—Control de la lepra

En 1959 se terminó un estudio sobre el estado de la lepra en Colombia y de los servicios para su control. El

consultor encargado del estudio formuló las recomendaciones pertinentes. Un consultor permanente fue asignado al proyecto en 1959.
(OMS/AT)

COLOMBIA-21—Administración de salud pública—Becas

Una beca de doce meses de duración para estudios sobre administración de salud pública en Puerto Rico.

Una beca de seis meses de duración, en el campo del saneamiento del medio, con especial atención a la inspección sanitaria, para estudios en Chile.
(OPS)

COLOMBIA-22—Erradicación del *Aedes aegypti*

Verificaciones recientes confirman la erradicación del *A. aegypti* en el país con excepción de Cúcuta, cerca de la frontera con Venezuela.

Las verificaciones finales para establecer oficialmente la erradicación en todo el país deberán terminar en los primeros meses de 1960.
(OMS/AT)

COLOMBIA-24—Escuela de Salud Pública

Un profesor visitante colaboró en la reorganización del programa de estudios de microbiología y participó asimismo en la enseñanza de esta materia a los estudiantes de medicina.
(OMS)

COLOMBIA-52—Fiebre amarilla (Instituto Carlos Finlay)

Además de desarrollar su programa a largo plazo de manufactura de vacuna antiamarílica 17D y de llevar a cabo estudios epidemiológicos sobre la fiebre amarilla y otras infecciones por arborvirus, el Instituto Carlos Finlay está estudiando la posibilidad de aplicar la vacuna 17D por escarificación cutánea. Se ha observado en pruebas experimentales que, utilizando la técnica apropiada, se puede obtener una tasa de 98 por ciento de resultados satisfactorios.

Durante 1959, se capturaron 30,000 mosquitos, que fueron sometidos a pruebas para determinar la presencia de virus. Se aislaron doce cepas de arborvirus, pero ninguna de ellas era de fiebre amarilla.

En el curso del año, el Instituto preparó, 1,192,820 dosis de vacuna antiamarílica, enviándose un total de 435,545 dosis a otros países del Hemisferio.
(OPS)

COSTA RICA-2—Erradicación de la malaria

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959,

de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria.

(OPS/FEM)

(UNICEF)

COSTA RICA-14—Ampliación de los servicios locales de salud pública

Se concedió una beca de 12 meses para cursar estudios sobre administración de salud pública, con especial atención a la nutrición, en los Estados Unidos.

(OPS)

COSTA RICA-18—Enseñanza superior de enfermería

Se adjudicaron dos becas de 12 meses para estudios sobre enseñanza de enfermería en los Estados Unidos.

(OPS)

CUBA-1—Erradicación del *Aedes aegypti*

El nuevo gobierno presta pleno apoyo a la campaña que cuenta ahora con todos los recursos materiales necesarios. De las 84 localidades inspeccionadas desde el inicio de la campaña, 69 estaban infectadas. Se han hecho verificaciones post-tratamiento en 18 de estas últimas, encontrándose 14 aún positivas.

(OPS)

CUBA-3—Servicios de salud pública

Un consultor especial colaboró durante seis meses con las autoridades sanitarias nacionales elaborándose un plan completo de reorganización del Ministerio de Salubridad y de los servicios provinciales y locales de salud pública, que prevé el establecimiento de un área de demostración en uno de ellos. Este plan se llevará a la práctica a partir de 1960.

(OPS)

CUBA-5—Erradicación de la malaria

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959, de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria.

(OPS/FEM)

CUBA-9—Curso de adiestramiento en abastecimiento de agua

Este curso fue el primero de un programa que ha de continuar en años sucesivos a cargo del Gobierno. La experiencia obtenida con este curso permitirá proseguirlo sin la ayuda de la OPS.

(OMS)

CHILE-18—Administración de salud pública—Becas

Enseñanza de enfermería. Una beca de 12 meses para

estudios en los Estados Unidos, seguidos de un breve programa de campo en Costa Rica y Perú.

Virología. Una beca de cuatro meses para estudios en el Brasil, Estados Unidos y México.

Geriatría. Una beca de seis meses para estudios en los Estados Unidos y Europa.
(OMS/AT)

CHILE-19—Control de alimentos y drogas

Con arreglo a las recomendaciones formuladas por un consultor asignado por la Organización en 1958, se proporcionó una cantidad limitada de suministros y equipo al Servicio Nacional de Salud de Chile para colaborar en su programa de control de alimentos y drogas.
(OMS/AT)

CHILE-20—Enseñanza de obstetricia

Se han compilado datos procedentes de diversos servicios de higiene maternoinfantil en zonas rurales y urbanas del país, relativos a las funciones que desempeñan actualmente las parteras. Está casi terminado el análisis de dichos datos. Se ha prestado colaboración a la Escuela de Obstetricia de Santiago para mejorar las instalaciones en que se llevan a cabo las prácticas, y se ha reforzado el plan de estudios mediante la inclusión de más materias de enfermería.
(OMS)

CHILE-25—Administración de salud pública—Becas

Higiene del trabajo. Una beca de 12 meses para estudiar en los Estados Unidos.
(OMS)

CHILE-27—Servicios de salud pública (Ovalle-Copiapó)

Se utilizaron algunos fondos de este proyecto para que un consultor en neumoconiosis, que se hallaba cumpliendo una misión en Colombia, visitara el Instituto de Higiene del Trabajo, de Santiago, con el fin de facilitar igualmente servicios de consulta.
(OPS) (UNICEF)

CHILE-29—Enseñanza superior de enfermería

Se matricularon en el curso 17 enfermeras, de las cuales siete procedían de otros países. Una evaluación de este programa indicó la necesidad de introducir ciertos cambios en el plan de estudios; de establecer una relación más estrecha entre la Escuela de Salubridad, las escuelas de enfermería y la organización de enfermeras diplomadas; de dar mayor continuidad a la enseñanza, desde los cursos elementales hasta los superiores; y de intensificar la relación con el servicio nacional de salud con el fin de

incrementar la experiencia de los estudiantes en actividades de campo. También se determinó que ya no se necesitaban los servicios de asesoramiento internacional.
(OMS)

CHILE-31—Escuela de Salubridad

Se adjudicó una beca a un miembro del profesorado para estudiar (en Colombia y Estados Unidos) la organización de la enseñanza de salud pública, con especial atención a la estadística sanitaria.
(OMS)

CHILE-33—Adiestramiento en sancamiento del medio

Un consultor examinó el programa de adiestramiento, asesoró acerca de los cambios necesarios en él y formuló recomendaciones sobre la manera de reforzar la colaboración prestada a la escuela.
(OMS)

CHILE-36—Erradicación del *Aedes aegypti*

Se suscribió el convenio, se designó el personal y se proporcionaron los vehículos y el equipo para iniciar el programa en principios de 1960.
(OPS)

ECUADOR-4—Servicios de salud pública

Se creó un departamento de epidemiología en la Dirección General de Sanidad y se inauguraron cuatro nuevos centros de salud.
(OMS) (UNICEF)

ECUADOR-14—Erradicación de la malaria

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959, de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria.
(OMS/AT, OPS/FEM) (UNICEF, ICA)

ECUADOR-16—Enseñanza de enfermería

Por primera vez, una clase de tercer año, recibió preparación teórica y práctica en administración y enseñanza, con arreglo al plan de estudios revisado. Se planeó un período de prácticas avanzadas, en la materia elegida por cada estudiante. Se nombró una educadora en enfermería y durante el período de vacaciones se dió un cursillo sobre enseñanza al grupo de instructores que no habían recibido antes preparación especial para estas funciones. Se elevaron los requisitos para el ingreso, exigiéndose la terminación de la enseñanza secundaria. Se estableció una residencia para 12 estudiantes procedentes de fuera de la ciudad.

El número de estudiantes era el siguiente:

1^{er} año—15 estudiantes

2º año— 6 estudiantes

3º año—10 estudiantes

(OMS)

**ECUADOR-19—Administración de salud pública—
Becas**

Una beca de once meses de duración, en el campo de la epidemiología, para estudios en el Brasil.

(OPS)

ECUADOR-20—Erradicación de la viruela

Se propone inmunizar contra la viruela el 80 por ciento de la población del país en un plazo de 5 años. En 1959 se realizaron sobre 428,365 vacunaciones. El total acumulado de inmunizaciones practicadas por el programa alcanza sobre 729,477 vacunaciones en 1959. En este mismo año el Instituto Nacional de Higiene produjo 540,000 dosis de vacuna antivariólica liofilizada.

(OPS)

ECUADOR-53—Instituto Nacional de Nutrición

El Instituto ha prestado creciente atención a los programas de salud pública en nutrición, particularmente a los de educación en este campo. Han continuado los estudios sobre nutrición clínica, especialmente en relación con el bocio endémico, así como las encuestas dietéticas.

(OMS/AT)

EL SALVADOR-2—Erradicación de la malaria

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959, de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria.

(OMS/AT, OPS/FEM)

(UNICEF)

EL SALVADOR-5—Zona de demostración sanitaria

Durante el año, la zona de demostración funcionó como centro de adiestramiento para personal de salud pública de todas las categorías.

(OMS/AT)

(OIT, FAO, UNESCO)

EL SALVADOR-9—Administración de salud pública—Becas

Administración de salud pública. Una beca de 10 meses para estudios en Chile.

(OPS)

ESTADOS UNIDOS-7—Administración de salud pública—Becas

Organización de la enseñanza de salud pública, con especial atención a la ingeniería sanitaria. Una beca de nueve semanas y media para estudios en Etiopía, Israel, Liberia y Turquía.

Enseñanza de salud pública, con especial atención a la higiene del trabajo. Una beca de nueve semanas para estudios en el Brasil, Colombia, Chile y Perú.

(OMS)

ESTADOS UNIDOS-10—Consultores en campos especializados de la salud pública.

Una consultora en enfermería de salud pública visitó los Estados Unidos y estudió con los funcionarios competentes los programas de enfermería de salud pública en el campo de la asistencia domiciliaria.

(OMS)

ESTADOS UNIDOS-11—Administración de salud pública—Becas

Organización de la enseñanza de salud pública, con especial atención a la enfermería de salud pública. Una beca de nueve semanas para estudiar en el Brasil, Colombia, Chile y Perú.

Organización de la enseñanza de salud pública con especial atención a la higiene materno-infantil. Una beca de nueve semanas para estudiar en el Brasil, Colombia, Chile y Perú.

Rehabilitación, con especial atención a las facultades orales y auditivas. Una beca de dos meses para estudios en Alemania, Dinamarca, Holanda, Reino Unido y Suecia.

Organización de la enseñanza de salud pública, con especial atención a la nutrición. Una beca de tres meses para estudios en Egipto, Filipinas, India, Indonesia, Italia, Japón, Jordania, Líbano y Suiza.

(OPS)

**FEDERACION DE LAS INDIAS OCCIDENTALES
BRITANICAS-11 (JAMAICA)—Centro de adiestramiento en salud pública**

El consultor terminó el examen del plan de estudios para el adiestramiento de inspectores sanitarios y formuló recomendaciones sobre el futuro desarrollo de esta actividad.

(OMS)

GUATEMALA-1—Erradicación de la malaria

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959, de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria.

(OMS/AT, OPS/FEM)

(UNICEF, ICA)

GUATEMALA-6—Adiestramiento de auxiliares de enfermería

Se prepararon doce instructoras de enfermería, de las que siete procedían de otros países, así como 87 auxiliares de enfermería.

Este programa se amplió durante el año para incluir servicios de consulta a la escuela nacional de enfermería, y una de las educadoras se dedicó a tiempo completo a esta labor a partir del 1° de junio. La otra continúa facilitando servicios consultivos en el proyecto para el adiestramiento de auxiliares, y ha prestado especial atención al mejoramiento de los campos de prácticas mediante un programa de adiestramiento durante el servicio para enfermeras-jefe de sala del hospital general, así como a la labor de consulta sobre los cursos organizados en los departamentos del país.
(OMS)

GUATEMALA-8—Servicios de salud pública

Se ha preparado un plan de reorganización de los servicios de salud pública y ha continuado el proceso de descentralización con el establecimiento de un sistema de regiones sanitarias. Se celebraron cursos para médicos, enfermeras, inspectores sanitarios, auxiliares de enfermería y auxiliares de laboratorio.
(OMS) (UNICEF)

GUATEMALA-11—Control de la tuberculosis

Este proyecto es un programa experimental destinado a establecer métodos y procedimientos para la ubicación de casos de tuberculosis, y tratamiento domiciliario y ambulatorio de los enfermos y quimioprofilaxis de los contactos. Se inició en septiembre de 1958 y hasta igual fecha de 1959 se practicaron 80,252 *fotofluorografías* y se descubrieron 2,422 enfermos de tuberculosis 2,553 personas se sometieron a tratamiento a base de isoniacida.
(OMS/AT) (UNICEF)

GUATEMALA-12—Administración de salud pública—Becas

Administración de salud pública. Una beca de 11 meses para estudios en el Brasil.

