

consejo directivo



ORGANIZACION
SANITARIA
PANAMERICANA

VIII Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

VII Reunión



Washington, D. C.
9-21 septiembre 1955

CD8/4 (Esp.)
19 julio 1955
ORIGINA: INGLES

Tema 14: EMPLEO DE LOS FONDOS DISPONIBLES

El Comité Ejecutivo, en su 25a Reunión, después de estudiar el informe presentado por el Director sobre la utilización de los fondos disponibles, adoptó la Resolución V, que dice así:

"EL COMITE EJECUTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director relativo al importe total de los fondos disponibles de la Oficina el 31 de diciembre de 1954, que asciende a \$273,593.75, superávit excepcional que no cabe esperar en el futuro dada la suma reducida de las cuotas atrasadas pendientes de pago;

Teniendo en cuenta las proposiciones presentadas por el Director para que de dicha cantidad se inviertan \$173,593.75 en la creación de un Fondo de Reserva para Edificios, en la instalación de un nuevo ascensor en la Sede y en aumentar la asignación para la campaña antimalárica; y

Teniendo en cuenta la Resolución XLIII de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, que autoriza al Director a que asigne la suma de \$100,000 del superávit existente a las actividades anti-maláricas, y que el problema de la malaria, cuya solución definitiva exige la acción concertada de todos los organismos y las organizaciones que se interesan por el bienestar del Hemisferio, merece ser atendido con prioridad a los otros problemas sanitarios,

RESUELVE:

1. Hacer suyas las recomendaciones formuladas por el Director acerca de la creación de un Fondo de Reserva para Edificios con una suma inicial de \$100,000; la instalación de un nuevo ascensor en uno de los edificios de la Sede a un costo de \$19,000, y el aumento de la asignación para la campaña antimalárica en \$54,593.75 más las economías que puedan realizarse en la instalación del ascensor.

2. Recomendar al Consejo Directivo que autorice al Director a utilizar aquella parte del Fondo de Reserva para Edificios mencionado en el párrafo anterior, que pueda necesitarse en el caso en que sean necesarios fondos adicionales para la intensificación del programa de erradicación de la malaria.

3. Transmitir a la VIII Reunión del Consejo Directivo el informe del Director sobre esta materia, con el ruego de que apruebe sus recomendaciones, juntamente con la formulada en el párrafo anterior."

De conformidad con la resolución precedente, el Director tiene el honor de transmitir al Consejo Directivo, para su consideración, el informe antes mencionado (Documento CE25/12 y Addendum).

En vista de lo que antecede, el Consejo Directivo puede tener a bien considerar la adopción del siguiente

Proyecto de Resolución

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director relativo al importe total de los fondos disponibles de la Oficina el 31 de diciembre de 1954, que asciende a \$273,593.75, superávit excepcional que no cabe esperar en el futuro dada la suma reducida de las cuotas atrasadas pendientes de pago;

Teniendo en cuenta las proposiciones presentadas por el Director para que de dicha cantidad se inviertan \$173,593.75 en la creación de un fondo de reserva para edificios, en la instalación de un nuevo ascensor en la Sede y en aumentar la asignación para la campaña antimalárica;

Teniendo en cuenta la Resolución XLIII de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, que autoriza al Director a que asigne la suma de \$100,000 del superávit existente a las actividades antimaláricas, y que el problema de la malaria, cuya solución definitiva exige la acción concertada de todos los organismos y las organizaciones que se interesan por el bienestar del Hemisferio, merece ser atendido con prioridad a los otros problemas sanitarios; y

Teniendo en cuenta las recomendaciones contenidas en la Resolución V adoptada por el Comité Ejecutivo en su 25a Reunión,

RESUELVE:

1. Aprobar las recomendaciones formuladas por el Director y adoptadas por el Comité Ejecutivo en su 25a Reunión, acerca de la creación de un Fondo de Reserva para Edificios con una suma inicial de \$100,000; la instalación de un nuevo ascensor en uno de los edificios de la Sede a un costo de \$19,000, y el aumento de la asignación para la campaña antimalárica en \$54,593.75 más las economías que puedan realizarse en la instalación del ascensor.

2. Autorizar al Director para que utilice aquella parte del Fondo de Reserva para Edificios mencionado en el párrafo anterior, que pueda necesitarse en el caso de que sean necesarios fondos adicionales para la intensificación del programa de erradicación de la malaria.

Anexos: Documento GE25/12 y Addendum



comité ejecutivo del
consejo directivo

ORGANIZACION
SANITARIA
PANAMERICANA

grupo de trabajo del
comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



25a Reunión
México, D. F.
25 abril - 3 mayo 1955

CE25/12 (Esp.)
23 abril 1955
ORIGINAL: INGLES

Tema 7: EMPLEO DE LOS FONDOS DISPONIBLES

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana autorizó al Director a que comprometiera una suma de \$100,000 del superávit que se esperaba existiese el 31 de diciembre de 1954, con el propósito de intensificar la campaña antimalárica encaminada a la erradicación de esta enfermedad en el Hemisferio Occidental (Resolución XLIII).

El importe total de los fondos disponibles el 31 de diciembre de 1954 ascendió a \$273,593.75, del cual se había asignado la suma de \$100,000 para la campaña antimalárica. El Director se permite someter a la consideración de los cuerpos directivos de la Organización las siguientes propuestas relativas a la utilización del saldo de dichos fondos que asciende a \$173,593.75:

1. Que se asigne la suma de \$100,000, para la creación de un Fondo Especial para Edificios.
2. Que se asigne la cantidad de \$19,000, para la instalación de un nuevo ascensor automático en el edificio de la Sede situado en el No. 1515 de New Hampshire Avenue, N.W., Washington, D. C.
3. Que se aumente la asignación anterior de \$100,000 para la campaña antimalárica, con el saldo de los fondos disponibles, que asciende a \$54,593.75.

A continuación se exponen estas propuestas en forma detallada.

Propuesta No. 1

El Consejo Directivo, en su VI Reunión, interpretó el término "Sede interina" como un período de 10 años por lo menos. La Oficina comienza ahora su quinto año de ocupación de los dos edificios actuales. Como el Director manifestó en el curso del

debate sobre este tema en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, los dos edificios actuales se están utilizando hasta el máximo de su capacidad. Pero no hay lugar disponible para la celebración de reuniones generales del personal o reuniones de los cuerpos directivos y, desde un punto de vista administrativo, existen deficiencias derivadas de la distribución material de las oficinas, divididas como se encuentran entre dos edificios.

Por consiguiente, en razón del importe excepcional del superávit disponible de 1954, el Director considera que este es un momento oportuno para iniciar los preparativos encaminados a la eventual adquisición de una sede permanente para la Oficina, mediante la creación de un Fondo de Reserva para Edificios.

Con la aprobación del Consejo Directivo, podrían añadirse otros fondos a medida de que quedaran disponibles, de manera que al llegar el momento oportuno para la adquisición de un edificio para sede permanente, se pudiera contar con los ingresos procedentes de la venta de las actuales propiedades y, además, con el mencionado Fondo de Reserva para Edificios.

Propuesta No. 2

En una reunión anterior, el Subcomité Permanente de Edificios y Obras hizo la sugerencia de la instalación de un nuevo ascensor en el edificio situado en el No. 1515 de New Hampshire Avenue, N.W. Sin embargo, al no disponerse entonces de fondos suficientes para atender a los gastos necesarios, se aprobó un proyecto de reparaciones del antiguo ascensor, que ha estado en uso desde 1912. La situación mejoró relativamente una vez efectuadas las reparaciones, pero debido al tiempo en uso y al estado de la actual instalación, siguen ocurriendo frecuentes averías sin que, al parecer, las reparaciones que se realicen puedan dar un resultado permanente, cualquiera que sea su número.

En vista del carácter de las dos propuestas precedentes, el Director consultó con el señor Presidente del Subcomité Permanente de Edificios y Obras (Anexos I y II). Como consecuencia de las cartas cruzadas, el Subcomité se reunió el 18 de abril en las oficinas de la Sede.

Después de haber estudiado detenidamente las dos propuestas relativas a los edificios de la Sede, el Comité dió su conformidad a las recomendaciones formuladas por el Director y encomendó que sean transmitidas a las reuniones correspondientes de los cuerpos directivos, con la recomendación de que sean acogidas favorablemente (Anexo III).

Propuesta No. 3

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana encomendó a la Oficina que procediera a dar cumplimiento a la Resolución XVIII de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana relativa a la intensificación y coordinación de las actividades antimaláricas dirigidas a la erradicación de dicha enfermedad en el Hemisferio Occidental. Además de este mandato, la Conferencia autorizó al Director a que comprometiera una suma hasta de \$100,000 del superávit disponible el 31 de diciembre de 1954, para destinarla a la campaña antimalárica.

