

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XV Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XVI Reunión



México, D. F.
Agosto-Septiembre 1964

CD15/33

2 septiembre 1964

ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA DE LA SESION INAUGURAL

MINUTES OF THE INAUGURAL SESSION

AUDITORIO No. 2 DE LA

UNIDAD DE CONGRESOS DEL CENTRO MEDICO

DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

México, D. F.

Lunes, 31 de agosto de 1964, a las 12 m.
Monday, 31 August 1964, at 12 noon

Indice
Contents

1. Discurso del Señor Secretario de Salubridad y Asistencia de México, Dr. José Alvarez Amézquita
1. Address by Dr. José Alvarez Amézquita, Minister of Health and Welfare of the Republic of Mexico.
2. Discurso del Representante del Brasil Dr. Manoel José Ferreira, en nombre de las Delegaciones a la Reunión.
2. Address by Dr. Manoel José Ferreira, Representative of Brazil, on behalf of the Delegations to the Meeting.
3. Discurso del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Abraham Horwitz.
3. Address by Dr. Abraham Horwitz, Director of the Pan American Sanitary Bureau.

Indice (Cont.)
Contents (Cont.)

4. Inauguración de la Reunión por el Secretario de Relaciones Exteriores, Sr. José Gorostiza, en representación del Excelentísimo Señor Presidente de la República de los Estados Unidos Mexicanos, Lic. Adolfo López Mateos.
4. Opening of the Meeting by the Minister of Foreign Affairs, José Gorostiza, representing his Excellency the President of the Republic of Mexico, Adolfo López Mateos.

SESION INAUGURAL
INAUGURAL SESSION

La Sesión Inaugural se efectuó solemnemente en el Auditorio No. 2 de la Unidad de Congresos del Centro Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México, el 31 de agosto de 1964, a las 12 de la mañana, con asistencia de las autoridades del Gobierno de México, del Cuerpo Diplomático, de las Delegaciones de los distintos países participantes en la Reunión del Consejo Directivo y de Representantes de organizaciones nacionales e internacionales.

Ocuparon la tribuna presidencial, junto al Presidente de la XV Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, Dr. José Alvarez Amézquita, Secretario de Salubridad y Asistencia de la República de los Estados Unidos Mexicanos; el Secretario de Relaciones Exteriores, Sr. José Gorostiza; el Secretario de Marina, Almirante Manuel Zermeño Araico; el Secretario de Comunicaciones y Transportes, Sr. Walter C. Buchanan; el Secretario de Recursos Hidráulicos, Sr. Alfredo del Mazo; el Subsecretario de Educación Pública, Sr. Víctor Bravo Ahuja, en representación del Secretario, Lic. Jaime Torres Bodet; el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Abraham Horwitz; el Subdirector General de la Organización Mundial de la Salud, Sr. Milton P. Siegel; el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

Representante del Paraguay, Dr. Dionisio González Torres, Vicepresidente de la XV Reunión; el Representante de la República Dominicana, Dr. Bienvenido A. Delgado Bellini, Vicepresidente de la XV Reunión; el Representante del Brasil, Dr. Manoel José Ferreira y la Observadora de la Organización de los Estados Americanos, Sra. Alzora M. Eldridge.

A continuación aparece el texto de los discursos pronunciados en dicho acto.

DISCURSO DEL SECRETARIO DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA
DE LA REPUBLICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS,
DR. JOSE ALVAREZ AMEZQUITA
ADDRES BY DR. JOSE ALVAREZ AMEZQUITA, MINISTER OF
HEALTH AND WELFARE OF THE REPUBLIC OF MEXICO

"México aspira a lograr su grandeza para ponerla al servicio de sus habitantes, de los pueblos que requieran su cooperación y de los altos ideales del hombre", declaró el señor Presidente de la República, Licenciado Adolfo López Mateos, en ocasión de su V Informe de Gobierno al H. Congreso de la Unión, mañana hará un año. Hoy, al inaugurarse la XV Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud y la XVI del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, tengo el alto honor de presentar a los señores Delegados en nombre del señor Presidente, la reiteración del Gobierno y del pueblo de México, en participar con entusiasmo, sinceridad y devoción en la gigantesca tarea que perseguimos: lograr, en el plazo más breve posible, el saneamiento del Continente, la superación de la salud y la dignificación de la vida de todos los pueblos de América.