Enfermería de salud pública. Una beca de 12 meses para estudios en Chile.
(OPS)

GUAYANA BRITANICA-5—Erradicación de la malaria

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959, de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria.
(OPS/FEM) (UNICEF)

GUAYANA BRITANICA-7—Filariasis

Un consultor a corto plazo efectuó una visita a la Guayana Británica, con el objeto de evaluar los actuales programas de control de la filariasis, y colaborar en la

planificación de mejoras y de las actividades de investigación necesarias. La filariasis constituye un importante problema de salud pública en la Guayana Británica.
(OPS)

GUAYANA BRITANICA E INDIAS OCCIDENTALES-1—Erradicación del *Aedes aegypti*

Se ha conseguido la erradicación de este mosquito en la Guayana Británica y las Bermudas. Las siguientes islas presentan resultados negativos y pronto podrán ser declaradas libres del *A. aegypti*: Bermudas, Antigua y Barbuda, Granada, Montserrat, San Vicente, San Cristóbal, Santa Lucía, Nieves, Trinidad y Tabago. Prosigue la labor de erradicación en Anguila, Barbada, Granadinas, Jamaica, Carriacou e Islas Vírgenes Británicas. En Dominica se desarrolló poca actividad.
(OMS/AT, OPS)

GUAYANA BRITANICA E INDIAS OCCIDENTALES-3—Enfermería de salud pública

La consultora asumió sus funciones en el último trimestre del año y realizó una breve visita de orientación a Barbada, Trinidad y Guayana Británica.
(OMS/AT)

GUAYANA BRITANICA E INDIAS OCCIDENTALES-4—Administración de salud pública—Becas

Saneamiento del medio. Dos becas de tres semanas para estudiar en Puerto Rico.

Saneamiento del medio. Dos becas de tres meses para estudiar en Puerto Rico.

Saneamiento del medio. Una beca de ocho semanas para estudiar en Puerto Rico.

Educación sanitaria. Una beca de 12 meses para estudiar en los Estados Unidos.

Enfermería de salud pública. Una beca de 12 meses para estudiar en los Estados Unidos.

Saneamiento del medio. Dos becas de 8 meses para estudiar en los Estados Unidos.
(OPS)

GUAYANA BRITANICA E INDIAS OCCIDENTALES-5—Administración de salud pública—Becas

Administración de salud pública, con especial atención a la higiene mental. Una beca de 12 meses, concedida a Barbada, para estudios en los Estados Unidos.

Lepra. Una beca de nueve semanas, a la Guayana Británica, para estudios en el Brasil, Surinam y Venezuela.

Aedes aegypti. Una beca de 26 días, a Barbada, para estudios en San Cristóbal, Anguila y Barbada.

Saneamiento del medio. Una beca de siete meses, a Barbada, para estudios en los Estados Unidos.

Cancerología, con especial atención a la citología. Una beca de seis meses, a Trinidad, para estudios en los Estados Unidos.

Tuberculosis. Una beca de ocho semanas, a Jamaica, para estudios en Inglaterra.

Nutrición. Una beca de cuatro meses a Jamaica, para estudios en Guatemala.

Saneamiento del medio. Una beca de un mes, a Trinidad, para estudios en Puerto Rico.

Rehabilitación, con especial atención a la poliomielitis. Una beca de once meses, a Jamaica, para estudios en los Estados Unidos.

(OMS)

HAITI-1—Erradicación de la frambesia

A fines de 1959 se redujo a cero el número de formas infecciosas de frambesia en cuatro de los cinco departamentos de Haití y se trabajó intensamente en el quinto para hacer desaparecer los últimos casos estimados que se calcularon en 300. Un servicio de vigilancia epidemiológica y de notificación de casos fue establecido, funcionando ambos en condiciones altamente satisfactorias.

(OMS, OPS)

(UNICEF)

HAITI-4—Erradicación de la malaria

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959, de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria.

(OPS/FEM)

(UNICEF, ICA)

HAITI-9—Laboratorio de salud pública

La OPS proporcionó accesorios de laboratorio, así como servicios de consulta técnica. También se adjudicó una beca a un miembro del personal del laboratorio.

(OPS)

HAITI-12—Administración de salud pública—Becas

Enfermería de salud pública. Una beca de 12 meses para estudios en Canadá.

Servicios de laboratorio, con especial atención a la micología. Una beca de seis meses para estudios en Canadá.

Odontología de salud pública. Una beca de 11 meses para estudios en el Brasil.

(OPS)

HAITI-14—Erradicación del *Aedes aegypti*

La campaña se suspendió temporalmente por falta de fondos.

(OMS/AT)

HAITI-15—Administración de salud pública—Becas

Se concedió una beca de 19 meses de duración, a un estudiante de Haití, para cursar estudios sobre administración de hospitales en los Estados Unidos y Puerto Rico.

(OMS)

HAITI-16—Servicios de salud pública

Se proporcionó asistencia técnica al Gobierno de Haití, mediante los servicios de un oficial médico, para la ampliación de los servicios nacionales, provinciales y locales de salud pública. También se adjudicaron algunas becas a personal nacional para cursar estudios especializados en salud pública.

(OMS/AT)

HAITI-19—Enseñanza médica

Se designó un profesor de fisiología, a tiempo completo, para que colaborara en la organización del Departamento de dicha especialidad y prestara asesoramiento sobre la reorganización general de la Escuela de Medicina de Haití.

(OPS)

(ICA)

HONDURAS-1—Erradicación de la malaria

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959, de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria.

(OMS/AT, OPS/FEM)

(UNICEF, ICA)

HONDURAS-4—Servicios de salud pública

Se puso en ejecución el plan de cinco años para la reorganización de los servicios de salud pública. Se amplió la zona de demostración a cinco municipios adicionales, y se inauguró un nuevo puesto sanitario. Se celebraron cursos para auxiliares de enfermería e inspectores sanitarios.

(OMS/AT, OPS)

(UNICEF)

HONDURAS-6—Administración de salud pública—Becas

Tuberculosis. Una beca de dos semanas para estudios en Guatemala.

Ingeniería sanitaria. Una beca de un mes para estudios en Costa Rica y Guatemala.

Enseñanza médica, con especial atención a la enseñanza de la medicina preventiva. Una beca de dos meses para estudios en Colombia, El Salvador y Puerto Rico.

Administración de salud pública. Una beca de 10½ meses para estudios en México.

(OPS)

ISLAS WINDWARD-2—Erradicación de la malaria

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959, de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria.

(OPS/FEM)

(UNICEF)

JAMAICA-2—Erradicación de la malaria

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959, de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria.

(OPS/FEM)

(UNICEF, ICA)

MEXICO-14—Enseñanza de enfermería

Se celebró un seminario para un reducido grupo de instructoras, que después adiestraron a enfermeras diplomadas procedentes de los diversos estados. Este curso, que tuvo lugar del 2 de febrero al 28 de julio, preparó a 29 instructoras para escuelas de enfermería de fuera de la ciudad de México.

Una consultora y el personal homólogo nacional prestaron también servicios de asesoramiento a 10 escuelas de enfermería de los estados e hicieron un estudio de otras 15 escuelas, con el fin de determinar sus necesidades.

(OPS)

MEXICO-22—Servicios de salud pública (Guajuato)

Se han realizado progresos importantes en la coordinación de las actividades de salud pública. Se celebró un curso para inspectores sanitarios.

(OMS)

(UNICEF)

MEXICO-25—Administración de salud pública—Becas

Administración de hospitales. Una beca de 21 meses para estudios en los Estados Unidos.

Epidemiología, con especial atención a la oncocercosis. Una beca de tres meses para estudios en Suiza, Congo Belga, Uganda, Chad, Nigeria y Sudán Francés.

Servicios de laboratorio, con especial atención a la brucelosis. Una beca de tres meses para estudios en los Estados Unidos.

(OPS)

MEXICO-26—Erradicación del *Aedes aegypti*

El asesor regional en *A. aegypti* y un inspector sanitario cooperaron con el Gobierno de México en una evaluación preliminar que abarcó 34 localidades situadas en ciertas zonas (anteriormente más infestadas) de los Estados de Yucatán, Campeche, Tabasco, Veracruz, Oaxaca y Chiapas. Sólo se encontró infestada una localidad del Estado de Yucatán.

(OPS)

MEXICO-28—Laboratorio de salubridad

Se facilitaron los servicios de un consultor a corto plazo para que colaborara en la planificación de una adecuada colonia de animales. También se proporcionaron accesorios de laboratorio, se sometieron a pruebas de referencia productos biológicos elaborados en el país y se prestó asesoramiento técnico por medio del personal de la Zona.

(OPS)

MEXICO-30—Escuela de Salubridad

La educadora en enfermería colaboró con los miembros del cuerpo docente con el fin de mejorar el contenido y los métodos de la enseñanza de las enfermeras de salud pública, así como de otros trabajadores sanitarios.

(OMS)

MEXICO-32—Enseñanza médica

De acuerdo con este proyecto se proporcionaron los servicios de un consultor a corto plazo y ayuda en la organización y planeamiento de un seminario nacional, celebrado en Veracruz, México, sobre la enseñanza del saneamiento del medio en las escuelas de medicina.

(OMS)

MEXICO-33—Estudios sobre la toxicidad del dieldrín

En colaboración con la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, se están estudiando los aspectos toxicológicos del dieldrín en los programas de erradicación de la malaria. Con arreglo a este proyecto, se someterá a examen médico, a intervalos regulares, un grupo seleccionado de personas que manejan dieldrín, y se procederá a un cuidadoso estudio y análisis de los resultados.

(OPS/FEM)

MEXICO-34—Enseñanza de la salud pública en las escuelas de medicina veterinaria

Se tomaron las medidas necesarias para que tres profesores, que estaban de viaje por México, dieran conferencias en la Escuela Nacional de Medicina Veterinaria y examinaran el plan de estudios con miembros del cuerpo docente de la Escuela.

(OMS)

MEXICO-35—Adiestramiento en saneamiento del medio

El consultor, después de su visita a México, informó a la Organización acerca de los resultados de una encuesta que realizó sobre la situación de este adiestramiento en las escuelas de salubridad y de ingeniería sanitaria, en relación con la asistencia que se pueda prestar en el futuro a dichas escuelas y con la colocación de becarios.

(OMS)

MEXICO-40—Higiene mental

Se prestó colaboración al Gobierno de México en la nueva estructuración y administración de los servicios de higiene mental, especialmente en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación, mediante los servicios de un consultor a corto plazo que estudió la situación en este aspecto y preparó un informe con recomendaciones específicas.

(OPS)

MEXICO-53—Erradicación de la malaria

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959, de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria.

(OMS/AT, OPS/FEM) (UNICEF)

NICARAGUA-1—Erradicación de la malaria

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959, de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria.

(OPS/FEM) (UNICEF, ICA)

NICARAGUA-5—Enseñanza de enfermería

La escuela efectuó constantes progresos bajo dirección nacional. Las principales realizaciones comprenden: el establecimiento de un nuevo campo de prácticas para enfermería de salud pública; el adiestramiento continuo durante el servicio del personal docente, y un experimento en colaboración internacional para la enseñanza de enfermería psiquiátrica, tanto teórica como práctica. Esta colaboración se estableció con Costa Rica, donde se dió un curso de nueve semanas a 15 estudiantes de tercer año, de Nicaragua. Se espera que esta colaboración continúe hasta que se puedan establecer los servicios de enfermería psiquiátrica en Nicaragua.

El número de estudiantes era el siguiente:

1^{er} año—20 estudiantes

2^o año—9 estudiantes

3^{er} año—15 estudiantes

(OMS)

NICARAGUA-7—Administración de salud pública— Becas

Enseñanza de enfermería. Dos becas de seis meses y medio para estudios en México.

Bioestadística. Una beca de 12 meses para estudios en los Estados Unidos.

Nutrición. Una beca de 12 meses para estudios en Guatemala.

Estadísticas vitales. Una beca de cinco meses para estudios en Chile.

(OPS)

PANAMA-1—Servicios de salud pública

Se ha fortalecido el plan de descentralización y se ha preparado un programa de largo alcance para las regiones sanitarias. Se iniciaron estudios para la reorganización de los departamentos de salud pública urbana de las ciudades de Panamá y Colón.

Se terminó un curso para auxiliares de enfermería.

(OMS/AT) (UNICEF)

PANAMA-2—Erradicación de la malaria

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959, de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria.

(OMS/AT, OPS/FEM) (UNICEF)

PANAMA-8—Administración de salud pública— Becas

Administración de salud pública. Una beca de 10 meses para estudios en Chile.

(OPS)

PARAGUAY-1—Erradicación de la malaria

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959, de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria.

(OMS/AT, OPS/FEM) (UNICEF)

PARAGUAY-9—Control de la lepra

Descubrir y tratar los casos de lepra existentes en el país y proceder a la suspensión de los focos. Toda medida coercitiva para el aislamiento de enfermos ha sido suprimida y el tratamiento es esencialmente domiciliario. En 1959, de un total de 3,174 casos descubiertos y acumulados a lo largo del programa, 2,235 se encontraban bajo tratamiento regular y control epidemiológico. En este mismo año se discontinuó el examen en masa de la población para la búsqueda de casos y se inició la incorporación de las actividades contra la lepra dentro de los servicios regulares de salud pública.

(OMS)

PARAGUAY-10—Servicios de salud pública

Continuó la reorganización gradual del Ministerio de Salud Pública, con el establecimiento de los Departamentos de Higiene Mental, Investigaciones Científicas y Atención Médica. Se ha preparado un Código Sanitario, que se someterá al Congreso. Se construyeron dos nuevos centros de salud y se ampliaron otros cuatro. También se celebraron cursos para auxiliares de enfermería, personal de obstetricia, técnicos de laboratorio e inspectores sanitarios.