Teniendo en cuenta la extrema urgencia de esta campaña y el interés demostrado por los Gobiernos Miembros en el cumplimiento de las Resoluciones adoptadas en la XIII y XIV Conferencias, el Director recomienda que la asignación original de \$100,000 se aumente en \$54,593.75, importe del saldo restante de los fondos disponibles de 1954, y que además se transfieran a ella las economías que puedan efectuarse de la suma de \$19,000 a asignar para la instalación del nuevo ascensor.

En vista de lo que antecede, el Director tiene el honor de someter a la consideración del Comité Ejecutivo el siguiente

Proyecto de Resolución

EL COMITE EJECUTIVO,

HABIENDO EXAMINADO el informe y las proposiciones presentados por el Director relativo al importe total de los fondos disponibles de la Oficina el 31 de diciembre de 1954, que asciende a \$273,593.75, y teniendo en cuenta la Resolución XLIII de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, por la que autorizó al Director a que asignara la suma de \$100,000 de este superávit para actividades antimaláricas;

RECONOCIENDO que no cabe esperar en el futuro este importe excepcional del superávit, dada la suma reducida de las cuotas atrasadas pendientes de pago,

RESUELVE:

1. Hacer suyas las recomendaciones formuladas por el Director acerca de la creación de un Fondo de Reserva para Edificios con una suma inicial de \$100,000; la instalación de un nuevo ascensor en uno de los edificios de la Sede a un costo de \$19,000, y el aumento de la asignación para la campaña antimalárica en \$54,593.75 más las economías que puedan realizarse en la instalación del ascensor.

2. Transmitir a la VIII Reunión del Consejo Directivo el informe del Director sobre esta materia, con el ruego de que apruebe las recomendaciones contenidas en el mismo.

AOC

.1 de abril de 1955

Dr. Frederick J. Brady
Presidente del Subcomité Permanente
de Edificios y Obras
Organización Sanitaria Panamericana
a/c. Secretaría de Salud, Educación y Bienestar
Washington, 25, D.C.

Estimado Dr. Brady:

Me permito informar al Subcomité Permanente que los fondos no utilizados correspondientes al ejercicio económico de 1954 ascienden a la suma de \$173,593.75. Este superávit quedó disponible en razón de haber recibido, a fines de 1954, importantes pagos en concepto de cuotas atrasadas, los cuales aumentaron los ingresos en la Oficina a un nivel considerablemente superior al importe autorizado para gastos por el Consejo Directivo.

Este superávit será asignado a un fondo especial para ser utilizado de acuerdo con los deseos que exprese el Consejo Directivo; y puesto que no cabe esperar en el futuro un superávit tan elevado, dado el importe reducido de las cuotas atrasadas pendientes de pago, creo que sería sumamente apropiado examinar las dos propuestas siguientes relativas a los edificios para el personal de la Sede.

La primera propuesta se refiere a la instalación de un nuevo ascensor en el edificio situado en el No. 1515 de New Hampshire Avenue, N.W.

En una reunión anterior, el Subcomité hizo la sugerencia de la instalación de un nuevo ascensor en este edificio. Sin embargo, al no disponerse entonces de fondos suficientes para atender a los gastos necesarios, se aprobó un proyecto de reparaciones del antiguo ascensor, que ha estado en uso desde 1912. La situación mejoró relativamente una vez efectuadas las reparaciones, pero debido al tiempo en uso y al estado de la actual instalación, siguen ocurriendo frecuentes averías sin que, al parecer, las reparaciones que se realicen puedan dar un resultado permanente, cualquiera que sea su número.

La instalación del nuevo ascensor automático que se propone costará aproximadamente \$19,000.00. Teniendo en cuenta que la

Oficina ~~habrá de seguir~~ ocupando este edificio durante algunos años, se considera que el gasto está justificado.

La segunda propuesta consiste en la creación de un Fondo de Reserva para Edificios.

Como usted recordará, el Consejo Directivo en su VI Reunión interpretó el término "Sede interina" como un período de 10 años por lo menos. La Oficina comienza ahora su quinto año de ocupación de los dos edificios actuales y, como manifesté en el curso del debate sobre este tema en la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, los dos edificios se están utilizando hasta el máximo de su capacidad, pero no hay lugar disponible para la celebración de reuniones del personal o reuniones de los cuerpos directivos y, desde el punto de vista administrativo, existen deficiencias derivadas de la distribución material de las oficinas, divididas como se encuentran entre dos edificios.

Si bien no se trata, en modo alguno, de una situación de emergencia, considero que este año es el momento oportuno para iniciar los preparativos encaminados a la construcción eventual de una sede permanente para la OSP y para la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

Por consiguiente, en vista del importe excepcional del superávit disponible de 1954, me permito proponer la creación de un Fondo Especial para Edificios, con una suma inicial de \$100,000 procedente de dicho superávit. En el caso de establecerse este fondo, el dinero se invertiría en valores del Gobierno de los Estados Unidos, de manera que se acumulasen intereses.

Con la aprobación del Consejo Directivo, podrían añadirse otros fondos a medida de que quedaran disponibles, de manera que al llegar el momento oportuno para la construcción de un edificio para sede permanente, se pudiera contar con los ingresos procedentes de la venta de las actuales propiedades y, además, con el mencionado Fondo de Reserva para Edificios.

Por lo tanto, me permito solicitar el asesoramiento y las recomendaciones que el Subcomité Permanente tenga a bien formular, con el objeto de poder presentar un documento sobre esta cuestión a las próximas reuniones de los cuerpos directivos de la Organización.

Agradeciendo anticipadamente la ayuda del Subcomité en esta materia, le saluda respetuosamente,

(firmado)
Fred L. Soper
Director

Department of
HEALTH, EDUCATION, AND WELFARE
Public Health Service
Washington 25, D. C.

Refer to: DIH

5 de abril de 1955

Estimado Dr. Soper:

He recibido su carta del 1^o de abril de 1955, en la que solicita que el Subcomité Permanente de Edificios y Obras estudie las dos proposiciones presentadas por usted.

Me permito indicarle la conveniencia de enviar copias de su carta, junto con la presente, a los demás miembros del Subcomité. Una vez hecho esto, solicitaré de los mismos que se reúnan y propongan recomendaciones para los cuerpos directivos.

Le saluda atentamente,

(firmado)
Frederick J. Brady, M.D.
Presidente del Subcomité Permanente
de Edificios y Obras

Dr. Fred L. Soper
Director de la
Oficina Sanitaria Panamericana
1501 New Hampshire Avenue, N.W.
Washington, D. C.

INFORME DE LA REUNION DEL SUBCOMITE PERMANENTE
DE EDIFICIOS Y OBRAS

En su IV Resolución, la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana pidió al Subcomité Permanente de Edificios y Obras que continuase prestando su colaboración al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

De acuerdo con esta resolución, el Director sometió dos proposiciones al Presidente del Subcomité, con fecha 1^o de abril, para que fueran estudiadas por el Subcomité.

El Subcomité, integrado por el Sr. Marco de Peña (República Dominicana), el Sr. Francisco Anguiano (Guatemala) y el Dr. Frederick J. Brady (Estados Unidos), se reunió el 18 de abril para estudiar dichas proposiciones.

El Subcomité cree que sus recomendaciones, que serán enviadas al Comité Ejecutivo para que las comente y transmita al Consejo Directivo, pudieran no expresar necesariamente los puntos de vista de los Gobiernos que nombran a los miembros del Subcomité.

La primera proposición del Director se refería a la asignación de \$19,000, a invertir en la instalación de un nuevo ascensor en las oficinas situadas en 1515 New Hampshire Avenue, Washington, D. C. El Comité consideró que el costo calculado era razonable; que la nueva instalación prestaría adecuado servicio a la Oficina y que dicha instalación aumentaría el valor del inmueble. El Comité aprobó esta recomendación.

La segunda proposición se refería al establecimiento de un fondo especial de \$100,000 a poner en reserva para su futuro empleo en la adquisición de una sede permanente para la Oficina.

El representante del Director indicó que los inmuebles actuales valen probablemente más de medio millón de dólares y que un edificio que sirviera adecuadamente a la Oficina costaría, probablemente, por lo menos, el doble de esta cantidad.

El Subcomité aprobó la recomendación del Director para que aquella cantidad se deposite en una cuenta especial.

El Subcomité puso de relieve que el establecimiento de tal fondo no exige que cada año se le reserve una suma determinada, sino que cada nueva recomendación se examinará a la luz de la correspondiente cuenta anual.