El señor Presidente López Mateos desea, además, hacer llegar a cada uno de ustedes sus mejores votos, a los cuales me permito unir los míos personales, por una estancia grata en esta tierra de Cuauhtémoc y de Juárez, y por un desarrollo venturoso y fecundo de los trabajos que aquí se llevarán a cabo.

Ha transcurrido ya mucho tiempo de aquella época en la cual los pueblos, satisfechos de haber vencido etapas más primitivas de repudio o de franca disputa, habían logrado reunirse para protegerse los unos de los otros. Ahora nos une un motivo más elevado: protegernos unos con otros en un ambiente cordial. Antes se perseguía establecer y regular el aislamiento; ahora el anhelo común es fincar y fortalecer la asociación. Estamos aquí, no sólo para evitar la amenaza potencial a la salud de pueblo a pueblo, sino porque nos interesa y tenemos confianza en la ayuda mutua.

Por mi parte, tengo fé en que cuando en el futuro, México vuelva a tener la satisfacción y el honor de recibir a los líderes de la salud de América, como los aquí presentes, no será ya, como ahora, únicamente para determinar la labor que debe realizar nuestra organización; será entonces, además, para decidir cada país, a la luz de la información multilateral, los programas nacionales integrados en un plan panamericano de salud. Compete exclusivamente, por supuesto, a cada nación, la responsabilidad de planear y ejecutar sus propios programas, pero ello se garantizará en mayor grado, cuando se proyecten desde la perspectiva de un plan continental.

Ya aparecen con mayor frecuencia en los programas de nuestras reuniones, los casos en que se decide revisar

el estado en que se encuentran problemas comunes a varias naciones. En el programa de temas que discutiremos, se buscará precisar el adelanto de la lucha en contra del paludismo, la viruela, el Aedes aegypti y las enfermedades venéreas, y el de obras de saneamiento como la fluoruración y el abastecimiento de agua potable.

Pronto se logrará que se internacionalice la programación de los problemas universales de salud y se nacionalice la de los locales. Si se observa con cuidado, se verá que esa tendencia ha sido el origen del vigoroso desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud. Además de compartir un mismo mundo geográfico, la ecología y los problemas de salud, así como los patrones culturales del continente, arrancaron de un mismo origen. Cualesquiera que sean las diferencias originadas al través de la evolución, forzosamente desigual, de las naciones americanas, persistirá el impacto de su origen común y de sus mismos ideales. Precisamente por eso, nuestra Organización ha de servir, ante todo, para fomentar una solución satisfactoria, por igual, de los problemas básicos de salud en América. Es la mejor forma de asegurar que las culturas de las distintas naciones sean fuente de enriquecimiento y superación, y no de conflicto o de obstáculo a la trayectoria de ascenso colectivo.

De allí que esté vigente la urgencia de resolver, ante todo, problemas como el de saneamiento y el de nutrición que por ahora todavía impiden la superación armónica de la salud continental. Mas aún, la ideología de los desposeídos no es posible modificarla o combatirla con decretos o con auxilios esporádicos, exige acción permanente para eliminar la pobreza de América.

Ha sido siempre mi invariable convicción de que la fecunda existencia de nuestro Organismo Internacional, expresa sencilla y llanamente, la resolución de nuestros pueblos para actuar en forma coordinada, buscando asegurar la cooperación mutua para resolver un conjunto de situaciones que nos son comunes y que representan residuos persistentes de problemas no solucionados, que fueron universales. Por eso he aseverado antes que los problemas generales demandan programas internacionales. Día llegará en que, jerarquizadas por los propios países, las amenazas a la salud de carácter universal, serán combatidas con fondos comunes y con la cooperación de especialistas internacionales al servicio y bajo la autoridad de cada nación. El intercambio de personal entre los pueblos, presupone aceptar la utilización de la experiencia positiva de un país, con el fin de aplicar la idea en otro, que no ha logrado todavía avance semejante.

La preparación del médico y del trabajador de la salud, por ejemplo, puede representarse, esquemáticamente, en dos etapas: la adquisición del conocimiento científico universal, primero, como base de la práctica, y el estudio de las características locales, preferentemente las ecológicas y culturales, después, como recurso indispensable para poder utilizar con eficacia el conocimiento adquirido. De allí que siempre hayamos abogado porque nuestra Organización fomente la correcta enseñanza de las ciencias y de las técnicas básicas, cuya universalidad contraste decididamente con la educación pragmática final del estudiante, para lo cual consideramos más adecuada la utilización de los recursos locales.