(OMS/AT) (UNICEF)

**PARAGUAY-12—Administración de salud pública—
Becas**

Una beca de 11 meses de duración, en el campo de la administración de salud pública, para estudios en el Brasil.

Una beca de cinco meses, en el campo de las estadísticas vitales, para estudios en Chile.
(OMS)

**PARAGUAY-13—Administración de salud pública—
Becas**

Una beca de ocho semanas, en el campo de las enfermedades transmisibles, con especial atención a la viruela, para estudios en Colombia, Chile, y Perú.

Una beca de 4 meses, en el campo de la bacteriología, para estudios en Uruguay.

Una beca de 12 meses, en el campo de la enfermería de salud pública, para estudios en Perú.

Una beca de seis meses, en el campo del control de alimentos, para estudios en Venezuela.

Una beca de 12 meses, en el campo de la tecnología médica, para estudios en Puerto Rico.
(OPS)

PARAGUAY-16—Métodos y procedimientos administrativos en salud pública

Se realizó un estudio sobre los métodos y procedimientos administrativos prevalecientes y se han adoptado medidas para mejorarlos.
(OPS)

PERU-5—Erradicación de la malaria

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959, de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria
(OMS/AT, OPS/FEM) (UNICEF)

PERU-15—Enseñanza superior de enfermería

Se alquiló un edificio adecuado para Sede del Instituto de Postgrado de Enfermería, dirigido por una enfermera nacional y que cuenta con dos instructoras de enfermería a tiempo completo y otro personal docente a tiempo parcial.

El 22 de junio comenzó un curso de 12 meses de duración para instructoras y supervisoras, con 36 enfermeras diplomadas matriculadas. Como éstas no pueden abandonar sus puestos, el curso, que se planeó para seis meses, se ha ampliado con el fin de que las alumnas dediquen medio día a los estudios y continúen desempeñando sus funciones profesionales.
(OMS)

PERU-21—Administración de salud pública—Becas

Ingeniería sanitaria. Una beca de 12 meses para estudios en los Estados Unidos.

Administración de salud pública. Una beca de diez meses y medio para estudios en México.

Administración de salud pública. Dos becas de 10 meses para estudios en Chile.

Veterinaria de salud pública. Una beca de 11 meses para estudios en el Brasil.

Administración de salud pública. Cuatro becas de 11 meses para estudios en el Brasil.

Higiene maternoinfantil. Dos becas de diez meses y medio para estudios en México y una beca de 10 meses para estudios en Chile.

Estadísticas vitales. Una beca de cinco meses para estudios en Chile.
(OMS)

PERU-22—Servicios de salud pública

Continuó el proceso de descentralización, con la organización de nuevas zonas sanitarias dotadas de personal a tiempo completo. Se ha prestado especial atención al desarrollo de un programa de abastecimiento de agua en las zonas urbanas. Se contrataron los servicios de un consultor a corto plazo para que estudiara la situación y las posibilidades de obtener un préstamo bancario para actividades de Arequipa.
(OMS/AT) (UNICEF)

PERU-23—Misión conjunta para poblaciones indígenas

Se han ido ampliando, poco a poco, los servicios de salud pública de la zona, y se prestaron servicios de asesoramiento médico a los centros de salud por el oficial médico asignado al proyecto Bolivia-11.
(OMS/AT) (NU, OIT, FAO)

PERU-25—Administración de salud pública—Becas

Una beca de 12 meses para estudiar enfermería de salud pública en Puerto Rico.

Una beca de 10 meses para estudiar administración de salud pública en Chile.

Una beca de 12 meses para estudiar administración de salud pública en Puerto Rico.

Una beca de tres meses para estudios en administración de salud pública, con especial atención a la medicina preventiva, en Escocia, Estados Unidos, Francia, Inglaterra, Suecia y Yugoslavia.

Una beca de nueve meses para estudiar entomología médica en el Brasil.

Una beca de 12 meses para estudios sobre bioestadística en los Estados Unidos.

Una beca de 12 meses para estudiar enfermería de salud pública en Chile.

Una beca de tres meses y medio para estudios en administración de salud pública en el Brasil, Estados Unidos, Guatemala, México y Puerto Rico.

Una beca de 11 meses para estudios sobre saneamiento del medio, con especial atención a la ingeniería sanitaria, en el Brasil.

(OPS)

REPUBLICA DOMINICANA-2—Erradicación de la malaria

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959, de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria.

(OPS/FEM)

(UNICEF)

REPUBLICA DOMINICANA-3—Enseñanza de enfermería

El primer grupo de 15 estudiantes, que ingresó en la escuela en octubre de 1958, ha seguido el programa establecido provisionalmente para un curso básico de tres años en enfermería. Mediante la concesión de becas y el adiestramiento durante el servicio se procura atender la necesidad de mejorar la administración de la escuela y la preparación del profesorado para el desempeño de funciones.

En la República Dominicana, el año escolar comienza en agosto, pero en 1959 no se admitieron nuevas alumnas en la escuela.

(OMS)

REPUBLICA DOMINICANA-4—Servicios de salud pública

Se nombró un Comité Nacional encargado de estudiar la reorganización y expansión de los servicios de salud pública. Los centros de salud de San Cristóbal y Ciudad Trujillo han continuado sus actividades tanto de adiestramiento como de servicios.

(OPS)

(UNICEF)

REPUBLICA DOMINICANA-8—Erradicación del *Aedes aegypti*

Debido a la escasez de personal, las actividades se limitaron a ciertas ciudades del interior del país. Las operaciones de rociamiento con dieldrín en la campaña antimalárica cubrieron todas las zonas rurales, y se espera que, como consecuencia de esta labor, se haya eliminado también el *A. aegypti*. Las actividades en la capital se suspendieron al comprobarse la existencia de resistencia del mosquito al DDT. La campaña se intensificará en 1960.

(OMS/AT)

REPUBLICA DOMINICANA-10—Vacunación con BCG

La campaña de vacunación colectiva con BCG, iniciada en la última parte de 1958, prosiguió durante 1959 y se prevé que quedará completada a fines de 1960.

Después de esta campaña, se desarrollará en diversas fases un programa nacional de control de la tuberculosis.

(OPS)

(UNICEF)

REPUBLICA DOMINICANA-11—Administración de salud pública—Becas

Sancamiento del medio. Una beca de doce meses para estudios en los Estados Unidos.

(OPS)

REPUBLICA DOMINICANA-52—Control de enfermedades venéreas

Este proyecto incluye el control de las enfermedades venéreas, la erradicación de la frambesia y el fortalecimiento del laboratorio de salud pública, especialmente de la sección serológica.

Avances importantes en los 3 campos se registraron en 1959. Adiestramiento de personal en distintos niveles, uniformidad de técnicas y procedimientos y coordinación en el trabajo sintetizan el aspecto-control de enfermedades venéreas. En la erradicación de la frambesia se logró cubrir casi totalmente el país en la primera etapa de descubrimientos y tratamiento de casos y contactos. En 1959 el número de personas examinadas y tratadas alcanzó a 818,412 y el número de formas infecciosas descubiertas a 181. Se terminó la supervisión del trabajo en 16 provincias del país.

(OPS)

SURINAM-1—Erradicación de la malaria

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959, de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria.

(OPS/FEM)

(UNICEF)

SURINAM Y ANTILLAS NEERLANDESAS - 1—Erradicación del *Aedes aegypti*

Se ha logrado la negatividad en Aruba, Bonaire, Saba, San Fustaquio y San Martín. En Curazao persiste todavía la positividad residual por lo que será necesario asignar un sanitario con carácter permanente a esta isla. Surinam está todavía infestado, y la información de que se dispone indica que el *A. aegypti* es resistente al DDT.

(OMS/AT)

SURINAM Y ANTILLAS NEERLANDESAS-4—Administración de salud pública—Becas

Servicios de laboratorio, con especial atención a la bacteriología. Una beca de tres meses para estudios en los Estados Unidos.

Epidemiología y Cuarentena, con especial atención al control de la lepra. Una beca de 10 semanas para estudios en los Estados Unidos y Venezuela.
(OMS)

TRINIDAD-3—Erradicación de la malaria

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959, de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria.
(OPS/FEM) (UNICEF)

TRINIDAD-6—Legislación de salud pública

El consultor realizó una segunda visita, estudió la aplicación de sus recomendaciones hechas con motivo de su visita anterior y formuló nuevas sugerencias para el mejoramiento de la legislación.
(OMS)

URUGUAY-5—Servicios de salud pública

Empezaron a funcionar cuatro nuevas unidades sanitarias dotadas de personal debidamente adiestrado, completándose así la extensión de los servicios de salud pública a todo el país. Se celebraron cursos para inspectores sanitarios y auxiliares de enfermería.
(OMS/AT) (UNICEF)

URUGUAY-10—Administración de salud pública— Becas

Saneamiento del medio. Una beca de dos meses para estudiar en los Estados Unidos.

Odontología de salud pública. Una beca de 11 semanas para estudiar en el Brasil.
(OPS)

VENEZUELA-1—Servicios locales de salud pública

El ingeniero sanitario continuó colaborando en los aspectos de saneamiento del proyecto y completó su misión en febrero de 1959.
(OMS/AT) (UNICEF)

VENEZUELA-2—Higiene mental

El consultor efectuó una encuesta sobre la situación existente y preparó un plan para la expansión del programa actual.
(OMS)

VENEZUELA-5—Investigación sobre la oncocercosis

Se prestó asistencia en la preparación de planes para una

encuesta encaminada a determinar la extensión del problema de la oncocercosis en Venezuela.

El consultor terminó su labor y presentó un informe hacia fines de año.
(OMS)

VENEZUELA-7—Erradicación de la malaria

Para la descripción de la labor llevada a cabo en 1959, de acuerdo con este proyecto, véase el capítulo relativo a erradicación de la malaria.
(OPS/FEM)

VENEZUELA-9—Administración de salud pública— Becas

Administración de salud pública. Una beca de 11 meses para estudios en el Brasil.

Erradicación de la frambesia. Una beca de un mes para estudios en Haití y Trinidad.
(OPS)

VENEZUELA-10—Administración de salud pública— Becas

Virología. Una beca de seis meses para estudios en los Estados Unidos y Trinidad.

Enseñanza de enfermería. Una beca de 12 meses para estudios en los Estados Unidos.
(OMS)

VENEZUELA-11—Investigación sobre la peste

El consultor comenzó sus actividades el 19 de septiembre. Se prestó colaboración a las autoridades sanitarias nacionales para realizar un estudio de las zonas de peste selvática en el país.
(OPS)

VENEZUELA-14—Enseñanza de enfermería

Se hizo un estudio del actual plan de estudios y del sistema general de enseñanza en el país, con el fin de incorporar al plan de estudios de enfermería el mayor número posible de materias de educación general para proporcionar a la enfermera diplomada una formación más amplia en humanidades y ciencias sociales. Los requisitos para el ingreso en la Escuela Nacional de Enfermería se elevaron de seis a nueve años de educación general.
(OMS/AT)

VENEZUELA-16—Erradicación del *Aedes aegypti*

El año 1959 puede considerarse como el primer año de funcionamiento de este programa, y los progresos realizados han sido satisfactorios. Se completó la encuesta del área metropolitana de Caracas, que fue seguida del trata-

miento de unos pocos focos positivos. La campaña prosigue con las operaciones de reconocimiento de las áreas vecinas, incluidos los distritos rurales de la periferia de Caracas y el Estado de Miranda.

(OPS)

VENEZUELA-18—Instituto Nacional de Higiene

Un virólogo y un especialista en el cuidado de animales de laboratorio visitaron Venezuela. El virólogo completó su investigación y presentó un informe a la Organización. El especialista en animales de laboratorio completó su labor a fines de año.

(OMS/AT)

VENEZUELA-19—Escuela de salud pública

Un consultor pasó 10 días en Caracas estudiando los planes para la Escuela de Salud Pública de la Universidad Central de Venezuela. Presentó un informe que comprende un estudio de los antecedentes de la Universidad y de ciertos aspectos de la enseñanza médica, junto con sus recomendaciones para el fortalecimiento de la Escuela de Salud Pública.

(OMS)

VENEZUELA-20—Aspectos sanitarios de la prevención de accidentes

El consultor visitó Caracas por un período de dos semanas, formuló recomendaciones relativas al establecimiento, en el Ministerio de Sanidad, de un Departamento de Prevención de Accidentes, y estudió sus funciones y organización. Las recomendaciones fueron sometidas al Gobierno en un informe.

(OPS)

AMRO-1—Adiestramiento en saneamiento del medio

Un ingeniero sanitario colaboró en el programa de adiestramiento práctico de la Escuela de Salud Pública de São Paulo, Brasil. Se adjudicaron 22 becas, a saber:

a) 10 becas de 11 meses en el campo de la inspección sanitaria, para estudios en el Brasil, a los siguientes países: Argentina, 1; Brasil, 1; Colombia, 2; El Salvador, 2; Honduras, 1; Perú, 1; República Dominicana, 1 y Venezuela, 1; b) 12 becas de 11 meses, en el campo de la ingeniería sanitaria, a estudiantes de los siguientes países: Argentina, 1; Colombia, 2; El Salvador, 2; Honduras, 1; Perú, 2; Paraguay, 1; República Dominicana, 2 y Venezuela, 1.