*comité ejecutivo del
consejo directivo*

ORGANIZACION
SANITARIA
PANAMERICANA

*grupo de trabajo del
comité regional*

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



25a Reunión
México, D. F.
25 abril - 3 mayo 1955

CE25/12 (Esp.)
ADDENDUM
27 abril 1955
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

Tema 7: EMPLEO DE LOS FONDOS DISPONIBLES

El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana tiene el honor de someter al Comité Ejecutivo, como información adicional a la Propuesta No. 3 del Documento CE25/12, los siguientes documentos:

- A. ANEXO IV - La Erradicación de la Malaria en el Hemisferio Occidental (Declaración del Dr. Fred L. Soper)
- B. ANEXO V - Nota Informativa sobre el Control de la Malaria en las Américas (1954) con un Cálculo del Costo de su Erradicación.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

OFICINA REGIONAL DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Washington, D.C.
14 de febrero de 1955

LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN EL HEMISFERIO OCCIDENTAL

Declaración del Dr. Fred L. Soper, Director

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana (Santiago, octubre de 1954) dió un mandato urgente (Resolución XLII) a la Oficina Sanitaria Panamericana para que tomara todas las medidas posibles con el fin de erradicar la malaria de las Américas lo más rápidamente posible.

Este mandato siguió a la presentación de informes sobre:

- 1) la desaparición espontánea de la malaria de zonas geográficas dentro de los tres años de completa interrupción de la transmisión,
- 2) la reinfección de zonas anteriormente maláricas por personas procedentes de distritos no controlados, y
- 3) el desarrollo por ciertos mosquitos Anopheles de resistencia al DDT, como consecuencia de su prolongado uso para el control parcial de la malaria.

La medida adoptada se basó en las conclusiones siguientes:

- 1) la malaria se puede erradicar de una zona determinada, en pocos años,
- 2) para que los beneficios de la erradicación sean completos se requiere que el programa abarque todas las zonas maláricas de todos los países de la región,
- 3) el posible desarrollo de resistencia al DDT por el mosquito Anopheles en las Américas es una amenaza a los presentes programas de control, así como a las futuras tentativas de erradicación,
- 4) el alivio de la gran carga económica que representa la malaria para las poblaciones afectadas, y la reducción en el costo anual que representan las actuales medidas parciales de control, justificarían ampliamente el aumento en el costo de erradicación.

La Conferencia reconoció lo inadecuado de los recursos financieros de la Oficina y solicitó de ésta que obtuviera la participación de otras organizaciones. La solución definitiva del problema de la malaria, con arreglo a la opinión de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, tiene prioridad sobre todos los demás problemas sanitarios y exige urgentemente la acción concertada de todas las organizaciones interesadas en el bienestar del hemisferio. En este caso, la posibilidad de sacar beneficios permanentes de la inversión de capital, en un período de tiempo relativamente corto, es única.

Durante el medio siglo siguiente al descubrimiento de que la malaria es una enfermedad transmitida por el mosquito y hasta hace escasamente una década, la malaria constituía el problema más difícil con que tenían que enfrentarse los trabajadores sanitarios en los trópicos y subtropicos y en muchas partes de las zonas templadas. Con anterioridad a la introducción del DDT como insecticida residual, no se conocían medidas económicamente posibles para el control de la malaria rural. Los resultados iniciales de esta nueva medida han sido tan sorprendentes que muchos trabajadores sanitarios y muchas autoridades financieras han llegado a descartar la malaria como problema continuo y a no reconocer las promesas y amenazas que la evolución seguida en años recientes encierra para el futuro.

Antes de estudiar estas posibilidades es conveniente señalar de nuevo los puntos más sobresalientes relativos a la malaria como problema sanitario.

Importancia económica de la malaria

Prácticamente, en todos los países del Hemisferio Occidental han ocurrido devastadoras epidemias de malaria en una u otra época. En su forma maligna, la malaria presenta una elevada tasa de mortalidad especialmente entre los jóvenes y todavía constituye en todo el mundo una de las causas principales de defunción de la infancia. Aunque otras enfermedades pueden diezmar la población, sólo la malaria despuebla. La malaria ha sido causa de que se abandonen a la selva grandes zonas y ha impedido el desarrollo de enormes extensiones de terreno fértil. Los supervivientes de graves ataques de malaria y de repetidas infecciones benignas, pueden sufrir durante toda su vida los efectos debilitantes de la infección crónica. Las poblaciones maláricas tienden a vivir sobre una base de mera subsistencia, sin contribuir en nada al bien común. Aun donde la inci-

dencia de la infección es relativamente baja, es sorprendente la inhibición tanto del esfuerzo físico como del mental.

La malaria constituye una grave carga para la economía de los países maláricos. Se ha dicho, con acierto, que la malaria donde no mata, esclaviza. Es una enfermedad de carácter económico. Ninguna zona infectada puede esperar hacer frente a la competencia económica de las regiones no maláricas. En la agricultura y en la industria la mano de obra es poco eficiente y la producción suele reducirse de un tercio a la mitad y a veces más.

Hace menos de 30 años el costo anual de la malaria en el sudeste de los Estados Unidos se calculaba en más de 500,000,000. Actualmente, al desaparecer la malaria, la industria de esos Estados se está desarrollando. Después de la Segunda Guerra Mundial, la malaria en Grecia, en un solo año, redujo la mano de obra en 30,000,000 días-hombre. Por otra parte, la producción del arroz aumentó en 15% por acre el primer año después de haberse controlado la malaria en Birmania y en Pakistán. Después de controlar la malaria en Irán, la cosecha de arroz era recogida a razón de cuatro trabajadores por hectáreas, mientras que con anterioridad se necesitaban para ello diez trabajadores.

Como base principal del desarrollo económico, la malaria debe suprimirse. La erradicación de la enfermedad representa una notable oportunidad para mejorar las condiciones económicas, pues aun en aquellos sitios donde se ha logrado controlar la malaria parcialmente, el costo anual para continuar el control representa una sangría en el presupuesto nacional.

Efecto del DDT en el control de la malaria; su erradicación propuesta en 1950

La malaria puede ser transmitida por varias especies de mosquitos Anopheles pero las especies más peligrosas, como vectores de la malaria, son aquellas que entran en las viviendas humanas para alimentarse. Puesto que el Anopheles generalmente descansa en las paredes interiores, antes y después de haber chupado sangre, el DDT rociado en las paredes, una o dos veces al año, es efectivo, en general, para exterminar aquellos mosquitos infectados antes de terminar el período de incubación necesario para que sean infectivos. De esta manera se detiene la transmisión de la malaria mediante el ataque químico contra aquellos mosquitos que se introducen en la vivienda humana, más bien que contra los Anopheles en general.

La introducción del DDT ha parado la ampliación de las costosas obras de drenaje y de las operaciones de destrucción de larvas y ha permitido controlar la malaria en muchas zonas agrícolas, incluso en lugares donde el aislamiento de las viviendas entre sí no había permitido el empleo de otros métodos de control. En esta forma se abrieron las puertas al desarrollo de programas de carácter nacional. Estos a su vez condujeron a la alentadora observación de que la malaria, como enfermedad transmitida por mosquitos, desaparece de la zona infectada pocos años después que cesa la transmisión. Se ha hecho también la observación de que la malaria reaparece en las zonas limpias únicamente cuando es introducida por una persona infectada procedente de una zona endémica. Los Estados Unidos, por ejemplo, algunas partes de cuyo territorio habían sido altamente maláricas, han estado libres de epidemias de malaria durante una década, salvo un pequeño brote de 35 casos infectados en 1952 por mosquitos que se habían alimentado en un excombatiente de Corea.

En 1950, casi todos los países de este hemisferio en los que existía el problema de la malaria realizaban serios esfuerzos para su control. Estaba ausente en Chile y Uruguay, erradicada en la Guayana Británica, casi desaparecida de los Estados Unidos y Argentina y considerablemente reducida en Brasil y Venezuela. Los programas de control estaban bien adelantados en la mayoría de los otros países. Tan rápidamente se desarrollaron los programas que aproximadamente el 75% del total de hogares en las zonas maláricas de las Américas habían sido rociados aquel año. Se esperaba que el 25% restante (cuatro millones y medio de viviendas) quedara pronto comprendido en el programa. A fin de estimular una mayor extensión del programa y considerar la posibilidad de erradicar la enfermedad del Hemisferio Occidental, la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1950) recomendó a la Oficina Sanitaria Panamericana que estimulara y coordinara los programas antimaláricos así como que ayudara a los países a conseguir, en lo posible, la asistencia económica que necesitaban para lograr la erradicación continental de la malaria.

Los gobiernos ampliaron sus campañas, la OSP/OMS proporcionó técnicos adiestrados, y el UNICEF suministró equipo y materiales a la zona del Caribe, de la América Central y a cuatro países sudamericanos. Se iniciaron campañas antimaláricas en todos los países maláricos del hemisferio. La enfermedad dejó de ser el principal problema de salud pública de las Américas. Se concibieron grandes esperanzas y el entusiasmo con que las familias acogieron el método parecía asegurar el éxito de los programas de erradicación.