Por fortuna, debido al predominio de los problemas que he llamado universales, nos ha sido posible planear técnicamente, el programa de nuestra Organización, sin que ese proceso haya requerido el conocimiento detallado de las necesidades y programas de cada nación. No obstante, estimo que pronto se hará indispensable que en nuestras futuras reuniones, se presenten simultáneamente los programas de los países. No habrá para ello mayores obstáculos, porque en el mundo de la salud y de nuestra Organización no existen secretos. Será el primer paso de la nueva era que permitirá, con el avance de nuestras realizaciones, la planificación coordinada de la salud en América.

Nosotros los mexicanos no ignoramos, por supuesto, que tenemos problemas rezagados; nos alienta, sin embargo, lo que hemos alcanzado a pesar de que hace poco partimos de muy atrás. Nos da confianza la conmovedora respuesta de nuestras comunidades a todo intento de renovación; la abnegación de nuestro personal auxiliar y la del grupo profesional en constante superación; pero sobre todo, el desarrollo del humanismo que penetra cada vez más en la conciencia de los pueblos americanos y que nosotros percibimos al través de la realización de nuestros programas, en los cuales palpita la acción de la comunidad en un afán incontenible de inquietud creadora.

Mi gratitud por el honor que se me ha conferido de presidir esta Reunión. Mis agradecimientos al señor Director, doctor Abraham Horwitz, y al personal del secretariado por su valioso esfuerzo en hacernos más fácil la tarea de ofrecer a ustedes un ambiente agradable y en asegurar las facilidades necesarias para el mayor éxito de nuestra labor.

Estoy seguro de que nuestro trato personal favorecerá la comprensión y el afecto de nuestro grupo, como símbolo de la unidad de miras y la comunidad de sentimientos de todos los trabajadores de la salud, que buscan el bienestar y el progreso de los pueblos americanos.

DISCURSO DEL REPRESENTANTE DEL BRASIL, DR. MANOEL JOSE FERREIRA EN NOMBRE DE LAS DELEGACIONES A LA REUNION
ADDRESS BY DR. MANOEL JOSE FERREIRA, REPRESENTATIVE OF BRAZIL ON BEHALF OF THE DELEGATIONS TO THE MEETING

Al iniciarse una nueva jornada, la tradición acostumbrada -y los tiempos modernos conservan -, expresiones de bienvenida a los que llegan y agradecimientos de éstos por la acogida cordial que se les dispensa. Y en el curso de la convivencia o en el trato de los asuntos de interés común, se fumaba la pipa de la Paz, o se pasaba de boda en boda el mate de hierba, o se levantaban copas de vinos generosos, con un gesto similar al que se reproduce hoy en la solemne firma de convenios, acuerdos y tratados internacionales.

Su Excelencia, el Señor Secretario de Salubridad y Asistencia, con sus amables palabras características de la generosidad mexicana, nos abrió las puertas y nos entregó las llaves de esta tierra de cultura multiseccular, para que en ella nos pudiéramos sentir como en casa durante el curso de nuestras deliberaciones y para que nos llevemos a nuestros países los recuerdos y los frutos de una grata y útil permanencia en el hogar nacional mexicano.

Estimo que no sería suficiente ni justo limitar nuestros agradecimientos al terreno de la cortesía y gratitud por tan generosa acogida.

Los aquí reunidos, por mi voz, que es la voz de todos, estamos conscientes de ser los continuadores de un movimiento pionero que tiene ya más de 60 años de tenacidad y de acción de los trabajadores en la Salud en el Continente Americano.

La Oficina Sanitaria Panamericana es la más antigua organización internacional de Salud. No por ello nos sentimos satisfechos con admirar las conquistas del pasado, sino por el contrario, nos situamos, con valentía y decisión en la línea del frente para mantener con orgullo la tradición de nuestra vieja mansión, incorporados a todos nuestros compañeros de otros Continentes, al integrar la Organización Mundial de la Salud, pero conservando nuestros propios timbres y blasones.