Para participar en el Grupo de Trabajo sobre los Programas para el Adiestramiento de Inspectores Sanitarios (Costa Rica), se adjudicaron becas a los siguientes países: Argentina, 1; Bolivia, 1; Colombia, 2; Chile, 1; Ecuador, 1; Paraguay, 2; Perú, 1; Trinidad, 1; Uruguay,

1 y Venezuela 1. Además se concedieron seis becas (Brasil, 1; Honduras, 1; Perú, 1; Uruguay, 1 y Venezuela, 2) para asistir a un curso sobre aguas subterráneas en los Estados Unidos; así como otras dos (una a Panamá y otra a Perú) para participar en un curso sobre la eliminación de desperdicios, también en los Estados Unidos.

En resumen, se proporcionaron becas para los siguientes cursos y grupos de trabajo:

	No. de becas
Curso sobre aguas subterráneas (Minnesota)	6
Grupo de Trabajo, en Costa Rica, para el adiestramiento de personal auxiliar de saneamiento del medio	13
Eliminación de desperdicios en el mar (Conferencia y viajes de observación)	2
Adiestramiento de sanitarios e ingenieros en diversas instituciones	22

(OMS)

AMRO-7—Erradicación del *Aedes aegypti* (Centro América y Panamá)

Se completó la erradicación del *A. aegypti* en El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, la Zona del Canal y Belice. En Costa Rica se está procediendo a la verificación final de la erradicación.

(OMS/AT)

AMRO-8—Erradicación del *Aedes aegypti* (Área del Caribe)

Se llevaron a cabo actividades de asesoramiento y supervisión en las áreas británicas, neerlandesas y francesas y en el proyecto Venezuela-16.

Se encuentran libres de *Aedes aegypti* las siguientes áreas: Aruba, Bermudas, Bonaire, Antigua, Barbuda, Granada, Montserrat, San Vicente, Santa Lucía, San Cristóbal, Nieves y Trinidad. Se están ejecutando programas en Anguila, Bahamas, Barbada, Curazao, Guadalupe, Jamaica, San Martín, Saba, Tabago, San Eustaquio y Trinidad. Es necesario intensificar las actividades en Dominica, Guadalupe, Martinica, Puerto Rico y las Islas Vírgenes.

(OMS/AT)

AMRO-10—Programa interamericano de enseñanza de bioestadística

La Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile dió el séptimo curso sobre estadísticas sanitarias y vitales, al que asistieron estadígrafos de ocho países. La Organización adjudicó 13 becas para este curso, distribuidas como sigue: Argentina, 6; Colombia, 1; Honduras, 1; Perú, 3 y Uruguay, 2. Han recibido adiestramiento en este Centro 255 estadígrafos de 20 países, de los cuales 128 fueron de Chile y 127 de otros países.

(OMS/AT)

AMRO-16—Ayuda a escuelas de salud pública

Un profesor de estadística visitó las escuelas de salud pública de São Paulo, Brasil, y Santiago, Chile, para dar conferencias y prestar servicios de consulta sobre los programas de enseñanza. También visitó las escuelas de medicina y observó los programas de adiestramiento en salud pública de Argentina.

Un profesor de administración de salud pública visitó las escuelas de salud pública de Río de Janeiro, Belo Horizonte, São Paulo, Buenos Aires, Santiago y México, con el fin de analizar los programas de enseñanza, asesorar sobre las modificaciones necesarias en ellos, formular recomendaciones acerca de la colaboración que puede prestar la Organización, y preparar la participación de dichas escuelas en la Conferencia de directores de escuelas de salud pública (AMRO-152).

Se adjudicó una beca al Director de la Escuela de Salud Pública de Buenos Aires, para observar los programas en las escuelas de salud pública de Puerto Rico y Brasil. (OMS)

AMRO-17.5—Curso de adiestramiento en sistemas de abastecimiento de agua

Este curso tuvo lugar en Montevideo, Uruguay, del 16 de octubre al 21 de noviembre, y a él asistieron 19 becarios de Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. (OMS)

AMRO-18—Enseñanza médica

Un consultor a corto plazo estudió los programas de enseñanza y dió conferencias sobre estadística médica en las escuelas de medicina de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, México, Perú y Venezuela.

Un consultor prestó servicios de asesoramiento a la Escuela de Medicina de Honduras sobre la reorganización de su departamento de fisiología.

Un consultor facilitó igualmente asesoramiento sobre la reorganización de la biblioteca de la Escuela de Medicina de Panamá.

Se adjudicó una beca a un miembro del profesorado del "University College of the West Indies", de Jamaica, para estudiar los métodos de enseñanza de los distintos aspectos de la atención médica. (OMS)

AMRO-23.5—V Congreso Regional de Enfermería

El V Congreso Regional de Enfermería se celebró en Buenos Aires, del 23 al 31 de octubre. En su segundo día se habían inscrito 670 enfermeras, de las cuales 344 procedían de fuera de la Argentina. Veintiún países y territorios, entre ellos Trinidad y Puerto Rico, estuvieron representados por 56 delegadas oficiales. El tema general de discusión

fue "Legislación para el mejoramiento de los servicios de enfermería".

Se constituyeron 18 grupos de 15 a 20 personas cada uno, que se reunieron dos veces al día, a partir del segundo día, para discutir los distintos aspectos del tema principal. Se formularon recomendaciones que, si se aplican, mejorarán considerablemente la enseñanza y la práctica de la enfermería en los países latinoamericanos.

(OMS)

AMRO-28—Enseñanza superior de enfermería

En 1959 se adjudicaron nueve becas, todas ellas para 12 meses de estudios en Chile:

Materia estudiada	Distribución por países
Enfermería de salud pública	Perú-2 Colombia-1 Ecuador-1 Uruguay-1
Enseñanza de enfermería	Colombia-2 Ecuador-1 Costa Rica-1

(OMS)

AMRO-35—Becas (no especificado)

Estudios sobre pediatría. Una beca de cinco meses en los Estados Unidos, concedida a un estudiante de México.

Administración de salud pública. Una beca de ocho semanas en Guatemala, México, Panamá y Puerto Rico, adjudicada a un estudiante de Venezuela.

Saneamiento del medio, con atención especial a la ingeniería sanitaria. Una beca de 12 meses en los Estados Unidos, adjudicada a un estudiante de San Cristóbal.

Enseñanza de enfermería. Dos becas de 12 meses en Costa Rica, concedidas a estudiantes de Argentina.

Administración en salud pública, con especial atención a la higiene escolar. Una beca de 12 meses en los Estados Unidos, concedida a un estudiante de las Bahamas.

Servicios de laboratorio, con especial atención a la enfermedad de Chagas. Una beca de tres meses en Brasil, adjudicada a un estudiante de Venezuela.

Servicios de laboratorio, con especial atención a las zoonosis. Una beca de nueve meses en Argentina y Chile, concedida a un estudiante del Ecuador.

Tuberculosis, con atención especial a la cirugía torácica. Una beca de 12 meses en Inglaterra, concedida a un estudiante de Chile.

Saneamiento del medio, con atención especial a la ingeniería sanitaria. Una beca de tres meses en los Estados Unidos, adjudicada a un estudiante del Perú.

Administración de suministros médicos. Una beca de dos meses en los Estados Unidos y Puerto Rico, concedida a un estudiante de Jamaica.

Erradicación del *Aedes aegypti*. Dos becas de cinco semanas en Cuba, concedidas a estudiantes de Honduras.

Oncocercosis. Una beca de tres meses en Africa, adjudicada a un estudiante de Venezuela.

Servicios de laboratorio. Una beca de seis meses en los Estados Unidos, concedida a un estudiante de la Guayana Británica.

Cancerología. Una beca de 12 meses en los Estados Unidos concedida por los Institutos Nacionales de Higiene de este país a un estudiante de Jamaica.
(OPS, NIH)

AMRO-39—Saneamiento del medio (Comité asesor y consultores)

Este Comité se reunió durante tres días en septiembre, para asesorar sobre los mejores métodos de ayudar a los Países Miembros en el desarrollo de sus respectivos programas de abastecimiento de agua.
(OPS)

AMRO-45—Servicios de laboratorio

Se proporcionaron cultivos, cepas y patrones a muchos laboratorios.

También se prestaron servicios de consulta, especialmente en relación con el mejoramiento de los departamentos de virología, de colonias de animales de laboratorio y de pruebas de productos biológicos.

El consultor preparó un esquema y un manual para un curso de adiestramiento de técnicos.
(OMS)

AMRO-47—Servicios de laboratorios de salud pública y erradicación de la frambesia (Area del Caribe)

Se propone colaborar en el estudio de la extensión del problema de la frambesia y en el desarrollo de programas de erradicación para los países y territorios del área del Caribe.

Un consultor médico fue asignado al proyecto en 1959. En ocho islas en donde la campaña de erradicación de la frambesia se dió por terminada, continuaron los trabajos de vigilancia. En Trinidad se terminó la cobertura del área endémica habiéndose descubierto 49 focos infecciosos de la enfermedad.

(OMS/AT, OPS) (UNICEF)

AMRO-48—Seminario sobre la enseñanza de salud pública en las escuelas de medicina veterinaria (16-22 de agosto, 1959)

Se celebró un seminario, del 16 al 22 de agosto, en Kansas City, Missouri, Estados Unidos, al que asistieron decanos y profesores de todas las escuelas de medicina veterinaria de las Américas (los gastos de los participantes canadienses y norteamericanos se sufragaron con fondos de otras fuentes). En el informe, preparado en inglés y en español, se examinaron los principios fundamentales

de la enseñanza de la veterinaria, en relación con los siguientes aspectos:

1) Objetivos de la enseñanza; 2) Plan de estudios; 3) Personal e instalaciones docentes; 4) Métodos y medios auxiliares de enseñanza y 5) Investigación y servicios a la colectividad.

El informe puso de relieve la función del veterinario en relación con los programas de salud pública de su país y de la colectividad a que pertenece.
(OMS)

AMRO-54*—Colaboración con el INCAP

EL INCAP continuó los programas de investigación tanto en el laboratorio como en el campo. Un acontecimiento fue el desarrollo de la INCAPARINA (Mezcla Vegetal 9 del INCAP). Prosiguieron las investigaciones sobre los problemas de la desnutrición proteica, el suplemento de proteínas de cereales, la avitaminosis A y la aterosclerosis.

EL INCAP ha incrementado sus servicios de asesoramiento a los Países Miembros, tanto en lo que se refiere al adiestramiento de personal local en nutrición como a la ayuda prestada a las secciones nacionales de nutrición en el desarrollo de sus programas.
(OPS)

AMRO-57—Estudios sobre la fiebre amarilla

Para los detalles sobre la labor realizada en 1959 de acuerdo con este proyecto, véase Colombia-52.

(OPS) (Gorgas Memorial Laboratory, Fundación Rockefeller)

AMRO-60—Erradicación de la viruela (Interzonas)

Destinado a prestar colaboración a los Gobiernos en todos aquellos aspectos relacionados con la erradicación de la viruela que no incidan directamente dentro del campo de programas exclusivamente nacionales.

Se facilitaron los servicios de un laboratorio de renombre internacional para ejecutar las pruebas de pureza y actividad de las vacunas antivariólicas producidas en los laboratorios nacionales de los países de la Región. Igualmente, se proporcionó equipo de laboratorio para producir

* Subvenciones recibidas en 1959 de:

E. I. duPont de Nemours and Co.

Fundación Kellogg

Lake States Yeast and Chemical

Division of St. Regis Paper Co.

Miller National Federation

Comité Nacional de Carnes y Ganado de los Estados Unidos

Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos

Consejo Nacional de Investigaciones

Fundación para la Nutrición, Estados Unidos

SCIDA—Servicio Cooperativo Interamericano de Agricultura

Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos

Institutos Nacionales de Higiene

vacuna antivariólica liofilizada al Instituto Oswaldo Cruz en Brasil, y en Argentina.

Un consultor colaboró con técnicos mexicanos en la producción en gran escala de vacuna antivariólica liofilizada.

(OPS)

AMRO-61^b—Control de la rabia

Un asesor trabajó a lo largo de la frontera entre Estados Unidos y México, que tiene una extensión de unos 3,200 kilómetros, con el objeto de mejorar y coordinar los programas locales. También se proporcionaron servicios de consultores a corto plazo al Brasil, Argentina, Chile, Panamá y Perú.

(OMS)

AMRO-63—Ayuda a las escuelas de enfermería

Se distribuyeron a unas 20 escuelas de enfermería, en 18 países, ejemplares de la traducción española de un importante libro de texto sobre ciencias básicas.

(OMS)

AMRO-67—Enseñanza de salud pública en las escuelas de medicina veterinaria

Un consultor visitó las escuelas de la Argentina, Chile, México y Perú con el objeto de examinar los planes de estudios y asesorar sobre los cambios que deberían introducirse.

Otro consultor visitó las escuelas del Brasil con la misma finalidad.

(OMS)

AMRO-72—Higiene dental

El asesor regional en higiene dental continuó colaborando en el programa de adiestramiento en odontología de salud pública de la Escuela de Salud Pública de São Paulo, Brasil.

También prestó servicios de asesoramiento a los Gobiernos de Argentina, Jamaica, Paraguay y Venezuela, en el desarrollo de sus programas de higiene dental.

(OPS)

AMRO-76—Pruebas de vacuna

Se prestó colaboración a los laboratorios que se dedican a la producción de vacunas en las Américas, con el fin de mantener un alto nivel de actividad e inocuidad de las mismas, para lo cual se facilitó un servicio de pruebas de referencia.