Dificultades y peligros: Anopheles resistentes al DDT.

Pero el éxito no era tan fácil. Desgraciadamente la mosca doméstica, que era la medida visible con que el ama de casa podía juzgar el valor de un insecticida, desarrolló una marcada resistencia al DDT y el programa de rociamiento residual perdió mucho de su prestigio inicial. La publicidad que se dió a la rápida reducción de la malaria tras la introducción del rociamiento residual dió lugar a la convicción general de que la malaria no constituye ya un problema importante y que puede descuidarse sin peligro alguno.

En vez de un rápido aumento de las asignaciones sobrevino una paralización y hoy, cuatro años después, el 22% de los hogares de las zonas maláricas no están incluidos aún en los programas de control. Las autoridades han atendido a otras presiones fiscales y se muestran reacias a asignar fondos para el control de una enfermedad que parece causar pocos perjuicios. Esta situación, desalentadora como es, podría aceptarse por el momento e ir la mejorando año tras año en cada país a medida que se presenten las oportunidades, si no fuera por la amenaza inherente al reciente desarrollo de resistencia al DDT por parte de ciertos Anopheles. En Grecia, los tres vectores locales de la malaria han desarrollado resistencia y el DDT ya no resulta efectivo para controlar la malaria en algunos pueblos. Otro vector importante de la malaria, el Anopheles sudaicus, ha desarrollado resistencia en Indonesia. En la América Central uno de los principales mosquitos vectores muestra modificaciones de comportamiento al insecticida, cambio que puede presagiar el desarrollo de resistencia.

Urgencia de la erradicación

Es una desgracia que comience a desarrollarse resistencia antes de haber erradicado la malaria puesto que los métodos de control anteriores al DDT son demasiado costosos para uso general en las zonas rurales, debiendo limitarse su aplicación a las áreas urbanas. Resulta evidente la necesidad de erradicar la malaria de las Américas antes de que se convierta en realidad aquí la amenaza de resistencia del Anopheles a los insecticidas.

Los representantes de los Gobiernos ante la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana (octubre de 1954) reconocieron el peligro de los programas prolongados de control y el consiguiente riesgo del desarrollo de especies de Anopheles resistentes al DDT que podría dar lugar a la reaparición de la malaria epidémica, y

aprobaron un programa de erradicación continental para hacer frente a la amenaza. La Conferencia reconoció la necesidad, a medida que avanza el programa de erradicación, de estudiar medidas para prevenir la entrada de personas infectadas en las zonas ya libres de la infección. La Conferencia recomendó la mayor urgencia en llevar a cabo la erradicación continental de la malaria e instó a los Gobiernos Miembros a que conviertan inmediatamente todos los programas de control en programas de erradicación.

Un esfuerzo extraordinario que se haga ahora puede marcar la diferencia entre el éxito y el fracaso. Unos pocos años de trabajo a pleno rendimiento podrían reducir de tal manera el volumen de la malaria que los focos residuales que subsistieran podrían en seguida erradicarse económicamente con drogas, si fuese necesario. Cuando la malaria haya desaparecido, unas patrullas de vigilancia o inspección pueden asegurar que se continúe estando libre de la enfermedad a un costo bajo y muy practicable.

La completa esperanza de erradicación en el continente depende evidentemente de la extirpación simultánea de la infección malaríca de todos los países de las Américas. Una vez hecho esto, se reducirán considerablemente los gastos y podrá disminuirse la vigilancia, excepto en lo que se refiere a la reinfección debida a los inmigrantes o viajeros procedentes de otras partes del mundo.

Si un país descuida el programa, o si con el fin de reducir los gastos no destruye todos los focos de malaria, ese país se convierte en una amenaza para sus vecinos. El control puede resultar bueno durante un año o dos, pero si entonces se debilita, las chispas ocultas pueden provocar nuevos incendios. Es necesario un control completo, durante tres años, por lo menos, porque ciertos parásitos de la malaria pueden mantenerse en la persona infectada durante este período en ausencia de reinfección.

La conversión del control en erradicación.

Comprendiendo lo apremiante de la situación y la necesidad de una acción rápida, la XIV Conferencia (1954) autorizó un aumento anual inmediato de los gastos en \$100,000 para permitir a la Oficina el cumplimiento de la Resolución de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1950) "... para propender a la mayor intensificación y coordinación de las labores de lucha antipalúdica en el continente, estimulando los programas en curso y suministrando intercambio de información y asistencia técnica y, cuando fuere posible, económica a los diferentes países, a objeto de procurar la erradicación del paludismo en el Hemisferio Occidental".

Considerando la evidente insuficiencia de esta suma para financiar la activa colaboración con los gobiernos en la ampliación de programas nacionales, la Conferencia autorizó al Director de la Oficina para obtener la participación financiera de organizaciones, públicas y privadas, nacionales e internacionales, a fin de lograr la erradicación.

Habiendo establecido las bases técnica, económica y sanitaria para el programa de erradicación y habiendo recibido un mandato de la Conferencia Sanitaria Panamericana, es necesario ahora proceder a establecer:

- (a) orientación técnica y coordinación adecuadas;
- (b) providencias necesarias en cada país, a fin de convertir el control en erradicación; y
- (c) movilización de la ayuda internacional de todos los organismos que puedan participar en el programa.

La OSP/OMS, en su carácter de organismo internacional responsable de la orientación técnica y de la coordinación de los programas sanitarios interamericanos y especialmente del programa de erradicación de la malaria en el hemisferio, ha tomado las medidas necesarias para asegurar la orientación técnica regional sobre una base adecuada. La Oficina está formando un grupo profesional competente, encargado directamente de proporcionar asesoramiento técnico siempre que sea necesario, de ayudar a los gobiernos a intensificar sus programas de control de la malaria y a convertirlos en programas de erradicación. Este grupo está encargado de la coordinación de programas nacionales, con el fin de lograr un avance uniforme en el conjunto de planes y programas regionales. Se están estableciendo las normas técnicas y administrativas para la organización y administración de los programas de erradicación y se están preparando los manuales de operaciones, incluyendo un sistema completo de informe de actividades y de evaluación de los progresos realizados.

La erradicación depende de las medidas que se tomen en escala nacional. Cada nación, como miembro de la OSP/OMS, ha contraído automáticamente la obligación en relación a los demás países y en relación a sí misma, de ejecutar un programa de erradicación. Las actividades en todos los países deben realizarse simultáneamente. En vista de que las condiciones y extensión de las medidas de control practicadas varían de un país a otro, se

está preparando un nuevo plan para cada caso que abarca los detalles de un programa de erradicación. Ese plan procura un servicio nacional unificado que funcione siguiendo las normas técnicas internacionales y con procedimientos de información uniformes a fin de facilitar la coordinación y el análisis internacionales.

El problema principal de cada país consiste en proporcionar los materiales y el financiamiento adecuados para emprender sin interrupción operaciones en gran escala, hasta lograr la erradicación. Es importante que el programa de erradicación comience en la mayor escala posible y se desarrolle progresivamente hasta abarcar toda la zona malárica del país. El esfuerzo temporal, inadecuado e intermitente es costoso e inútil. El adiestramiento cuidadoso del personal y una administración pueden asegurar resultados tan completos que la malaria desaparecerá a los tres o cuatro años de que se haya cubierto completamente la zona. Tomando en cuenta el período de reclutamiento y adiestramiento y la naturaleza progresiva de la organización de las medidas de control, es probable que las necesidades de potencial humano, transporte y suministros se extiendan durante un período algo más prolongado.

Las providencias para la evaluación progresiva de la distribución de la malaria son parte esencial de todo programa de erradicación, como comprobación de la eficacia del método, de la eficiencia de su aplicación, así como indicador de que se ha logrado la erradicación y de que es posible suprimir las costosas operaciones de control. La aplicación del DDT en un área debe suspenderse tan pronto como sea posible, no solamente para reducir los gastos, sino para evitar el peligro de la resistencia del vector Anopheles al DDT, debida a la prolongada exposición. Al suspender las operaciones en una zona se debe continuar la vigilancia e iniciar el rociamiento local intensivo de las casas situadas en los focos de reinfección que se descubran y alrededor de ellos.