Nuestro modesto nacimiento, hace más de medio siglo, llega hoy a una sólida y promisoramente madurez. Médicos con múltiples especializaciones, constituimos hoy una constelación numerosa de hombres y mujeres de múltiples niveles de formación profesional, cuyos esfuerzos contribuyen al desarrollo de la Medicina Social. Médicos, ingenieros, enfermeras, educadores, dentistas, farmacéuticos, veterinarios, biólogos, sociólogos, antropólogos y legiones de obreros de las más variadas actividades, formamos en realidad, un ejército en guerra permanente contra la enfermedad

y en lucha por la prevención, recuperación, rehabilitación y mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar físico, mental y social.

No creo traspasar los límites de la misión que me otorgaran mis compañeros del Consejo Directivo, al reafirmar que existe UNA AMERICA, llamada en los compendios de geografía, el Nuevo Continente, a pesar de las diferencias económicas, culturales e idiomáticas de las naciones que la integran.

Decía Linneo, al clasificar un vegetal difícil, que pertenecía a tal o cual familia, porque tenía el aire de familia. Nuestras naciones son diferentes entre ellas, pero América es un todo indiferenciable por su aire de familia. Por pertenecer a la familia de la Salud de las Américas, nos encontramos hoy, en 1964, en esta XV Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud y XVI Reunión del Comité Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, en las que tendremos que considerar cambios conceptuales, problemas y verdaderos desafíos que el momento histórico nos impone.

En el caso particular de nuestro Continente se evidencia este fenómeno con mayor razón, por la espectacular caída de la mortalidad en la que los factores tradicionales, el hambre y la guerra, no pueden ser responsables de

la limitación del crecimiento de la población. El hecho preocupa a sociólogos y economistas que nos señalan como responsables de tal explosión, en mi concepto, más humana y aceptable que la atómica.

En este debate debe quedar establecido que la baja de la mortalidad, derivada de los esfuerzos para la protección de la salud, puede ser y ha sido obtenida sin depender exclusivamente del desarrollo económico. Es de importancia que el asunto quede claro, pues la coincidencia de los mejores índices de salud en los países más desarrollados, paralela a la industrialización, ha creado el mito de que el desarrollo económico era la materia prima y el mejoramiento de la salud, solamente un subproducto.

El número de economistas y sanitaristas que se empeñan en armonizar el problema del desarrollo con los factores relacionados con la salud, de acuerdo a la actual coyuntura, es creciente y estimulador.

El Director de la Oficina, Dr. Abraham Horwitz, ha tomado posición en este problema, al estimular la incorporación a la política y acciones de la Organización Panamericana de la Salud de estos conceptos, que definen la salud como componente del desarrollo económico y social.

En nuestros días, a diferencia de ayer, no somos sólo los instrumentos de instituciones de caridad, de filantropía o de solidaridad humana, sino también y principalmente, los participantes de proyectos y los ejecutores de planes de desarrollo económico-social, responsables de programas autónomos y coordinados con los planes generales de desarrollo de los Gobiernos a los cuales servimos.

Esta nueva posición, alcanzada a través de los éxitos de la investigación científica, con la aparición de los antibióticos, de la quimioterapia, de nuevas vacunas, de insecticidas de acción residual, de métodos de diagnóstico precoz y de masa, ha traído, como contrapartida, nuevas y mayores responsabilidades de las que tenemos plena conciencia.

La salud, como inversión económica, exige resultados que no pueden limitarse a relatar lo que hemos hecho, sino que es necesario evaluar la realización de los objetivos propuestos.

Esta nueva responsabilidad exige una vigilancia permanente en los métodos técnicos y administrativos de trabajo, a la par de un continuo conocimiento de la evolución de la ciencia sanitaria.

Estas reuniones de organismos directivos de salud pública no son, pues, encuentros de naturaleza académica. Muy por el contrario, sus reflejos y recomendaciones son de importancia decisiva para la actuación de los organismos nacionales que, en sistema de vasos comunicantes, encuentran en nuestras Américas su centro vital en la Organización Panamericana de la Salud, Comité Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud y en los organismos bilaterales y multilaterales de asistencia.

Es con ese espíritu de comprensión y colaboración que estamos ahora reunidos en esta noble tierra mexicana, avanzada de una civilización que se pierde en los albores de la historia del hombre.