Se concedió una subvención a un laboratorio de referencia para sufragar los gastos de las pruebas de comprobación

^b Subvención recibida, en 1959, de la Unión Ganadera Regional de Chihuahua.

de la calidad de las vacunas, antígenos y antisueros enviados por los ministerios nacionales de sanidad.

(OMS)

(Michigan Department of Health)

AMRO-77—Centro Panamericano de Fiebre Aftosa

Durante 1959 no hubo cambios de importancia en la situación general referente a la fiebre aftosa en las Américas. El Centro llevó a cabo un seminario de adiestramiento en Argentina, al que asistieron 50 personas procedentes de 5 países. Por otra parte, tres becarios a largo plazo estudiaron en el Centro. Se recibieron aproximadamente 550 muestras, procedentes de 11 países, para el examen de laboratorio, y se estudiaron 3,365 especímenes de suero. Miembros del personal del Centro efectuaron por lo menos una visita a cada país, y se realizó otro de los estudios periódicos sobre la situación de las enfermedades vesiculares en las Américas. En Bogotá, Colombia, se celebró una conferencia técnica internacional, con la asistencia de funcionarios de los servicios contra la fiebre aftosa de Colombia, Ecuador, Panamá y Venezuela, en la que se hicieron planes para mantener la colaboración necesaria con el fin de llegar a establecer un solo programa contra esa enfermedad para el área cubierta por esos países. El programa de investigaciones comprendió estudios sobre la naturaleza de los virus de la fiebre aftosa, la adaptación del virus a animales de laboratorio, la preparación de vacunas de virus vivo, el mejoramiento de las técnicas de producción de vacunas de virus muerto y el desarrollo de una prueba de actividad de las vacunas. En el curso del año se presentaron en reuniones o se publicaron en varias revistas ocho trabajos técnicos preparados por miembros del personal del Centro.

En reuniones especiales de la Organización de los Estados Americanos se elaboraron planes para financiar la ampliación del programa del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa.

(OEA/AT)

AMRO-81^c—Centro Panamericano de Zoonosis (Argentina)

Se intensificaron las actividades de enseñanza, prestación de servicios e investigaciones. Se celebró un curso general sobre el control de las zoonosis, del 22 de junio al 10 de julio, dedicado a estudiantes graduados. Un tercer becario graduado comenzó el 1° de julio sus estudios en el Centro, que durarán un año, y otro los inició el 1° de octubre.

En el curso del año se ampliaron los servicios de biblioteca y de información, y se completó la catalogación de los reimpresos que fueron agrupados por autores. La biblioteca cuenta actualmente con una colección de 338 revistas distintas y 531 libros.

Se inició la producción de antígeno para la prueba del

^c Subvenciones recibidas, en 1959, de *American Cyanamid Co.*, de *E. R. Squibb and Sons*, y de la Fundación Rockefeller.

anillo en la *Brucellosis abortus*, en escala suficiente para su distribución a los distintos países americanos. También se emprendió un estudio sobre la legislación vigente, en materia de brucelosis, en los países de las Américas.

Se comenzó un estudio bibliográfico especial con el objeto de obtener un mejor conocimiento del problema del ántrax en los animales y en el hombre, en las Américas.

Prosiguió la labor de evaluación del "Bacterium", en el campo, para el control de las leptospirosis, así como el estudio sobre estas enfermedades en los animales silvestres.

Quedó casi terminado el estudio sobre la posibilidad de que los murciélagos vampiros adquieran inmunidad pasiva al nutrirse de ganado inmune.

Se completaron los preparativos para evaluar sobre el terreno una vacuna contra la hidatidosis en el ganado lanar.

Se iniciaron los planes para celebrar un seminario, a principios de 1960, sobre la tuberculosis animal y sus repercusiones en la salud del hombre.

(OMS/AT, OPS, OEA/AT) (FAO)

AMRO-85—Centro latinoamericano para la clasificación de enfermedades

En 1959, el Centro Latinoamericano organizó cinco cursos, uno en Caracas y los restantes en Argentina, Panamá, Paraguay y Perú. En total, 126 estudiantes recibieron instrucción en la clasificación de enfermedades. La influencia de este Centro, establecido en el Ministerio de Sanidad de Venezuela, se ha extendido considerablemente en las Américas y ha contribuido a aumentar el interés por la certificación médica y el empleo y la interpretación correcta de la *Clasificación Internacional de Enfermedades*. (OMS)

AMRO-86—Estadísticas sanitarias (Zona III)

En la Zona III, el consultor en estadística prestó servicios en Costa Rica para desarrollar un plan coordinado encaminado a producir estadísticas útiles de mejor calidad y con prontitud en todos los niveles. En Guatemala, Honduras y Nicaragua, colaboró en la organización de oficinas de bioestadística. En Honduras y Nicaragua se subrayó la importancia de los proyectos relativos a los certificados de defunción. En Panamá, el consultor prestó servicios relacionados con la organización de la sección de estadística, la compilación de datos básicos en los centros de salud y de estadísticas hospitalarias así como con el adiestramiento del personal en estadística.

(OMS)

AMRO-88—Erradicación del *Aedes aegypti*

El asesor regional continuó prestando asesoramiento técnico a los gobiernos y a varios proyectos de erradicación. También colaboró con el Gobierno de México en la

evaluación preliminar del programa de erradicación del *Aedes aegypti* en dicho país.

(OPS)

AMRO-90—Servicios de asesoramiento técnico sobre la malaria (Regional)

Un entomólogo, un parasitólogo médico y un asesor en administración y conservación de vehículos de motor, prestaron servicio de asesoramiento técnico a los programas de los países de todo el Hemisferio.

(OPS, OPS/FEM)

AMRO-92—Poliomielitis

El oficial médico coordinó las actividades de la OPS en materia de poliomielitis, particularmente en lo que se refiere a los programas de vacunas de virus vivo.

Con la cooperación de la Fundación "Sister Elizabeth Kenny", se facilitaron los servicios de un experto en rehabilitación y de dos consultores en fisioterapia a la República Dominicana para que colaboraran en la evaluación de la extensión del brote de poliomielitis que ocurrió en el país a principios de año, y en la organización de una unidad para la atención de los casos graves y su rehabilitación física, una vez pasado el período agudo de la enfermedad.

En el Laboratorio de Cultivos Tisulares de Cali, Colombia, se celebró un curso internacional, de cuatro semanas, sobre técnicas de cultivos celulares y tisulares aplicadas a la virología, al que asistieron 10 estudiantes procedentes de ocho países (Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Perú, Uruguay y Venezuela).

(OPS)

(Fundación "Sister Elizabeth Kenny")

AMRO-93—Educación sanitaria (Zona II)

El consultor prestó regularmente servicios de asesoramiento a los cuatro países de la Zona y ayudó también a la Escuela de Salubridad de México, así como en los aspectos de educación sanitaria del programa de erradicación de la malaria.

(OMS)

AMRO-94—Enfermedades diarreicas en la infancia

Se facilitaron los servicios de un bacteriólogo y un estadígrafo para los estudios sobre la relación entre las enfermedades diarreicas y la nutrición, que se llevan a cabo en el INCAP.

(OPS)

AMRO-95—Saneamiento del medio (Area del Caribe)

El ingeniero de este proyecto fue asignado a la Guayana Británica e inició ciertos trabajos preliminares sobre abastecimiento de agua y saneamiento rural. También

emprendió un estudio de la labor que se realiza en las islas comprendidas en este proyecto.

(OMS/AT)

(UNICEF)

AMRO-98—Grupo de trabajo sobre el establecimiento de certificados médicos

El grupo de trabajo sobre educación y adiestramiento en materia de certificaciones médicas se reunió en el Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades, en Caracas, Venezuela, del 26 al 30 de mayo de 1959. La reunión tenía por objeto realizar un estudio completo del estado de la enseñanza y adiestramiento de los estudiantes de medicina en esta materia, intercambiar puntos de vista sobre las distintas técnicas de educación y fomento y preparar recomendaciones sobre dicha enseñanza en las escuelas de medicina. En el Grupo de Trabajo participaron doce profesores y estadígrafos procedentes de los siguientes países: Argentina, 1; Brasil, 3; Colombia, 2; Chile, 1; Estados Unidos, 1; México, 1; Panamá, 1; Uruguay, 1 y Venezuela, 1. El informe del grupo de trabajo y la traducción al español del informe titulado "Instruction in Medical Certification of Causes of Death," se publicarán en el *Boletín* de la Oficina Sanitaria Panamericana. Estos informes se distribuirán a las escuelas de medicina y sin duda ayudarán a los profesores a desarrollar la enseñanza sobre el establecimiento de certificados médicos.

(OPS)

AMRO-100—Cursos sobre administración y supervisión de enfermería

Un consultor fue seleccionado y se le adjudicó una beca para un curso que comenzará a principios de 1960.

(OMS)

AMRO-114—Centro de adiestramiento en erradicación de la malaria (México)

La Organización colaboró con el Departamento de Adiestramiento de la Comisión Nacional de Erradicación del Paludismo, en cuatro cursos organizados en 1959. En dos cursos, para funcionarios principales, recibieron adiestramiento 55 participantes procedentes de 10 países, y a otros dos cursos, para inspectores sanitarios, asistieron 57 participantes, también de 10 países. Además, el Departamento de Adiestramiento ofreció la oportunidad para realizar observaciones de campo a los participantes en cursos efectuados en otros países.

(OPS/FEM)

AMRO-117—Servicios de asesoramiento técnico sobre la malaria (Zona I)

Se facilitaron servicios de asesoramiento técnico, por medio de la Oficina de Zona, a los países y otras áreas de la Zona I.

(OPS/FEM)

AMRO-118—Servicios de asesoramiento técnico sobre la malaria (Zona III)

Se facilitaron servicios de asesoramiento técnico, por medio de la Oficina de Zona, a Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y Belice.

(OPS/FEM)

AMRO-119—Servicios de asesoramiento técnico sobre la malaria (Zona IV)

Se facilitaron servicios de asesoramiento técnico, por medio de la Oficina de Zona, a Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú.

(OPS/FEM)

AMRO-121—Grupos de evaluación de la erradicación de la malaria

Se efectuó un estudio de la eficacia de los sistemas de evaluación empleados en los programas de los países y se analizaron los datos sobre la malaria en vías de desaparición. Se estudiaron también los métodos para el registro de las áreas de malaria erradicada. El grupo, cuya sede se trasladó de la ciudad de Panamá a la ciudad de Guatemala, se compone de un epidemiólogo, un parasitólogo médico y un sanitario.

(OPS/FEM)

AMRO-125—Seminario sobre técnicas de evaluación en la erradicación de la malaria

Este seminario se celebró en Petrópolis, del 29 de noviembre al 7 de diciembre. Entre los participantes figuraron los directores y los jefes de las secciones de epidemiología de los programas nacionales, así como personal técnico de la OPS/OMS. El Seminario puso de relieve, una vez más la necesidad de que las actividades de evaluación se desarrollen temprana y ordenadamente; definió importantes diferencias en las técnicas y actividades en diversas fases de las campañas, y reafirmó el principio de la notificación voluntaria eficaz como elemento primordial en las actividades de evaluación y vigilancia. Los documentos y recomendaciones del seminario han sido distribuidos entre los participantes y se proyecta publicar el informe final del mismo a principios de 1960.

(OPS/FEM)

AMRO-134—Centro de adiestramiento en erradicación de la malaria (Kingston)

Durante el año, se organizaron tres cursos para funcionarios principales, en los que participaron 67 personas de 13 países, y un curso para sanitarios, al que asistieron 15 personas de 6 países.

(OPS/FEM)

(ICA)

AMRO-135—Adiestramiento en erradicación de la malaria

Debido a la escasez de trabajadores expertos para la erradicación de la malaria en las Américas, la Organización comenzó adiestrando a 21 profesionales de salud pública en las técnicas de erradicación de la malaria, con el fin de poder llenar las funciones de asesoramiento técnico que le corresponden en este campo.

(OPS/FEM)

AMRO-137—Centro de adiestramiento en erradicación de la malaria (São Paulo)

Durante el año, treinta y dos participantes de 11 países recibieron adiestramiento en técnicas de erradicación de la malaria y en entomología, en la Facultad de Higiene de la Universidad de São Paulo.

(OPS/FEM)

AMRO-139—Servicios de asesoramiento técnico sobre la malaria (Zona V)

Se facilitaron servicios de asesoramiento técnico, por medio de la Oficina de Zona, al Brasil.

(OPS/FEM)

AMRO-142—Aspectos sanitarios de la energía nuclear

Se adjudicó una beca de tres meses a un estudiante de Perú, para recibir adiestramiento en radiología, en Puerto Rico.

Se concedió otra beca, también de tres meses, a un estudiante de Colombia, para cursar estudios en la misma especialidad, en Puerto Rico.

(OPS)

AMRO-144—Estadísticas sanitarias (Zona II)

El consultor de la Zona II prestó servicios de asesoramiento a los cuatro países de la Zona, o sea, Cuba, Haití, México y la República Dominicana. También se prestó asistencia en relación con el programa de enseñanza de la Escuela de Salubridad de México. Este consultor participó en el grupo de trabajo sobre educación y adiestramiento en certificaciones médicas, reunido en Venezuela, y con tal fin estudió el estado de la instrucción en esta materia en todas las escuelas de medicina de México.