Necesidad de la cooperación de los organismos internacionales

En muchos países el costo del control de la malaria representa pesada carga y se necesita asistencia internacional considerable para fomentar la expansión del programa a fin de que abarque las nuevas zonas necesarias para lograr la erradicación nacional. Al promover los programas nacionales de erradicación importa saber la cantidad aproximada de asistencia exterior de todos los orígenes con que se puede contar. De acuerdo con el mandato de la Conferencia de asegurar la participación financiera de todas las organizaciones que estén en condiciones de poder ayudar, el Director está estudiando el problema con los organismos que actúan ya en este

campo, así como con otros que deseen aportar su participación. Los principales organismos que actúan son el UNICEF, la FOA (Administración de Operaciones Exteriores) y la OSP/OMS. De los 36 países (naciones y territorios) infectados de malaria, la OSP/OMS proporciona asesoramiento técnico y otros medios de ayuda a 21. El UNICEF, por su parte, ha proporcionado asistencia por medio de suministros y equipo a 19 de ellos. De los demás organismos, la FOA es la que ha prestado más ayuda, habiendo participado en los programas de control de varios países, y participando todavía en cuatro de ellos. La erradicación de la malaria es costosa y podría absorber todo el dinero disponible de los organismos internacionales y aun más. Deben evitarse dos errores anteriores: no debería planearse la erradicación como un programa ordinario poco costoso, sino como una inversión de capital a corto plazo que produce dividendos permanentes; los gobiernos deberían recibir ayuda técnica y material adecuadas no sólo durante el período inicial sino hasta lograr la erradicación.

Se insta a cada una de las organizaciones a que consideren detenidamente este problema y que determinen, a la mayor brevedad posible, por lo menos en líneas generales, las bases sobre las cuales pueden prestar cooperación y asistencia en la ejecución de un programa continental de erradicación de la malaria. Además de determinar los aspectos financieros de la asistencia, es también importante establecer un plan general que señale las medidas orgánicas y administrativas a tomar por cada organismo para asegurar la cooperación y coordinación de las operaciones, tanto en escala internacional como nacional.

Ciudad Trujillo
Octubre 1950

RESOLUCION XVIII
LUCHA ANTIPALUDICA

LA XIII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

CONSIDERANDO que el problema del Paludismo en el Hemisferio Occidental ha sido abordado en mayor o menor intensidad en todos los países, habiéndose llegado a su total solución en algunos de ellos, y en otros a avances muy notables en el control de la enfermedad; y

Que hay la certidumbre de que, merced a la adopción de las nuevas técnicas de la lucha antipalúdica y al esfuerzo suficientemente intenso y coordinado de los Países Miembros y territorios, puede obtenerse la erradicación total del Paludismo del Continente Americano,

RESUELVE:

Recomendar a la Oficina Sanitaria Panamericana que incluya en sus programas de acción, desde el presente, el desarrollo de las actividades necesarias para propender a la mayor intensificación y coordinación de las labores de lucha antipalúdica en el Continente, estimulando los programas en curso y suministrando intercambio de información y asistencia técnica y, cuando fuere posible, económica a los diferentes países, a objeto de procurar la erradicación del Paludismo en el Hemisferio Occidental.

Santiago,
Octubre 1954

RESOLUCION XLII

ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

CONSIDERANDO que en el curso de las discusiones técnicas sobre el tema "Erradicación de la Malaria en las Américas" se ha puesto en evidencia que:

- a) La experiencia de los países que han logrado la erradicación de la malaria, indica que una vez que se interrumpe la transmisión, la infección desaparece de la población humana en pocos años, como consecuencia de la muerte natural del parásito;
- b) Existen observaciones recientes que han demostrado el desarrollo de resistencia a ciertos insecticidas en algunas especies de anofelinos, fenómeno que con el tiempo puede ocasionar graves dificultades y hasta fracasos, a las campañas antimaláricas; y
- c) La erradicación de la malaria en algunos países plantea el problema internacional de evitar la importación de nuevos casos a zonas ya libres de la infección.

RESUELVE:

1. Declarar que es de extrema urgencia poner en ejecución la Resolución XVIII de la XIII conferencia Sanitaria Panamericana por la cual se encomendó a la Oficina Sanitaria Panamericana propender a la intensificación y coordinación de las labores de lucha antimalárica a objeto de procurar la erradicación de dicha enfermedad en el Hemisferio Occidental, y que los Gobiernos Miembros conviertan a la brevedad posible todos los programas de lucha en programas de erradicación, a fin de que ésta sea lograda antes de la aparición de la resistencia de los anofelinos a los insecticidas.

2. Disponer que la Oficina Sanitaria Panamericana proceda a dar cumplimiento a la Resolución antes citada y estudie las medidas de carácter internacional para asegurar la protección de los países o territorios que hayan logrado la erradicación de la enfermedad.

3. Autorizar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para obtener la participación financiera de organizaciones públicas o privadas, nacionales o internacionales, para adelantar el desarrollo de los objetivos señalados en esta Resolución.

Washington, D. C.
24 de marzo de 1955

NOTA INFORMATIVA SOBRE EL CONTROL DE LA MALARIA EN LAS
AMERICAS (1954) CON UN CALCULO DEL COSTO DE SU
ERRADICACION

Un estudio realizado en 1950 sobre los progresos alcanzados por las naciones americanas en el control de la malaria (1) reveló notables mejoras obtenidas por la introducción del DDT como insecticida residual, y condujo al convencimiento de que es posible la erradicación de la malaria en el hemisferio.

Un estudio similar llevado a cabo en 1954(2) señaló que los progresos previstos con respecto a la erradicación no se habían realizado en un cierto número de países.

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana (octubre de 1954) teniendo en cuenta la repetida observación de que la malaria desaparece espontáneamente en pocos años, una vez que se detiene la transmisión, así como las informaciones sobre resistencia al DDT de ciertos mosquitos Anopheles vectores, al cabo de varios años de exposición, recomendó que todos los programas de control se convirtieran en programas nacionales de erradicación, con el objeto de lograr la erradicación en todo el continente antes de que los anofeles americanos desarrollen resistencia al DDT.

La Conferencia consideró que la situación era urgente y encomendó a la Oficina Sanitaria Panamericana que coordinara las actividades nacionales en un programa hemisférico.

En esta nota se trata de exponer la situación de la malaria, tal cual era en 1954 y de presentar un cálculo del costo de un programa continental de erradicación. El cálculo está basado, por supuesto, en datos incompletos pero que se consideran adecuados para una evaluación aproximada de las proporciones generales del problema.

-
- (1) IV Informe sobre la situación de la lucha antimalárica en el Continente Americano, por el Dr. Carlos A. Alvarado; publicación de OSP número 261-Anexo B; agosto de 1951.
 - (2) V Informe sobre la situación de la lucha antimalárica en las Américas, por el Dr. Carlos A. Alvarado; documento de la OSP, CSP14/36-Anexo I; 5 de octubre de 1954.

La acción insecticida residual del DDT ha permitido concentrar el ataque a la transmisión de la malaria en el hogar, donde tanto el mosquito como el hombre están corrientemente infectados.

El número de viviendas en un área malárica se ha convertido en el factor más importante en el planeamiento de un programa de erradicación de la malaria, más bien que el número y el tipo de áreas en que se reproduce el mosquito o el número y la gravedad de los casos maláricos.

En el programa de erradicación, hay que prestar la misma atención a regiones de escasa densidad de población y baja tasa de endemidad malárica, que a las zonas densamente pobladas y con alta endemidad, puesto que de otro modo subsistirían como fuentes de reinfección de las zonas que hubieran quedado libres de la infección. La erradicación requiere que las operaciones de control se mantengan de una manera completa en toda la región, por un largo período - por lo menos, tres años - para que el microorganismo desaparezca espontáneamente en el huésped humano.

La reducción de la incidencia de malaria ocurre inmediatamente después de haberse interrumpido la transmisión, incluso con medidas parciales de control. Pero la verdadera medida del éxito de un programa de erradicación consiste en la desaparición completa del microorganismo re infectante, el plasmodium de la malaria, tanto en el hombre como en el mosquito. Una vez que se emprende la erradicación, no se deben mitigar las medidas hasta haber terminado la tarea. Cuando se ha alcanzado el objetivo de la erradicación, se pueden suspender, sin temor, las costosas medidas de control, salvo en lo que se refiere al peligro de reintroducción del plasmodium de la malaria en personas infectadas.

La actual situación en Argentina, donde la malaria ha estado controlada durante un cierto número de años, pone de relieve la importancia de llevar un programa de control hasta el punto de erradicación. Hoy en día, la malaria se mantiene a un bajo nivel en los Estados más seriamente infectados, mediante el rociamiento de 148,000 casas únicamente, a un costo de \$276,000 al año, y ya no constituye un grave problema sanitario. Ahora bien, antes de que puedan suspenderse las medidas de control habrá que rociar otras 42,000 viviendas durante varios años con un costo adicional anual de \$119,000, con el objeto de eliminar el residuo de malaria, que constituye un continuo riesgo de reinfección para las áreas libres de la enfermedad en el caso de que se suspendiera el programa de control. Cuando esto se haga y una vez alcanzada la erradicación

continental, Argentina estará libre del temor a la autoreinfección o a la reimportación del parásito de la malaria procedente del Brasil, Paraguay y Bolivia, y quedará en libertad de suprimir casi por completo las asignaciones presupuestarias para las actividades antimaláricas, salvo las necesarias para mantener un reducido servicio de vigilancia y emergencia.