Al Sr. Secretario de Salud y Asistencia, Dr. José Alvarez Amézquita, que nos recibe en nombre del Gobierno y del pueblo mexicano, solo podemos decirle, en nombre de los Representantes de los Gobiernos que asisten a esta Reunión, que estamos satisfechos de haber cruzado nuestras fronteras, porque nos sentimos en nuestra tierra, en nuestro hogar y junto a nuestra gran familia americana. En nombre de todos, muchas y muchas gracias.

DISCURSO DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA,
DR. ABRAHAM HORWITZ
ADDRESS BY DR. ABRAHAM HORWITZ, DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN
SANITARY BUREAU

Los propósitos que nos guían nos ligan indisolublemente a los seres humanos y a su condición -- a sus sentimientos y a sus afanes de progreso, a sus peligros y a sus luchas por existir y no tan sólo por sobrevivir. Porque nuestros principios son universales, tenemos una concepción holística de la vida que se refleja en nuestros esfuerzos "para que cada ser humano viva más y más abundantemente". En esencia, lo que cada hombre persigue es una armonía consigo mismo, con la sociedad de la que forma parte y con la Naturaleza. En la medida que la obtenga ha de modificar los juicios de valor para caracterizar su tiempo y las actitudes y la conducta de sus congéneres. Ha de percibir con mayor claridad, mientras más culto sea, que cada ser humano-- como lo han señalado pensadores eminentes -- representa a la humanidad. Lo que no significa que no sean diferentes en materia de inteligencia, de experiencia, de inventiva, de espíritu de empresa y de bondad. Por ello, sus lealtades deben ir más allá de los lazos de sangre y de tierra y adquirir un sentido ecuménico, vale decir, hacia todo el género humano.

Concordamos con aquellos que sostienen la necesidad de crear un renacimiento del humanismo, de orden moral, cuyo tema permanente sean los seres humanos y su vida plena.

Porque son el objeto, el fin y la medida de todas las cosas, éstas deben estar a su servicio. Han de revertirse los símbolos de progreso porque no pueden seguir siendo las máquinas o, las plantas de acero, como lo señala Schultze, las expresiones más conspicuas del mismo. Ni tampoco puede girar toda la vida en sociedad y el bienestar alrededor de la producción y de la productividad. Ni percibir el futuro sólo en términos de crecimiento del ingreso; ni formar el aumento de las poblaciones a los dictámenes de la economía.

No concebimos el desarrollo sino en términos de un bienestar auténtico de los hombres que, como lo señalara el Dr. Mora, son sus únicos protagonistas y beneficiarios. Procede humanizar el desarrollo, lo que equivale a poner al servicio real de los seres humanos los progresos de la ciencia y de la técnica que ellos han creado. Reconocemos que para que esta proposición sea viable, hay que modificar substancialmente las estructuras y los valores de las sociedades de hoy. Y éste es un proceso evolutivo que no quisiéramos se realizara sobre la base de un conflicto de generaciones, en especial, del sacrificio de una por la felicidad hipotética de las que vendrán.

Porque procuramos comprender y penetrar en la realidad de nuestro medio, estamos conscientes que para cumplir nuestras

responsabilidades directas, cuales son las de la salud como un servicio social, debemos armonizar sus técnicas y sus métodos con todos aquellos que promueven el bienestar y el desarrollo. Y esta tesis envuelve un sacrificio espiritual para los técnicos en salud quienes, por la esencia de sus funciones, no debieran discriminar y se ven obligados a hacerlo al establecer prioridades para invertir recursos men- guados en necesidades apremiantes. Pero al hacerlo no dejan de señalar que la situación no es racional y que las socieda- des tienen la obligación moral, tanto en el sector público como en el privado de su economía, de evitar la muerte y de prevenir las enfermedades, particularmente cuando hay una sólida experiencia vigente. Han tenido necesidad de estimu- lar un debate sobre el significado real de dicha función en términos de los juicios de valor actuales, los que, como lo señaláramos, tienden a hacer predominar la producción de las cosas sobre el bienestar de los hombres. Han tenido que des- tacar en su análisis que no hay desarrollo sin inventiva, co- nocimientos y sentido de responsabilidad y que las inversio- nes más reproductivas son aquellas que se hacen en seres hu- manos, en su salud y en su educación. Aún recurriendo a los símbolos del progreso material, han mostrado que éste pierde totalmente su significado si no depende de la capacidad de crear, de invertir, de producir y de consumir de los hombres. Más aún, han reconocido los técnicos en salud que los fondos que se destinan para prevenir y tratar las enfermedades

representan una verdadera inversión y no un gasto e influyen a la economía en forma directa y no tan sólo marginal, aunque no hayan recurrido todavía al método científico para demostrarlo. Ha llegado el momento de formular una teoría económica de la salud cuyos postulados han de reforzar los argumentos morales que presiden los dictámenes de una sociedad sana.