(OMS)

AMRO-148—Laboratorio de elaboración de productos biológicos (Zona III)

Se hicieron planes para llevar a cabo una encuesta con el objeto de obtener la información necesaria para la preparación de la segunda fase del proyecto, es decir, el establecimiento de un laboratorio para la elaboración de

productos biológicos que permita satisfacer las necesidades de los programas de control y prevención de las enfermedades en los países de Centro América y Panamá. Se contrató a un consultor con experiencia en esta materia para que lleve a cabo la encuesta inicial, que se proyecta comenzar a principios de 1960.

(OPS)

AMRO-149—Control de la lepra

Se completaron las encuestas en Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua y Panamá. El consultor colaboró también con el Gobierno de México en la preparación de un programa nacional para el control de esta enfermedad.

(OMS)

AMRO-150—Servicios de alimentos y drogas

Se prepararon planes, guías y formularios detallados para la ejecución de la encuesta sobre los problemas planteados, los servicios existentes, en materia de control de alimentos, drogas y productos biológicos en los países de las Américas. Continuaron durante el año las gestiones para contratar a los dos miembros que han de integrar el grupo de encuesta.

(OPS)

AMRO-152—Conferencia de directores de escuelas de salud pública

Un seminario de seis días, celebrado en San Miguel Regla, Hidalgo, México, analizó los objetivos de las escuelas de salud pública, el alcance, contenido y métodos de la enseñanza, los estándares de administración y los servicios a la colectividad. El informe se aceptó como guía para el mejoramiento constante de las siete escuelas que participaron en el seminario. Se recomendó que se celebren reuniones del grupo a intervalos de aproximadamente dos años.

(OMS)

AMRO-157—Estadísticas sanitarias (Zona I)

El consultor para la Zona I fue nombrado el 9 de noviembre de 1959. Visitó la Oficina de Washington y la de Zona en Caracas, con fines de orientación y planeamiento de programas. Después realizó visitas a Trinidad, Curazao y Jamaica. Los programas de estadística en esta zona se hallan en distintas fases de desarrollo y, por lo tanto el consultor prestará su asistencia de diferentes maneras. La segunda reunión de Oficiales Médicos Jefes, que se celebrará en Jamaica a comienzo de 1960, ofrecerá una excelente ocasión para estudiar los problemas de estadística. Se proyecta organizar en 1960 un curso sobre la clasificación de enfermedades, para los territorios de habla inglesa.

(OPS)

AMRO-159—Estadísticas sanitarias (Zona VI)

El consultor en estadística para la Zona VI fue designado el 13 de octubre de 1959. Después de un período de orientación en la oficina de la Sede, se trasladó a la Oficina de la Zona, en Buenos Aires, y efectuó visitas a los servicios de salud pública tanto de la Argentina como de Chile. Participó como representante de la OPS/OMS en el Seminario de las Naciones Unidas sobre la Evaluación y Aprovechamiento de los Resultados Censales en América Latina, que se celebró en Chile del 30 de noviembre al 18 de diciembre de 1959. El consultor colabora en el establecimiento de un centro de adiestramiento para personal de estadística y de registros de hospitales en uno de los países de la Zona (AMRO-156).

(OPS)

AMRO-163—Epidemiología (Zona VI)

Las funciones del consultor en epidemiología, en 1959, fueron las siguientes: 1) fomentar el desarrollo de programas de erradicación y de control de las enfermedades transmisibles; 2) asesorar sobre los nuevos métodos y técnicas de control; 3) coordinar los programas de erradicación y de control de las enfermedades cuarentenales, en los países de la Zona; 4) fomentar el mejoramiento de las notificaciones de enfermedades transmisibles, y 5) asesorar sobre todos los problemas relacionados con la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional.

(OPS)

AMRO-165—Servicios de asesoramiento en nutrición (Interzonas)

Los asesores en nutrición se asignaron al INCAP para que colaboraran en los aspectos del programa del Instituto relativos al desarrollo de los servicios de asesoramiento a los países. Un consultor permaneció en el INCAP durante el período de febrero a septiembre. El segundo consultor fue asignado a mediados de septiembre, prestó servicios durante el resto del año y continúa en 1960. También visitó el INCAP, de acuerdo con este programa, un consultor a corto plazo, por un período de 14 días, con el fin de estudiar con el Director el desarrollo de un programa de adiestramiento en nutrición.

(OPS)

AMRO-178—Veterinaria de salud pública (Zona II)

Durante el año, el asesor en veterinaria de salud pública proporcionó servicios de consulta y asistencia técnica a los servicios de salud de la Zona, principalmente en materia de control de las zoonosis e higiene de los alimentos. También se facilitó asesoramiento sobre servicios de laboratorio, administración de salud pública y medicina comparada. Aunque la mayor parte de la labor se llevó a cabo con los

servicios de salud, se prestó asimismo colaboración, en la medida necesaria, a los servicios de los ministerios de agricultura e instituciones docentes.

(OPS)

AMRO-179—Veterinaria de salud pública (Zona IV)

Durante el año, el asesor en veterinaria de salud pública proporcionó servicios de consulta y asistencia técnica a los servicios de salud de la Zona, principalmente en materia de control de las zoonosis e higiene de los alimentos. También se facilitó asesoramiento sobre servicios de laboratorio, administración de salud pública y medicina comparada. Aunque la mayor parte de la labor se llevó a cabo con los servicios de salud, se prestó asimismo colaboración, en la medida necesaria, a los servicios de los ministerios de agricultura e instituciones docentes.

(OPS)

AMRO-181^d—Estudios sobre las vacunas con virus poliomiélfítico vivo

En el curso del año quedaron completados los programas de vacunación colectiva en Colombia y Nicaragua, y se inició una campaña de alcance nacional en Costa Rica con la finalidad de administrar la vacuna, por vía oral, a la población menor de 10 años de edad. A fines de año, 120,327 niños habían recibido los tres tipos de virus en el programa de vacuna monovalente y 89,138 habían sido vacunados con la vacuna trivalente. No ha habido el menor incidente en relación con la inocuidad de las cepas utilizadas.

(OPS)

AMRO-182—Curso de adiestramiento en encuestas nutricionales y dietéticas

En este curso se examinaron los objetivos de las encuestas dietéticas y los métodos para aplicar los hallazgos de las mismas.

(OEA/AT)

AMRO-187—Fomento de los servicios urbanos de abastecimiento de agua

Se facilitaron servicios de consulta a Perú y Venezuela para las actividades iniciales sobre los problemas de abastecimiento de agua en esos países. En los últimos meses del año se comenzó la labor relativa a los suministros de agua, después de haber sido aprobado este programa por el Consejo Directivo de la Organización.

(OPS)

^d Subvenciones recibidas, en 1959, de: American Cyanamid Co., USPHS.

AMRO-188—Veterinaria de salud pública (Zona III)

Durante el año, el asesor en veterinaria de salud pública proporcionó servicios de consulta y asistencia técnica a los servicios de salud de la Zona, principalmente en materia de control de las zoonosis e higiene de los alimentos. También se facilitó asesoramiento sobre servicios de laboratorio, administración de salud pública y medicina comparada. Aunque la mayor parte de la labor se llevó a cabo con los servicios de salud, también se prestó asimismo colaboración, en la medida necesaria, a los servicios de los ministerios de agricultura e instituciones docentes.

(OMS)

AMRO-189—Veterinaria de salud pública (Zona V)

Durante el año, el asesor en veterinaria de salud pública proporcionó servicios de consulta y asistencia técnica a los servicios de salud de la Zona, principalmente en materia de control de las zoonosis e higiene de los alimentos. También se facilitó asesoramiento sobre servicios de laboratorio, administración de salud pública y medicina comparada. Aunque la mayor parte de la labor se llevó a cabo con los servicios de salud, se prestó asimismo colaboración en la medida necesaria, a los servicios del ministerio de agricultura e instituciones docentes.

(OMS)

AMRO-196—Grupo encargado de las pruebas de insecticidas

Este proyecto se estableció mediante la cooperación de los Gobiernos de El Salvador y los Estados Unidos y la Organización. En varias áreas experimentales se aplican diversas dosificaciones de nuevos insecticidas que parecen ofrecer posibilidades para su utilización residual en los programas de erradicación de la malaria, y se observan, a intervalos determinados, los efectos mortíferos. Se mantiene una colonia de *A. albimanus*, con fines de comprobación. Se recoge regularmente información referente a la densidad y hábitos de los anofelinos.

(OPS/FEM)

AMRO-197—Investigaciones sobre la resistencia de los anofelinos a los insecticidas

De acuerdo con las recomendaciones formuladas sobre esta materia especializada, por un grupo asesor, que estudió la situación de la resistencia en las Américas, se concedió una subvención al Laboratorio de Entomología Médica, de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, para el establecimiento y mantenimiento de colonias de anofelinos susceptibles y resistentes. Estas cepas están a disposición de otras instituciones que las necesiten para sus estudios.

(OPS/FEM)

(Universidad
Johns Hopkins)

AMRO-198—Métodos y procedimientos administrativos en salud pública

En la última parte del año se emprendió la labor preliminar de planificación y encuestas con el fin de establecer un programa de colaboración con los ministerios de salud pública para mejorar la administración de sus servicios de sanidad. Se efectuaron visitas a varios ministerios de América Central y de los países de la parte meridional de Sudamérica, a fin de estudiar las necesidades y los recursos disponibles, así como para determinar conjuntamente el camino a seguir.

(OPS)

AMRO-199—Pruebas de la susceptibilidad de los anofelinos

Este proyecto se estableció con el fin de proporcionar corrientemente material para efectuar pruebas de susceptibilidad o resistencia, o de una y otra.

(OPS/FEM)

AMRO-200—Primera Conferencia Internacional sobre vacunas de virus vivo contra la poliomiélitis

Patrocinada por la OPS/OMS y con el apoyo financiero de la Fundación "Sister Elizabeth Kenny", se celebró en Washington, del 22 al 26 de junio, la Primera Conferencia Internacional sobre vacunas de virus vivo contra la poliomiélitis, con el objeto de que los investigadores en este campo tuvieran ocasión de confrontar sus experiencias y de facilitar medios para difundir la información reunida. Asistieron 61 científicos procedentes de 17 países. Las actas de esta conferencia se han publicado en inglés (PASB Scientific Publications, No. 44).

(OPS)

(Fundación "Sister
Elizabeth Kenny")

AMRO-201—Estadísticas sanitarias (Zona V)

Un consultor a corto plazo prestó servicios, durante un período de seis semanas, en la Zona V, dedicando especial atención a la enseñanza de la estadística médica en las escuelas de medicina y al desarrollo de las estadísticas vitales. Se efectuaron visitas a siete escuelas de medicina y a dos de salud pública. Es evidente la necesidad de desarrollar el interés por la estadística médica y la instrucción en ella. Sin embargo, falta personal adiestrado para la enseñanza de estadística. También es de primordial importancia el mejoramiento del registro de estadísticas vitales, especialmente en las zonas rurales. El Departamento Federal de Salud en Brasil proyecta establecer un Área de Registro en los tres Estados meridionales de Paraná, Santa Catarina y Rio Grande do Sul.

(OPS)

Indice

A	Página
Academia Americana de Pediatría.....	35
Adiestramiento	
<i>v.</i> Educación y Adiestramiento	
Administración de Salud Pública.....	1
comités o consejos de planeamiento.....	1
mesas redondas sobre: poliomielitís, oncocercosis y utilización de recursos y personal de salud pública.....	8
reorganización de ministerios y departamentos de salud pública..	1
seminarios.....	2
simposio sobre nutrición de la madre, el niño y la familia.....	8
Administración, División de.....	102
asuntos jurídicos.....	104
gestión administrativa.....	102
instalaciones de la Sede.....	105
personal.....	102-103
presupuesto y finanzas.....	103-104
servicios de conferencias e idiomas.....	104
suministros.....	104
Administración de Cooperación Internacional de los Estados Unidos (ICA).....	XI, XIV, 18, 21, 55, 57-60, 86, 91
<i>v. también:</i> Resúmenes de los Proyectos (Apéndice)	
Centro Panamericano de Zoonosis.....	86
educación médica.....	36
enfermedades diarreicas.....	21
laboratorios de salud pública.....	86
malaria.....	55-56
saneamiento del medio.....	18
vacunación antivariólica.....	68
<i>Aedes Aegypti</i>	
<i>v.</i> La fiebre amarilla y la erradicación del <i>Aedes aegypti</i>	
Aftosa, fiebre	
<i>v.</i> Centro Panamericano de Fiebre Aftosa	
Agua, abastecimiento de.....	XI, 13-16
Alimentos, drogas y productos biológicos, control de.....	92
adiestramiento.....	92
asesoramiento a escuelas de salud pública y escuelas de medicina veterinaria.....	92
becas.....	92
centros de adiestramiento.....	92
encuesta sobre servicios de control.....	92
medicina veterinaria.....	92
pruebas de referencia.....	92
<i>Alouatta sp.</i>	
<i>v.</i> Fiebre amarilla	
AMRO, Proyectos	
<i>v.</i> Resúmenes de los Proyectos	
Apéndice.....	109
Asamblea Mundial de la Salud.....	XI, 15, 97
Asociación Americana de Medicina Veterinaria.....	40
Asociación Americana de Salud Pública.....	105
Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salubridad.....	105
Asuntos financieros.....	103-104

B

Becas.....	44
administración de salud pública.....	45, 47, 50-51
aftosa.....	46
cuadros.....	44-51
discusiones, XV Conferencia Sanitaria Panamericana.....	50
estadística sanitaria.....	46
grupos de estudio de la OMS.....	49
malaria.....	44-46

saneamiento del medio.....	46
servicios de salud pública.....	44
Biblioteca	
<i>v.</i> Biblioteca de la Sede	
Biblioteca de la Sede.....	36-37