En el resumen titulado "Estado de los programas de control de la malaria" que figura a continuación, los países han sido agrupados, no por orden de gravedad de la enfermedad, sino más bien por el orden en que la ejecución completa de los programas de control se acerca a la erradicación. Se incluyen, como anexos, dos tablas en las que se enumera el cálculo de los costos de la campaña de erradicación, por países.

En la Tabla I figura el número aproximado de viviendas en las zonas maláricas de cada país, y el número de las comprendidas en el actual programa de control. En las columnas en que se enumeran los costos por unidad y las casas adicionales que habrán de rociarse en los programas en escala nacional, figura el costo anual previsto para cada país. El cálculo de la rapidez con que puede extenderse el programa de cada país toma en cuenta la necesidad de adiestrar a un elevado número de nuevos trabajadores así como la de contar con presupuestos considerablemente aumentados. Las cuatro últimas columnas de la Tabla I contienen el cálculo de los costos totales anuales desde 1955 hasta fines de 1958.

La Tabla II se refiere exclusivamente a los aspectos financieros. En la primera columna se enumeran los datos efectuados de que se dispone sobre los gastos del programa antimalárico incurridos por cada país durante 1954. En las cuatro columnas siguientes figura el cálculo, por años, de los fondos adicionales que se requerirán en cada país desde 1955 hasta 1958. No se sabe con certeza cuál será la proporción de la suma necesaria que cada país pueda asignar para cada uno de los años mencionados. La Tabla indica las cantidades requeridas, sin especificar la procedencia de los fondos.

Buen número de países americanos reconocen ahora la posibilidad de la erradicación de la malaria y ya han desarrollado, o bien cabe esperar que desarrollen, programas efectivos de erradicación. Es preciso conseguir fondos para promover programas igualmente eficaces en los otros países, puesto que la erradicación continental sólo podrá alcanzarse mediante la prosecución de un programa completo que cubra toda el área malárica del continente. Este objetivo habría de alcanzarse tan pronto como sea posible con el

objeto de evitar el riesgo de la resistencia del insecto a los insecticidas, así como para lograr la pronta reducción de los actuales costos del control de la malaria.

El estimado de costos está basado en programas que utilicen DDT. Cualquier cambio en la selección de insecticida alteraría el costo relativo del insecticida y de la mano de obra, pero no afectaría en gran medida al costo total.

A medida que los programas llegan al período culminante de actividad, hay que organizar servicios malariométricos a fin de determinar las áreas específicas donde continúa la transmisión a pesar de las medidas de control, de manera que puedan efectuarse las correcciones pertinentes. Una vez cubierta el área de una manera completa por las operaciones de control, los programas podrán reducirse a medida que se logre la erradicación de la malaria, debidamente comprobada por investigaciones de campo, hasta que finalmente se suspendan todos los programas.

Estado de los Programas de Control de la Malaria
en las Américas, por países - Diciembre de 1954

Con la excepción de México y Haití, donde se proyecta iniciar programas de erradicación en 1955, la malaria ha disminuido progresivamente durante los ocho últimos años en todos los países maláricos del Hemisferio Occidental. El grado y la rapidez de la reducción ha variado entre las naciones en proporción directa a las dificultades experimentadas y al esfuerzo realizado. A continuación, se enumeran los países, agrupados por orden de mayor a menor grado de ejecución completa de los programas.

I. ERRADICACION DE LA MALARIA REALIZADA

- Uruguay: País esencialmente no malárico. La posibilidad de transmisión es tan reducida que puede descartarse la introducción de la enfermedad.
- Chile: La transmisión de malaria, siempre limitada a los valles de la costa septentrional, ha desaparecido desde la introducción del programa de rociamiento con DDT.
- Estados Unidos: El Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos prosiguió sus actividades antimaláricas de la segunda guerra mundial (MCWA) con el Programa Nacional de Erradicación de la Malaria, iniciado en

1947, con la cooperación de ciertos organismos estatales y locales. Las operaciones de control alcanzaron su fase de mayor intensidad en 1948, año en que se rociaron 1,365,000 viviendas en 13 Estados con un costo de \$5,000,000, reduciéndose posteriormente las operaciones cada año hasta 1952 en que el número de casas rociadas fué inferior a 100,000. Desde hace varios años, el número de casos de malaria autóctona registrados en los Estados Unidos ha sido secundario comparado con los casos de malaria importada de México o del Pacífico. Durante el período 1952-1953 sólo se descubrieron 62 casos autóctonos en los Estados Unidos.

Guayana Francesa: La malaria ha quedado erradicada, pero hay que proseguir el rociamiento con DDT de las 6,000 viviendas expuestas a la infección, a un costo anual de \$21,000.

Puerto Rico: La protección con DDT cubre toda la isla. La erradicación de la malaria está tan a punto de lograrse, que Puerto Rico debe ser incluido en esta clasificación.

Islas Bahamas:)
Barbados:)
Bermuda:)
Indias Occidentales:) Libres de malaria; no sujetas a
Neerlandesas:) reinfección.
Islas Vírgenes:)

II. ERRADICACION DE LA MALARIA CASI TERMINADA

Argentina: La malaria ha sido erradicada en extensas áreas pero quedan pequeños focos de infección dispersos en una amplia zona que habrán de eliminarse antes de que las medidas de control puedan reducirse de manera efectiva. El movimiento migratorio de trabajadores estacionales de Bolivia al norte de Argentina hace que este país tenga interés vital en la erradicación de la malaria en dicho país.

Brasil: Se ha erradicado la malaria en algunas áreas y los programas de control están muy avanzados en

otras. Sin embargo, aproximadamente el 6% de los casos maláricos que todavía se descubren en el continente, ocurren en el Brasil. A partir de 1955, se procede a modificar los planes de operaciones en varios Estados del sur y noreste del Brasil con el objeto de convertirlos en campañas de erradicación. El programa ordinario de rociamiento con DDT cubre ahora 2,416,000 casas con un costo anual de \$4,103,000. Para lograr la erradicación habrá que cubrir otras 804,000 casas con un costo adicional de \$1,371,000 al año.

República Dominicana: La malaria ya no representa un grave problema sanitario. El programa ordinario de rociamiento con DDT cubre 160,000 casas, a un costo real de \$162,000 por año, programa que protege a toda la población expuesta a la malaria. La continuación del programa que solo requiere un costo adicional de \$62,000 al año, habrá de permitir que pronto se alcance la erradicación.

Jamaica: El rociamiento con DDT protege en la actualidad todas las casas de la zona malárica, a un costo de \$53,000 anuales. Continuado durante unos pocos años, este programa podrá lograr la erradicación.

III. PROGRAMA DE ERRADICACION DE LA MALARIA EN FASE AVANZADA

Nicaragua: El programa de rociamiento con DDT protege 210,000 casas, de las 225,000 que hay en la zona malárica, por un costo anual de \$416,000. Las 15,000 casas restantes se podrían incluir mediante un costo adicional anual de sólo \$30,000.

Panamá: El programa de rociamiento con DDT, que se extiende a 44,000 casas y el año pasado costó \$151,000, controla la mayor parte de la malaria, generalmente grave, que, con anterioridad, infestaba el país. Lo poco que de la enfermedad subsiste se encuentra, sin embargo, tan desperdigado que la conversión a la erradicación requiere el rociamiento de otras 33,000 casas y un costo adicional de \$125,000 por año.

Trinidad: Aunque únicamente 78,000 de las 101,000 casas que hay en la zona malárica requieren el rociamiento con DDT (a un costo de \$195,000 el año pasado), las condiciones locales han impedido la erradicación. Una rara transmisión no domiciliaria de la malaria, debida a los hábitos de picadura al aire libre del Anopheles bellator - un vector local - obliga a pensar en medidas de control distintas del rociamiento con DDT.

Venezuela: Venezuela figura en vanguardia por lo que respecta al planeamiento de un programa nacional de erradicación, y ha erradicado ya la malaria de una extensa zona de aproximadamente 80,000 millas cuadradas, mediante el rociamiento, con DDT, de 548,000 casas, a un costo anual de \$2,168,000. La inclusión de otras 83,000 casas, a un costo anual de \$369,000, debiera de conducir a la erradicación, salvo en ciertas áreas en que vectores raros puedan presentar problemas especiales.