Estas ideas han adquirido especial notoriedad con motivo del Decenio del Desarrollo de las Naciones Unidas y los postulados del Acta de Bogotá y de la Carta de Punta del Este en las Américas. Se ha reconocido en esos documentos, en los que culmina una larga gestación de pensamientos y acciones de intención social, el significado de la salud como un servicio de las sociedades para sus miembros. Se han diferenciado los problemas de mayor frecuencia y se han enunciado metas por cumplir en el Decenio. Se ha propuesto como método a largo plazo la planificación de las acciones preventivas y curativas así como las de fomento de la salud, armónicamente con las del desarrollo económico. Se ha aceptado que para realizar algunas de ellas los recursos nacionales deben complementarse con capitales del exterior. El financiamiento de los servicios de agua en centros urbanos destaca en este sentido gracias a la obra señera del Banco Interamericano de Desarrollo.

Sin embargo, al distribuir el ingreso nacional, puede decirse de una manera general que los Ministerios de Salud no han contado con los fondos necesarios para sus problemas inmediatos ni han visto incrementar su presupuesto en proporción al crecimiento de las poblaciones.

Por ello, hay consenso en redoblar los esfuerzos para mostrar, en relación de causa a efecto, las consecuencias de una falta de inversión progresiva en salud. A la vez, procede destinar u orientar los recursos totales de cada país -- cualesquiera las instituciones de que proceden -- hacia aquellos objetivos que han de reflejarse en una reducción de la incidencia de las enfermedades más frecuentes y en una prolongación de la vida.

A riesgo de simplificar en exceso lo que es evidentemente muy complejo, nos atrevemos a decir que se observa en las Américas una tendencia a tratar ciertos problemas de carácter económico y social con un criterio regional. Son públicos y notorios los enunciados, y aun las realizaciones, sobre una integración económica y una interdependencia política. Este movimiento coincide con el que se observa en otras regiones del mundo y revela un convencimiento sobre los beneficios que puede obtener cada país de sus relaciones con otros para complementar sus deficiencias en recursos indispensables y estimular el intercambio de sus riquezas naturales y de sus productos. El proceso no se está

realizando con la velocidad que las circunstancias sociales lo reclaman, si bien mucho se ha hecho, en especial para establecer los fundamentos legales y estructurales y crear una atmósfera de confianza recíproca.

Los técnicos en salud pueden reclamar en este sentido una auténtica prioridad. Desde hace 62 años vienen analizando y resolviendo problemas prevalentes, de cada país o de naturaleza internacional, en un ambiente de comprensión, de respeto por las ideas y en un afán generoso de ayudarse mutuamente. Ha sido la Organización Panamericana de la Salud el foro en el cual se ha determinado la política, los métodos y procedimientos seguidos por la Oficina Sanitaria Panamericana para asesorar a los Gobiernos en la medida que éstos lo determinan. Al crearse la Organización Mundial de la Salud en 1946, aumentó substancialmente sus posibilidades y proyecciones en una identidad de propósitos que se reflejan en servicios crecientes a los habitantes del Continente. Lo que es digno de destacar es la continuidad de la obra durante este siglo, sin que en ella hayan influido las vicisitudes políticas de las Américas. Debemos confiar en que el esfuerzo no sólo ha de permanecer incólume sino enriquecerse con la experiencia y proyectarse en obras de bien común, cada vez de mayor envergadura, gracias a la acción conjunta de las Organizaciones.

En las reuniones de los Cuerpos Directivos, los Representantes de los Gobiernos analizan lo que se ha hecho, los resultados obtenidos, las modificaciones de la política, tanto general como específica, que derivan de esas experiencias y lo que procede hacer en el futuro. Se determinan también los nuevos campos de acción a tono con las tendencias del desarrollo económico y social y las características de los problemas de salud de mayor incidencia. En el programa de trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana, para un período determinado, se diferencia la asesoría para la solución directa de problemas de salud de aquella relacionado con el mejoramiento de las estructuras, con la organización y administración de los Servicios de Salud en cada país. La formación de profesionales y auxiliares indispensables y la investigación científica.