C

<i>Calendario Mensual de Reuniones Internacionales</i>	95
Causas de defunción, certificación médica de las.....	11
Centro de Adiestramiento en Erradicación de la Malaria, São Paulo.....	105
Centro de Enfermedades Transmisibles del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos.....	55, 62
Centro de Información de Educación Médica (CIEM).....	36
Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades.....	10-11
Centro Panamericano de Fiebre Aftosa.....	88
Conferencia Internacional contra la Fiebre Aftosa.....	88-89
Consejo Interamericano Económico y Social.....	90
consultas de campo.....	88
Facultad de Medicina Veterinaria de la Universidad de Buenos Aires.....	88
FAO.....	88
financiamiento.....	90
instalaciones.....	88
OEA.....	90
Oficina Internacional de Epizootias.....	88
Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria.....	88
programa de adiestramiento.....	88
programa de cooperación técnica de la OEA.....	90
programa de investigación.....	89
publicaciones científicas.....	90
servicios de referencia para diagnóstico.....	88
Centro Panamericano de Zoonosis.....	82
becas.....	86
cursos de adiestramiento.....	82, 86
enseñanza.....	82
ICA.....	86
investigaciones.....	87
muestras recibidas en los laboratorios.....	87
personal e instalaciones.....	87
servicios.....	86
Clasificación de Enfermedades	
<i>v.</i> Centro Latinoamericano para la Clasificación de Enfermedades	
Clasificación Internacional de Enfermedades.....	10-11
Comisión Nacional de Erradicación del Paludismo de México.....	56
Comité Ejecutivo, OPS.....	98-99
XV Conferencia Sanitaria Panamericana.....	104
XVI Conferencia Sanitaria Panamericana.....	98
V Congreso Regional de Enfermería.....	43
Constitución, OPS.....	104
enmienda.....	104
Control de alimentos, drogas y productos biológicos	
<i>v.</i> Alimentos, Drogas y Productos Biológicos, control de	
Control de insectos	
<i>v.</i> Erradicación de la Malaria y Erradicación del <i>Aedes aegypti</i>	
Control y Erradicación de Enfermedades.....	53
Cursos para operarios de sistemas de abastecimiento de agua.....	19

D

DDT.....	56-60
Decentralización.....	98, 101
Departamento de Educación Profesional.....	102

	Página
Departamento de Enfermedades Transmisibles.....	102
Día Mundial de la Salud.....	94
Dieldrín.....	56-60
Director, OSP.....	101
Emérito.....	97
Informe Anual.....	95
Oficina del.....	101
Discusiones Técnicas.....	16, 98
Discusiones Técnicas sobre Abastecimiento de Agua.....	16, 98
División de Administración	
v. Administración, División de	
División de Educación y Adiestramiento	
v. Educación y Adiestramiento, División de	
Divisiones de la Sede.....	101
División de Salud Pública	
v. Salud Pública, División de	
Documentos Básicos.....	98, 104

E

Educación Médica.....	34
Academia Americana de Pediatría.....	35
Asociación Internacional de Epidemiología.....	35
Asociación Internacional de Pediatría.....	35
Asociación Internacional de Universidades.....	34
Asociación Latinoamericana de Ciencias Fisiológicas.....	35
biblioteca.....	36-37
Congreso Centroamericano y Panamericano de Pediatría.....	35
XXI Congreso Internacional de Ciencias Fisiológicas, Buenos Aires.....	35
IX Congreso Internacional de Pediatría, Montreal.....	35
Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas.....	34
encuesta sobre la enseñanza de las ciencias fundamentales.....	35
encuesta sobre la enseñanza de la pediatría en E.U.A., 1946-47.....	35
enseñanza de estadística.....	36
Fundación W. K. Kellogg.....	35
programas.....	34, 35
radiaciones ionizantes.....	35
radioisótopos en la medicina clínica.....	35
Reunión de la Asociación Internacional de Epidemiología.....	35
Segunda Conferencia Mundial de Educación Médica.....	36
seminario sobre educación médica, Venezuela.....	36
seminario sobre la enseñanza de la medicina interna en las escuelas de medicina.....	35
seminario sobre la enseñanza del saneamiento del medio a los estudiantes de medicina, en México.....	36
Educación profesional	
v. también educación médica, enseñanza de salud pública; enseñanza de enfermería, y becas	
Educación profesional en salud pública	
v. también salud pública, educación profesional	
Educación sanitaria.....	29
adiestramiento.....	29-30
discusiones técnicas de la XII Asamblea Mundial de la salud, sobre educación sanitaria.....	29
esfuerzos conjuntos con la UNESCO.....	30
Educación y adiestramiento.....	XIII, 33
v. también educación médica, enseñanza de salud pública, enseñanza de enfermería y becas	
Academia Americana de Pediatría, Comité de Educación Médica.....	35
Asociación Americana de Medicina Veterinaria.....	40
Asociación Colombiana de Escuelas de Medicina.....	35
Asociación de Decanos de Escuelas Americanas de Medicina Veterinaria.....	40
Asociación Internacional de Epidemiología.....	35

	Página
Asociación Latinoamericana de Ciencias Fisiológicas.....	35
becas.....	33
biblioteca de la Sede.....	36-37
Centro especial de adiestramiento, Jamaica.....	38
Centro de Información de Educación Médica.....	36
Comite Asesor en Educación.....	33
Conferencia sobre Escuelas de Salud Pública en America Latina, San Miguel Regla, México.....	37
XXI Congreso Internacional de Ciencias Fisiológicas.....	35
IX Congreso Internacional de Pediatría.....	35
Congreso Panamericano de Medicina Veterinaria.....	40
educación médica.....	34
encuesta sobre la enseñanza de las ciencias fundamentales.....	35
Escuela de Ingeniería Sanitaria, Universidad de México.....	38
Escuela Nacional de Salud Pública, Argentina.....	38
Escuela Nacional de Salud Pública, Brasil.....	38
Escuela Nacional de Salud Pública, Colombia.....	38
Escuela Nacional de Salud Pública, Venezuela.....	38
Fundación W. K. Kellogg.....	35
higiene dental.....	39
saneamiento del medio.....	36, 39
Secretaría del Congreso Panamericano de Medicina Veterinaria.....	40
Segunda Conferencia Mundial de Educación Médica.....	34, 36
seminario sobre la enseñanza de salud pública en las escuelas de medicina veterinaria, EUA.....	40
seminario sobre la enseñanza de la medicina interna en las escuelas de medicina.....	35
uso clínico de radioisótopos, programa de adiestramiento sobre.....	35
Educación y Adiestramiento, División de.....	33
Departamento de Educación Profesional.....	102
Departamento de Becas.....	44
Enfermedades diarreicas.....	21-22
estudios realizados en el INCAP.....	25
seminario.....	21
Enfermedades filariásicas.....	78
filariasis.....	78-79
oncocercosis.....	79
Enfermedades venéreas	
v. Treponematosis	
Enseñanza de enfermería.....	40
adiestramiento de personal auxiliar de enfermería.....	42
becas.....	42
Congreso Interamericano de matronas.....	43
V Congreso Regional de Enfermería.....	43
enseñanza básica de enfermería.....	41-42
enseñanza superior de enfermería.....	42
escuelas de enfermería.....	41-42
formación profesional de parteras.....	42-43
Enseñanza de salud pública.....	37
Erradicación	
v. Erradicación del <i>Aedes aegypti</i> ; programas de erradicación de la malaria	
Control y Erradicación de Enfermedades.....	53
Erradicación de la malaria.....	X, 53
v. también anófeles; DDT; dieldrín; ICA; insecticidas; Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria; UNICEF	
<i>A. albimanus</i>	XI, 53-54
<i>A. albimanus</i>	XI, 53
<i>A. aquasalis</i>	XI, 53-54
<i>A. pseudopunctipennis</i>	XI, 53-54
<i>A. quadrimaculatus</i>	XI, 53
<i>A. triannulatus</i>	53
actividades entomológicas.....	55
actividades por países o áreas.....	56-60
área malárica total.....	55

	Página
Centro de Adiestramiento, Jamaica	56
Centro de enfermedades transmisibles del servicio de salud pública de los Estados Unidos	55
CNEP	56
colaboración con otros organismos	55
comisión nacional de erradicación del paludismo de México	56
DDT	56-60
Departamento de salud pública de la ciudad de Baltimore	56
dieldrín	56-60
Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins	56
especies de vectores resistentes	54-55
estado, 1959	52
estudios sobre cambios de comportamiento	55
Fundación Rockefeller	56
grupo de epidemiología	56
grupo de pruebas de insecticidas	56
ICA	55
Instituto Lister, Londres, Inglaterra	55
Manual de instrucciones suplementarias para el empleo del equipo de pruebas de la OMS para mosquitos adultos	53
problema de la resistencia	53-55
redes de colaboradores no profesionales	56
VII Reunión de Directores de Servicios de Erradicación de la Malaria de Centro América, Panamá y México	56
reuniones profesionales	56
seminario sobre técnicas de evaluación de la erradicación de la malaria	108
Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos	56
UNICEF	55-56
Erradicación de la viruela	66
casos notificados, 1950-59	66
XV Conferencia Sanitaria Panamericana	66
distribución de casos, 1959	66-67
distribución geográfica	66-67
ICA	68
Institut de Vaccine des Paris	67
producción de vacuna	68
progresos por países	67-69
suministro de vacuna	67-69
UNICEF	69
vacunaciones	67-68
Estadística	
v. Estadística sanitaria	
enseñanza de estadística médica	11
Estadísticas sanitarias	8
actividades en los países	11-13
becas	10
casos notificados de enfermedades cuarentables en las Américas	13
censos nacionales	12-13
Centro de Adiestramiento en Técnicas de Erradicación de la Malaria, Jamaica	11
centro latinoamericano para la clasificación de enfermedades, AMRO-85	10-11
crecimiento de población	9
curso en estadística vitales y sanitarias, AMRO-10	10
enseñanza de estadística médica	11
estadísticas sanitarias, publicación trimestral	10
estadísticas vitales y epidemiológicas, 1958, publicación anual	12
Informe decenal sobre enfermedades de notificación obligatoria, 1948-58	10
Informe Epidemiológico Semanal	9-10
instrucción en certificados médicos de causas de defunción, informe	12

	Página
programa de educación y adiestramiento	10
recopilación, análisis y distribución de información estadística	8-9
Reglamento Sanitario Internacional	13
salud en las Américas y la Organización Panamericana de la Salud, informe	8
seminario de las Naciones Unidas sobre Evaluación y Utilización de datos de los censos de población en América Latina	12-13
Estructura orgánica y actividades administrativas	101
asuntos jurídicos	104
XV Conferencia Sanitaria Panamericana	104
Congreso de los Estados Unidos	105
divisiones de la Sede	102
estudios administrativos	103
gestión administrativa	102
Horwitz, Dr. Abraham	101
instalaciones de la Sede	105
oficina del director	101
personal	102
presupuesto y finanzas	103
XVII Reunión Anual de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salubridad	105
XI Reunión del Consejo Directivo	104
Secretario General	101
Sede de Washington	101
servicios de conferencias e idiomas	104
Sub-comité sobre documentos básicos	104
Subdirector	101
suministros	104
Unión Panamericana	104
Estudios administrativos	30
Exposiciones	95

F

FAO

v. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación	
Fiebre Amarilla	XII, 64
v. también Erradicación del <i>A. aegypti</i>	64
casos notificados, 1950-59	64
escarificación cutánea	64
fiebre selvática	64-65
identificación de arborvirus	65
Instituto Carlos Finlay	64-65
Instituto Oswaldo Cruz	65
vacuna	64
vacunación	64
vacuna antiamarílica 17D	64-65
Fiebre Amarilla y la Erradicación del <i>Aedes aegypti</i>	XII, 60
v. también resúmenes de los proyectos, nombres y países y territorios declarados libres de	
Estado de la campaña, 1959	60
Resumen de la campaña	60-64
XI Reunión del Consejo Directivo	60
Fondos	
v. también ICA, UNICEF, Organización Mundial de la Salud	
Fondo de Asistencia Técnica	103
gastos según el origen de los fondos, 1959	103
total de gastos	103-104
Fondo de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas	
v. resúmenes de los proyectos (Apéndice)	
Fondo de Asistencia Técnica de la Organización Mundial de la Salud	
v. resúmenes de los proyectos (Apéndice)	

	Página
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	
XI, XIII, XIV, 16, 17, 18, 23, 24, 27, 28, 29, 55, 57-60, 69, 75, 78, 97	
<i>v. también</i> resúmenes de proyectos (Apéndice)	
Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria (FEM)	
<i>v. también</i> Erradicación de la Malaria	
Fortalecimiento de los Servicios Nacionales de Higiene.....	1-2
Frambesia	
<i>v. treponematosis</i>	
Fundación Sister Elizabeth Kenny	
<i>v. también</i> poliomiéclitis	
Fundación Rockefeller.....	XIV, 56, 91
Fundación W. K. Kellogg.....	XIV, 35, 39

G

Gastos y origen de fondos.....	103-104
--------------------------------	---------