IV. BUEN PROGRAMA DE CONTROL - A PUNTO PARA SU CONVERSION EN PROGRAMA DE ERRADICACION

Honduras Británico: La malaria ha sido prácticamente erradicada en la costa, donde se rocían 9,000 casas una vez al año por un costo aproximado de \$9,000 anuales. Sin embargo, la erradicación requiere que se rocíen dos veces al año, con un costo adicional de \$9,000 por año.

Costa Rica: El programa actual cubre 76,000 casas, a un costo anual de \$152,000. Se puede conseguir la erradicación incluyendo otras 5,000 casas, lo que solamente supondría un costo adicional de \$10,000 por año.

Cuba: Aún se encuentra alguna malaria en dos sectores de la isla en los que el drenaje y las medidas larvicidas (\$53,000 por año) proporcionan un buen control general. El comienzo de una campaña de rociamiento con DDT extensiva a 120,000 casas, por un costo anual de \$480,000, lograría una pronta erradicación.

Honduras: La grave malaria que, en otro tiempo, azotó a gran parte del país, ha sido controlada mediante un programa de rociamiento sistemático con DDT, que se extiende a 50,000 casas y que el año pasado costó \$110,000. La conversión del mismo en una campaña de erradicación requiere el rociamiento de otras 21,000 casas, lo que supone un costo adicional de \$94,000 al año.

Islas de Barlovento: La malaria se mantiene bajo un buen control rociándose 18,000 casas, a \$72,000 por año. Para conseguir la erradicación, habría que rociar otras 41,000 casas, a un costo anual de \$168,000.

V. BUEN PROGRAMA DE CONTROL

Bolivia: La malaria de una zona que antes se hallaba muy infectada se controla ahora rociando 32,000 casas a un costo anual de \$72,000. La erradicación requeriría el rociamiento de otras 130,000 casas, a un mayor costo anual de \$288,000.

Guadalupe: Por lo menos un 75% de la grave malaria que había anteriormente se encuentra bajo control mediante el rociamiento con DDT DE 24,000 casas, a un costo anual de \$72,000. Un programa de erradicación requeriría añadir otras 29,000 casas, a un costo adicional anual de \$87,000.

Guayana Británica: En la costa se ha conseguido erradicar la malaria después de varios años de rociamiento de las casas con DDT, que ya no se necesita aplicar ni siquiera una vez al año. El programa abarca 30,000 casas y en 1954 costó \$88,000. Sin embargo, en la parte interior del país, cerca de la frontera brasileña, hay 1,000 casas que solamente requerirán un costo adicional anual de unos pocos miles de dólares para conseguir la erradicación en todo el territorio.

Martinica: El programa de control ha reducido el grave problema de la malaria, por lo menos en tres cuartas partes. El rociamiento con DDT cubre 24,000 casas, a un costo anual de \$72,000. Se puede terminar la erradicación añadiendo 29,000 casas, a un costo anual que se calcula en \$87,000.

VI. CONTROL INCOMPLETO DE LA MALARIA

- Colombia: Por su extensión, el problema de la malaria en Colombia, ocupa el segundo lugar en relación al continente. La grave infección en partes no protegidas del país constituye un 13% de la malaria que subsiste en las Américas. Aunque en 1954 se invirtieron \$1,217,000 en el rociamiento, una o dos veces, de 390,000 de las 1,400,000 casas de la zona malárica, el programa resultó defectuoso e inadecuado. La conversión a la erradicación requiere el rociamiento de otras 887,000 casas, a un costo anual que se calcula en \$3,508,000.
- Ecuador: El año pasado, se rociaron con DDT 188,000 casas, a un costo de \$251,000. Sin embargo, la malaria sigue constituyendo un grave problema y será preciso incluir otras 124,000 casas a un costo anual de \$304,000 para conseguir la erradicación.
- El Salvador: El año pasado, el programa de control de la malaria costó a El Salvador \$263,000 y cubrió 128,000 casas. La erradicación requeriría la inclusión de aproximadamente otras 100,000 viviendas, a un costo adicional calculado en \$252,000.
- Guatemala: Las dificultades políticas interiores se reflejaron, el año 1953, en la administración del programa contra la malaria. En 1954, se experimentó un considerable mejoramiento, pero, a lo sumo, el programa no cubre hoy más de una tercera parte del país. Guatemala invirtió \$50,000 en rociar, una sola vez, 47,000 de las 198,000 viviendas de la zona malárica, programa que indirectamente proporciona protección a tantas otras viviendas (110,000) de tal manera que la campaña de erradicación requeriría únicamente la inclusión de otras 40,000 viviendas, a un costo adicional calculado en \$124,000 anuales.
- Paraguay: La cantidad y la gravedad de la malaria en el Paraguay son objeto de informes contradictorios. Se tiene el propósito de estudiar la situación, en fecha próxima, para determinar el número adicional de casas en que es necesario el rociamiento. Si lo necesitasen todas las 85,000 viviendas que hay en la zona malárica, harían falta \$136,000 anuales, aproximadamente, para la erradicación.

Perú: Por su gravedad, el problema de la malaria en el Perú es el quinto del continente, y comprende un 4% de la malaria que existe en éste. El programa de control es incompleto y no cubre más que parte del área malárica. En la zona infectada hay 755,000 viviendas, de las que sólo se rocían 270,000 a un costo de \$578,000. La erradicación requeriría el rociamiento de otras 229,000, a un costo adicional de \$480,000 al año.

Islas de Sotavento: Sólo en tres de estas islas (Antigua, Montserrat y San Cristóbal) hay malaria de gravedad moderada. La enfermedad se mantiene a un nivel bajo rociando con DDT 8,000 hogares, lo que representa un costo anual de \$15,000. La erradicación requiere el rociamiento de otras 21,000 viviendas, por un costo adicional de \$72,000 al año.

Surinam: Surinam mantiene un control bastante bueno de la malaria en la costa, rociando 10,000 de las 33,000 viviendas a un costo anual de \$30,000. Para conseguir la erradicación en la costa, hay que añadir a este programa otras 15,000 viviendas, a un costo anual de \$45,000. La erradicación en todo el país necesita un costoso programa de rociamiento en el interior, donde hay mucha malaria. Tal programa abarcaría unas 8,000 viviendas, y el rociamiento costaría anualmente \$96,000. Con un programa completo, el costo anual se calcula en \$171,000.

Haití: Haití contiene el 6% de la malaria que subsiste en el continente y representa, por la gravedad de la dolencia, el cuarto problema malárico del hemisferio. En 1953, se inició un pequeño programa de demostración extensivo a 26,000 viviendas de la zona malárica, con un costo aproximado de \$21,000, de los cuales Haití aportó \$8,000. Un programa de erradicación es sumamente difícil para Haití, desde el punto de vista financiero. Hay, aproximadamente, 414,000 viviendas en la zona malárica, de las cuales habrán de rociarse 390,000 a un costo que se calcula en \$624,000 por año.

México:

México tiene el más grave y extenso de los problemas de malaria en el hemisferio. Probablemente el 64% de la malaria que subsiste en el Hemisferio Occidental se encuentra en este país. El programa de control de la malaria ha cubierto 126,000 viviendas, a un costo anual de \$222,000. La conversión de este programa a uno de erradicación requiere una ampliación constante hasta que queden sometidas al programa de rociamiento con DDT, a lo sumo, 3,098,000 viviendas de la zona malárica. El costo máximo se calcula en \$6,773,000 al año.

TABLE I - COSTOS ESTIMADOS DE LA ERRADICACION DE LA MALARIA - (CALCULADOS EN DOLARES E.E.U.U.)