Gracias a la tradicional comprensión del Gobierno de México hacia la colaboración internacional, se celebra a partir de hoy la XV Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, XVI Reunión del Comité Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Los problemas que se analizarán son de trascendencia inmediata y futura para las Américas. Se mostrarán con un sentido histórico y pragmático, definiéndose, del consenso de opiniones, las medidas que procede tomar, en el seno de cada país y por parte de las Organizaciones, para

progresar hacia una mejor salud de los habitantes. El ambiente es singular. Exhibe México en materia de salud grandes realizaciones que revelan vigor, audacia de concepciones y métodos, que son inusitados y un sentimiento humanitario hacia las poblaciones más necesitadas del medio rural, aquellas que han permanecido al margen de las corrientes del progreso y de los beneficios sociales. Los éxitos logrados, que son muchos, se reflejan en la disminución de los índices de mortalidad y morbilidad y en el aumento de la expectativa de vida. Es la obra del Gobierno, de su Excelencia, el Sr. Presidente de la República, Licenciado Adolfo López Mateos y de su muy distinguido Secretario de Salubridad y Asistencia, Dr. Alvarez Amézquita. Es una obra en la que hondas raíces culturales asimilan los resultados de la ciencia y de la técnica modernas que convienen a la manera de vivir de los habitantes del país. Se ha logrado así una admirable armonía entre la tradición y el progreso.

Por eso decimos que el ambiente para esta Reunión de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud en las Américas no puede ser más propicio ni estimulante. Ha de permitir, en un clima cordial, el debate de cuestiones que afectan a muchos millones de personas. Y ha de ser la visión de ellas y sus sentimientos, la urgencia de mejorar sus condiciones de vida, lo que prevalecerá en el espíritu de los distinguidos Representantes de

los Gobiernos. Porque, precisamente, los propósitos que nos guían nos ligan indisolublemente a los seres humanos y a su condición.

INAUGURACION DE LA REUNION POR EL SR. SECRETARIO DE RELACIONES EXTERIORES, SR. JOSE GOROSTIZA, EN REPRESENTACION DEL EXCELENTISIMO SEÑOR PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS; LICENCIADO ADOLFO LOPEZ MATEOS

OPENING OF THE MEETING BY THE MINISTER OF FOREIGN AFFAIRS, JOSE GOROSTIZA, REPRESENTING HIS EXCELLENCY THE PRESIDENT OF THE REPUBLIC OF MEXICO, ADOLFO LOPEZ MATEOS

El Secretario de Relaciones Exteriores Sr. José Gorostiza, en representación del Sr. Presidente de la República de los Estados Unidos Mexicanos, Lic. Adolfo López Mateos, declara inaugurada la XV Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, XVI Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.

Se levanta la sesión a la 1:00 p.m.
The session rose at 1:00 p.m.

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XV Reunión

México, D.F.

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



XVI Reunión

Lunes, 31 de agosto de 1964, a las 9:30 a.m.
Monday, 31 August 1964, at 9:30 a.m.

CD15/34
1 septiembre 1964
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA PRIMERA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE FIRST PLENARY SESSION

Presidente Provisional: Dr. Alfonso Boniche Vásquez Nicaragua
Acting President:

Presidente: Dr. José Alvarez Amézquita México
President:

Indice
Contents

Tema 1: Inauguración de la Reunión
Item 1: Opening of the Meeting

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Actas (Oficina 522, quinto piso) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto, dentro de las 48 horas siguientes a su distribución. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify the Minutes Service (Room 522, fifth floor) within 48 hours after distribution, of any changes they wish to have made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the Meeting.

Indice (Cont.)
Contents (Cont.)