H

Higiene Dental.....	28
Asociación Brasileña para la Enseñanza de la Odontología.....	28
Centro regional de adiestramiento en odontología de São Paulo.	28
curso en odontología de salud pública, São Paulo, Brasil.....	28
educación y adiestramiento.....	28
Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil.....	28
fluoración del agua.....	29
odontología de salud pública.....	28-29
programa de adiestramiento.....	28
servicios de asesoramiento.....	28-29
Higiene Maternoinfantil.....	20
desarrollo de los servicios.....	20
estudios en el INCAP relacionados con las enfermedades diarreicas.....	21-22
seminarios sobre las enfermedades diarreicas de la infancia.....	21
seminarios sobre higiene maternoinfantil en la Argentina.....	20-21
servicios de los centros sanitarios.....	21
Higiene Mental.....	30
Horwitz, Dr. Abraham.....	101

I

ICA	
<i>v. Administración de Cooperación Internacional, USA</i>	
INCAP	
<i>v. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá</i>	
Información Pública.....	94
Información y Publicaciones.....	94
<i>Actas de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana</i>	104
<i>Boletín de la OSP</i>	95
<i>Calendario Mensual de Reuniones Internacionales</i>	95
<i>Erradicación de la Malaria</i>	95
<i>Estadísticas Sanitarias</i> , publicación trimestral.....	95
exposiciones.....	95
información pública.....	94
<i>Informaciones de la OPS</i>	95
<i>Informe Anual del Director, Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo</i>	96
<i>Informe Epidemiológico Semanal</i>	95
medios visuales.....	95
proyecto de programa y presupuesto, 1960-61.....	96
publicaciones.....	95
publicaciones en 1960.....	94-95
<i>Salud Mundial</i>	94
<i>Informaciones de la OPS</i>	95
<i>Informe Epidemiológico Semanal</i>	95
<i>Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo, 1959</i>	96

Página

Insecticidas	
<i>v. Erradicación del A. aegypti; Erradicación de la Malaria</i>	
Instituto Butantán.....	108
Instituto Carlos Finlay, Bogotá, Colombia.....	64, 65
Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)	
<i>v. Nutrición</i>	
Instituto Oswaldo Cruz.....	65, 108
Institutos Nacionales de Higiene de los Estados Unidos.....	26
Introducción al Informe Anual del Director.....	IX
Isoniacida.....	76

L

Laboratorios de salud pública.....	90
animales.....	91
ICA.....	91
Fundación Rockefeller.....	91
Instituto Adolfo Lutz, São Paulo, Brasil.....	91
Instituto Nacional de Higiene, Caracas, Venezuela.....	91
laboratorios de cultivos tisulares, Universidad del Valle, Cali, Colombia.....	91
Laboratorio Nacional de Salubridad de México.....	91
proyectos.....	90-91
reactivos biológicos.....	91-92
Lepra.....	76
distribución de casos.....	77
encuesta epidemiológica.....	76
prevalencia.....	76-7
programas de control.....	67
UNICEF.....	78

M

Malaria	
<i>v. Erradicación de la Malaria</i>	
Medicina veterinaria	
<i>v. Educación y adiestramiento</i>	
Medios Visuales.....	95
Métodos y procedimientos administrativos de salud pública encuesta.....	30
escuela superior de Administración Pública para América Central.....	30
seminario.....	30
Micosis.....	93
XI Reunión del Consejo Directivo.....	93
Mosquitos	
<i>v. A. aegypti; anófeles; fiebre amarilla; malaria</i>	
Murciélagos	
<i>v. Rabia</i>	

N

Naciones Unidas.....	9, 94
Nutrición.....	XII, 24
actividades de adiestramiento.....	24-25, 27
actividades del INCAP.....	XII, 25
actividades del INNE.....	27
becas.....	27
conferencia conjunta FAO/OMS sobre problemas de nutrición en América Latina.....	25
encuestas dietéticas.....	25
estudios sobre la suplementación de proteínas cereales.....	26
examen de aortas.....	26
FAO.....	24, 25
INCAPARINA.....	XII, 25, 26
programa de investigaciones.....	25
programa de los países.....	26-27
X Reunión del Consejo de INCAP.....	25

Página

seminarios regionales.....	25
servicios a los Países Miembros.....	26
simposios.....	25
UNICEF.....	24, 27

O

OEA

<i>v.</i> Organización de los Estados Americanos	
Oficinas de Campo	
<i>v.</i> Oficinas de Zona y de Campo	
Oficina de Información Pública de las Naciones Unidas.....	94
Oficina de Zona y de Campo.....	105
Oficina de Campo, El Paso.....	105
Zona I.....	105-107
Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), Oficina Regional de la OMS..... IX, X, XII, 19, 72, 91, 94, 98,	101
Director.....	101
Director Emérito.....	97
Secretario General.....	101
Subdirector.....	101
Oncocercosis	
<i>v.</i> Enfermedades filariáticas	
Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura (FAO)..... XIV, 8, 24, 25, 27, 28, 88,	97
Organización de las Naciones Unidas para la Educación, y la Ciencia y la Cultura (UNESCO).....	30
Organización de los Estados Americanos (OEA)..... X, 8, 49,	90
Organización Mundial de la Salud (OMS)	
IX, 11, 13, 27, 53, 66, 75, 78, 79, 80, 86, 90, 91,	
92, 94, 95, 97, 98, 99, 101, 102, 104, 107	
Comité Regional de la OMS para las Américas.....	98
Consejo Ejecutivo.....	98
Subdirector General.....	97
Director General.....	97
Presupuesto ordinario para 1960.....	98, 104
Programa y presupuesto regional para 1960.....	104
Organización Panamericana de la Salud (OPS)	
IX, 3, 8, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24,	
27, 75, 88, 90, 91, 94, 95, 102, 104, 107	
<i>v. también</i> Consejo Directivo, OPS; Comité Ejecutivo, OPS;	
Conferencia Sanitaria Panamericana	
enmiendas a la constitución.....	104
presupuesto ordinario.....	98, 104

P

Personal

<i>v.</i> Administración, División de; Personal de la OSP/OMS	
Personal, OPS/OMS.....	100, 102
Peste.....	79
casos notificados 1955-59.....	79
peste selvática.....	79
Planeamiento y Organización de Hospitales.....	31
centros de demostración.....	31
cursos de adiestramiento.....	31
servicios de asesoramiento.....	31
Programa de Abastecimiento de Agua, OPS/OMS.....	13-16
Programa de Erradicación	
<i>v.</i> Control y Erradicación de Enfermedades	
Programa y Presupuesto.....	103-104
Propaganda de productos medicinales.....	98
Poliomielítis..... XIII, 72	
casos notificados.....	72
cursos internacional sobre técnicas de cultivos tisulares y celulares.....	74

Página

departamento de medicina preventiva, Universidad del Valle, Cali, Colombia.....	74
ensayos de vacunas de virus poliomiéltico.....	74
grupo de estudios sobre poliomiéltis, de la Universidad de Yale.....	74
Fundación Sister Elizabeth Kenny.....	74
laboratorio de cultivos tisulares.....	74
Primera Conferencia Internacional sobre Vacuna de Virus Vivo contra la Poliomiéltis.....	74
rehabilitación.....	74-75
vacuna de virus poliomiéltico vivo.....	72, 74
vacunación.....	72, 74
Presupuesto y Programa	
<i>v.</i> programa y presupuesto	
Proyectos	
<i>v.</i> resúmenes de los proyectos (Apéndice)	
Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS para 1960.....	103-104
Proyectos Integrados de Salud Pública.....	3
Proyectos Interregionales	
<i>v.</i> resúmenes de los proyectos	
Publicaciones.....	95-96
Informaciones de la OPS.....	95

R

Rabia.....	80
animales silvestres.....	80-81
asistencia técnica.....	81
becas.....	81
canina.....	80
casos notificados.....	80
humana.....	80
murciélagos.....	80
Oficina de campo El Paso.....	81
producción de vacuna.....	82
pruebas de vacuna.....	82
rabia en los animales, 1958.....	81
rabia en el hombre, 1958 y 1959.....	81
IV Reunión del Comité de Expertos sobre la Rabia.....	80
Servicio de Ictiología y Animales Silvestres, E.U.A.....	81
tratamiento Pasteur.....	80
vacuna Flury.....	82
vacuna Semple.....	82
Zona Fronteriza Mexicano-Estadounidense.....	81
Radio de las Naciones Unidas.....	94
Reglamento Sanitario Internacional.....	9-10, 13
Rehabilitación.....	31
Centro de adiestramiento en técnicas de rehabilitación, São Paulo, Brasil.....	31
seminario.....	31
XI Reunión del Consejo Directivo, XI Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....	97-98, 104
Reuniones y Acuerdos Oficiales.....	97
<i>v. también</i> Consejo Directivo, Comité Ejecutivo	
Año Internacional de la Salud y de la Investigación Médica.....	97
Enmiendas a los artículos 1.1 y 1.2 del Reglamento Financiero.....	98
Enmiendas a los Artículos 10 y 11 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo.....	98
FAO.....	97
OEA.....	98
Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS para 1960.....	98
XI Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas.....	97
XI Reunión del Consejo Directivo.....	97
XII Reunión del Consejo Directivo.....	99
37a, 38a y 39a Reuniones del Comité Ejecutivo.....	97
Reuniones y Acuerdos	
<i>v.</i> Reuniones y Acuerdos Oficiales	

	Página
Resúmenes de los Proyectos	
<i>v.</i> Apéndice	
S	
<i>Salud Mundial</i>	94
Salud Pública, división de	102
Salud Pública, Educación Profesional	37
enseñanza de medicina veterinaria	39
higiene dental	39
saneamiento del medio	39
Salud Pública, Enseñanza en	
<i>v.</i> educación profesional en salud pública	
Salud Pública, laboratorios.	
<i>v.</i> laboratorios de salud pública	
Saneamiento del Medio	XI, 13
abastecimientos de agua	XI, 13-16
adiestramiento	18-19
Asamblea Mundial de la Salud	15
becas	18
Comité Asesor sobre Abastecimiento de Agua	15-16
contribución de los EUA al programa mundial de abastecimiento de agua	15
Discusiones Técnicas	16
Fondo Especial para el Abastecimiento de Agua	13
Mesa redonda sobre enseñanza del saneamiento del medio en las escuelas de medicina	19
programa de abastecimiento a las colectividades	19-20
programa de abastecimiento de agua	16
programas de campo	16
Resolución del Consejo Directivo sobre abastecimiento de agua	15
XI Reunión del Consejo Directivo de la OPS	16, 19-20
Seminario en Colombia	19
Sección de Becas	102
Sección de Epidemiología y Estadística	102
Seminarios	
para inspectores sanitarios en Guatemala	2
para personal de higiene materno-infantil en Argentina	20
Primer Seminario Nacional sobre Salud Pública en Honduras	8
rehabilitación	31
Seminario de las Naciones Unidas sobre Evaluación y Utilización de Datos de los Censos de Población en América Latina	12-13
seminarios regionales sobre nutrición	25
sobre bienestar social en la República Dominicana	8
sobre dirección y organización de establecimientos de salud pública	30
sobre educación médica en Venezuela	36
sobre enfermedades diarreicas de la infancia	21
sobre enseñanza de medicina interna en las escuelas de medicina	35
sobre enseñanza de salud pública en las escuelas de medicina veterinaria de los Estados Unidos	40
sobre enseñanza del saneamiento del medio a los estudiantes de medicina en México	36
sobre higiene materno-infantil en Argentina	2
sobre nutrición en Argentina	24
sobre saneamiento del medio en Colombia	8
sobre técnicas de evaluación de la erradicación de la malaria	XI, 108
sobre técnicas de evaluación epidemiológica	56
Servicio de Ictiología y Animales Silvestres, de los Estados Unidos	81
Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos	56, 62
Servicios de Conferencias e Idiomas	104

	Página
Servicios de Enfermería	22
actividades a nivel local	23
actividades a nivel nacional	21-23
actividades de adiestramiento	23-24
becas	24
seminarios y congresos en Argentina, Colombia y Paraguay	22
tendencias	24
unidades de enfermería dentro de los servicios nacionales de sanidad	23
Servicios de Secretaría	104
Servicios de veterinaria de salud pública	
<i>v.</i> Centro Panamericano de Zoonosis; Centro Panamericano de Fiebre Aftosa	
Servicios Integrados de Salud Pública	XII, 1, 3
actividades a nivel local	XII, 4
actividades a nivel nacional	3
actividades a nivel provincial	4
adiestramiento de personal	6
áreas de demostración	3, 4
áreas piloto	4
becas	6
comités o consejos de planeamiento	1-2
descentralización	3
iniciación o consolidación de servicios	2
legislación sanitaria	3
progreso de los proyectos	3
reorganización	3
seminarios	8
servicios de plantilla	3-4
Soper, Dr. Fred L.	97, 101

T

Treponematosi	XIII, 70
erradicación de la frambesia	70-71
programa de control de enfermedades venéreas	70-71
Tuberculosis	75
becas	76
campaña de vacunación colectiva con BCG	75
encuesta de prevalencia	75
isoniacida	76
método sencillo de examen torácico por rayos X	75
programa de control	75
UNICEF	75

U

UNESCO	
<i>v.</i> Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura	
UNICEF	
<i>v.</i> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia	
Vacuna	
<i>v.</i> poliomiéltis; rabia; viruela	
Vacunación	
<i>v.</i> poliomiéltis; rabia; viruela	
Vacunación con BCG	75-76
Viruela	XIII, 66
Voz de América	94

Z

Zoonosis	
<i>v.</i> Centro Panamericano de Zoonosis	