| Países | Número total de casas - zona malarica (1) | No. de casas rociadas con DDT 1953 (2) | No. de casas indirectamente protegidas en 1953 (3) | Costo del Programa 1953 (4) | Costo por casa, un rociar miento (5) | Casas adicionales - Total de casas que se deben rociar 1955-1958 (6) | | Costo estimado anual del Programa de Erradicación (basado en dos reclamientos por año) 1955-1958 (7) | | Observaciones |
|----------------------|---|--|--|-----------------------------|--------------------------------------|--|-------------------|--|---------------------|--|
| | | | | | | 1955 (8) | 1957 (9) | 1956 (10) | 1958 (11) | |
| Argentina | 371,000 | 118,000 | 181,000 | \$219,000 | \$1.04 | 42,000 | 190,000 | \$274,000 | \$395,000 | Estos estimados están basados en datos incompletos, y están sujetos a rectificación una vez que se hayan aprobado finalmente los programas detallados de los países. |
| Bolivia | 210,000 | 35,000 | 48,000 | 18,000 | 1.11 | 130,000 | 162,000 | 100,000 | 200,000 | |
| Brazil | 5,360,000 | 2,416,000 | 2,140,000 | 5,037,000 | 0.85 | 804,000 | 3,220,000 | 5,174,000 | 5,174,000 | |
| Colombia | 1,400,000 | 390,000 | 123,000 | 755,000 | 1.85 | 887,000 | 1,277,000 | 944,000 | 1,888,000 | |
| Costa Rica | 81,000 | 76,000 | 0 | 152,000 | 1.00 | 5,000 | 81,000 | 162,000 | 162,000 | |
| Cuba | 120,000 | 0 | 0 | 53,000 | 2.00 | 120,000 | 120,000 | 66,000 | 132,000 | |
| Ecuador | 353,000 | 188,000 | 41,000 | 181,000 | 0.89 | 124,000 | 312,000 | 226,000 | 452,000 | |
| El Salvador | 257,000 | 128,000 | 29,000 | 243,000 | 1.13 | 100,000 | 228,000 | 304,000 | 515,000 | |
| Guatemala | 198,000 | 17,000 | 111,000 | 100,000 | 1.00 | 40,000 | 87,000 | 125,000 | 174,000 | |
| Haití | 444,000 | 26,000 | 24,000 | 8,000 | 0.80 | 364,000 | 390,000 | 78,000 | 156,000 | |
| Honduras | 83,000 | 50,000 | 12,000 | 75,000 | 1.44 | 21,000 | 71,000 | 94,000 | 188,000 | |
| México | 3,140,000 | 126,000 | 42,000 | 106,000 | 0.84 | 2,972,000 | 3,098,000 | 2,047,000 | 4,868,000 | |
| Nicaragua | 225,000 | 32,000 | 1,000 | 125,000 | 0.99 | 192,000 | 224,000 | 156,000 | 312,000 | |
| Panamá | 100,000 | 44,000 | 23,000 | 158,000 | 1.79 | 33,000 | 77,000 | 198,000 | 276,000 | |
| Paraguay | 85,000 | 2,000 | 0 | 12,000 | 0.80 | 83,000 | 85,000 | 15,000 | 30,000 | |
| Perú | 755,000 | 270,000 | 256,000 | 588,000 | 1.06 | 229,000 | 499,000 | 735,000 | 1,058,000 | |
| República Dominicana | 208,000 | 160,000 | 48,000 | 118,000 | 0.70 | 0 | 160,000 | 118,000 | 224,000 | |
| Venezuela | 631,000 | 548,000 | 0 | 1,096,000 | 2.01 | 83,000 | 631,000 | 1,370,000 | 2,537,000 | |
| Guadalupa | 53,000 | 24,000 | 0 | 72,000 | 1.50 | 29,000 | 53,000 | 90,000 | 159,000 | |
| Guayana Británica | 93,000 | 30,000 | 62,000 | 79,000 | 2.31 | 1,000 | 31,000 | 99,000 | 143,000 | |
| Guayana Francesa | 6,000 | 6,000 | 0 | 18,000 | 1.50 | 0 | 6,000 | 18,000 | 18,000 | |
| Honduras Británica | 15,000 | 9,000 | 6,000 | 4,000 | 1.00 | 0 | 9,000 | 5,000 | 10,000 | |
| Islas de Barlovento | 59,000 | 18,000 | 0 | 72,000 | 2.00 | 41,000 | 59,000 | 90,000 | 180,000 | |
| Islas de Sotavento | 29,000 | 8,000 | 0 | 24,000 | 1.50 | 21,000 | 29,000 | 30,000 | 60,000 | |
| Jamaica | 42,000 | 42,000 | 0 | 53,000 | 0.65 | 0 | 42,000 | 55,000 | 55,000 | |
| Martinica | 53,000 | 24,000 | 0 | 72,000 | 1.50 | 29,000 | 53,000 | 90,000 | 159,000 | |
| Puerto Rico | 256,000 | 129,000 | 127,000 | 315,000 | 2.44 | 0 | 129,000 | 315,000 | 315,000 | |
| Surinam | 33,000 | 10,000 | 0 | 30,000 | *** | 23,000 | 33,000 | 40,000 | 80,000 | |
| Trinidad | 101,000 | 77,000 | 23,000 | 111,000 | 1.10 | 1,000 | 78,000 | 139,000 | 172,000 | |
| TOTAL | 14,731,000 | 5,060,000 | 3,297,000 | \$9,894,000 | | 6,374,000 | 11,434,000 | \$13,487,000 | \$20,392,000 | \$25,966,000 |

Revisión 24.III.55

* Puerto Rico será rociada solamente una vez al año.

** Cálculos aproximados para México de 1955 a 1958 tomados de los cálculos hechos en enero de 1955 por el Gobierno de México.

*** Surinam: 25,000 casas de la región costera a \$1.50 cada una; 8,000 casas del interior a \$6 cada una.

TABLA II - COSTOS ESTIMADOS DE LA ERRADICACION DE LA MALARIA - DOS REGIMIENTOS POR AÑO (CALCULADOS EN DOLARES EE.UU.)

| Países | Aportación de los países | | | Estimado de fondos adicionales anuales para el programa de erradicación | | | Observaciones |
|----------------------|--------------------------|--------------------|--------------------|---|---------------------|---------------------|--|
| | 1954 (1) | 1955 (2) | 1956 (3) | 1957 (4) | 1958 (5) | 1959 (6) | |
| Argentina | 276,000 | 0 | 119,000 | 119,000 | 119,000 | 119,000 | |
| Bolivia | 13,000 | 87,000 | 187,000 | 347,000 | 347,000 | 347,000 | Aportación de los países. |
| Brazil | 4,103,000 | 1,371,000 | 1,371,000 | 1,371,000 | 1,371,000 | 1,371,000 | Las cifras que aparecen en la columna (1) han sido tomadas de la Tabla 5 del V Informe sobre la situación de la lucha antimalárica en las Américas, presentado a la XIV Conferencia Sanitaria |
| Colombia | 1,217,000 | 0 | 671,000 | 2,559,000 | 2,559,000 | 3,508,000 | Panamericana celebrada en Santiago, Chile (Documento CSFPA/36 - Anexo I; 7 de octubre de 1954), redondeadas en millares, exceptuando aquellas marcadas con un asterisco (*), que fueron calculadas con cifras de informes no publicados aún. |
| Costa Rica | 24,000 | 138,000 | 138,000 | 138,000 | 138,000 | 138,000 | |
| Cuba | 53,000 | 13,000 | 79,000 | 211,000 | 211,000 | 427,000 | |
| Ecuador | 251,000 | 0 | 201,000 | 304,000 | 304,000 | 304,000 | |
| El Salvador | 263,000 | 41,000 | 252,000 | 252,000 | 252,000 | 252,000 | |
| Guatemala | 50,000 | 75,000 | 121,000 | 121,000 | 121,000 | 121,000 | |
| Haití | 16,000 | 62,000 | 110,000 | 296,000 | 296,000 | 608,000 | |
| Honduras | 110,000 | 0 | 78,000 | 94,000 | 94,000 | 94,000 | |
| México | 222,000 | 1,825,000 | 4,646,000 | 6,551,000 | 6,551,000 | 5,868,000 | |
| Nicaragua | 190,000 | 0 | 122,000 | 254,000 | 254,000 | 254,000 | |
| Panamá | 151,000 | 47,000 | 125,000 | 125,000 | 125,000 | 125,000 | |
| Paraguay | 15,000 | 0 | 15,000 | 45,000 | 45,000 | 121,000 | |
| Perú | 578,000 | 157,000 | 480,000 | 480,000 | 480,000 | 480,000 | |
| República Dominicana | 162,000 | 0 | 62,000 | 62,000 | 62,000 | 62,000 | |
| Venezuela | 2,168,000* | 0 | 369,000 | 369,000 | 369,000 | 369,000 | |
| Guadalupa | 72,000* | 18,000 | 87,000 | 87,000 | 87,000 | 87,000 | |
| Guayana Británica | 88,000 | 11,000 | 55,000 | 55,000 | 55,000 | 55,000 | |
| Guayana Francesa | 21,000* | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Honduras Británica | 8,000 | 0 | 2,000 | 10,000 | 10,000 | 10,000 | |
| Islas de Barlovento | 59,000* | 31,000 | 121,000 | 177,000 | 177,000 | 177,000 | |
| Islas de Sotavento | 15,000* | 15,000 | 45,000 | 72,000 | 72,000 | 72,000 | |
| Jamaica | 55,000* | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Martinica | 72,000* | 18,000 | 87,000 | 87,000 | 87,000 | 87,000 | |
| Puerto Rico | 300,000 | 15,000 | 15,000 | 15,000 | 15,000 | 15,000 | |
| Surinam | 0* | 40,000 | 80,000 | 171,000 | 171,000 | 171,000 | |
| Trinidad | 195,000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| TOTAL | \$10,747,000 | \$3,964,000 | \$9,671,000 | \$14,375,000 | \$15,245,000 | \$15,245,000 | Revisado 24.III.55 |