- Tema 2: Nombramiento de la Comisión de Credenciales
Item 2: Establishment of the Committee on Credentials
- Primer Informe de la Comisión de Credenciales
First Report of the Committee on Credentials
- Tema 3: Elección del Presidente y dos Vicepresidentes
Item 3: Election of the President and two Vice-Presidents
- Designación del Representante del Brasil, Dr.
Manoel José Ferreira, para intervenir en la
Sesión Inaugural en nombre de las Delegaciones
Designation of the Representative of Brazil, Dr.
Manoel José Ferreira, as the spokesman for the
Delegations at the Inaugural Session
- Tema 4: Adopción del programa de temas
Item 4: Adoption of the Agenda
- Tema 5: Constitución de la Comisión General
Item 5: Establishment of the General Committee
- Tema 6: Informe Anual del Presidente del Comité Ejecutivo
Item 6: Annual Report of the Chairman of the Executive
Committee

TEMA 1: INAUGURACION DE LA REUNION
ITEM 1: OPENING OF THE MEETING

El PRESIDENTE PROVISIONAL declara abierta la sesión y agradece el honroso cargo que le ha sido conferido para ocupar la presidencia provisional en ausencia del Dr. Javier Arias Stella, del Perú. Hace presentes sus cordiales saludos al pueblo mexicano, cuyo espíritu y acción ~~dice~~ son ejemplo vivo para los pueblos de América y transmite al Presidente de México, Lic. Adolfo López Mateos; al Presidente electo, Lic. Gustavo Díaz Ordaz, y al Secretario de Salubridad y Asistencia, Dr. José Alvarez Amézquita, iguales expresiones del Presidente de Nicaragua, Dr. René Schick. Por último, saluda, en nombre del pueblo y del Gobierno de Nicaragua, a las delegaciones que asisten a la Reunión.

Señala a continuación su convencimiento de que buen número de las resoluciones que se adoptan en estas reuniones se traducen en inmediatos beneficios para los países y que hay otras que, por lo menos, sirven para formar conciencia de los problemas existentes, contribuyendo así a su solución. Cita como ejemplo el programa de bienestar rural que aun cuando no ha cristalizado plenamente todavía, hay la evidencia de su necesidad.

Termina haciendo votos por el mayor éxito de la reunión.

TEMA 2: NOMBRAMIENTO DE LA COMISION DE CREDENCIALES
ITEM 2: ESTABLISHMENT OF THE COMMITTEE ON CREDENTIALS

El PRESIDENTE PROVISIONAL anuncia que, de acuerdo con el orden del día, el tema siguiente es el relativo al nombramiento de la Comisión de Credenciales.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al Artículo 24 del Reglamento Interno del Consejo Directivo, que se refiere al nombramiento de la Comisión de Credenciales.

El PRESIDENTE PROVISIONAL sugiere que dicha Comisión quede integrada por los Representantes de la Argentina, Guatemala y Colombia.

Decisión: Por unanimidad se designa a los Representantes de la Argentina, Guatemala y Colombia para integrar la Comisión de Credenciales.

/Decision: The Representatives of Argentina, Guatemala, and Colombia were unanimously elected to form the Committee on Credentials.

El PRESIDENTE PROVISIONAL sugiere que se suspenda la sesión para que la Comisión de Credenciales pueda reunirse inmediatamente y presentar el informe correspondiente.

Así se acuerda.
It was so agreed.

Se suspende la sesión a las 9:35 a.m.
y se reanuda a las 10:30 a.m.
The session was recessed at 9:35 a.m.
and resumed at 10:30 a.m.

PRIMER INFORME DE LA COMISION DE CREDENCIALES
FIRST REPORT OF THE COMMITTEE ON CREDENTIALS

El Dr. AGUILAR (Guatemala), en su carácter de Relator de la Comisión de Credenciales, da lectura al primer informe de dicha Comisión, que dice así:

"La Comisión de Credenciales, constituida en la primera sesión plenaria, e integrada por el Dr. Victorio Vicente Olguín (Argentina), Presidente; el Dr. Francisco J. Aguilar (Guatemala), Relator; y el Dr. Roberto Acosta Borrero (Colombia), celebró su primera sesión el día 31 de agosto de 1964, a las 9:45 a.m.

La Comisión examinó y encontró aceptables las credenciales de los Representantes, Suplentes y Asesores de los siguientes países: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, El Salvador, Estados Unidos de América, Francia, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Reino de los Países Bajos, Reino Unido, República Dominicana, Trinidad y Tabago, Venezuela, y la del Observador del Canadá.

Asimismo, fueron aceptadas las credenciales de las siguientes organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales que han designado observadores: Organización de los Estados Americanos, Oficina Internacional del Trabajo y Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

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

Decisión: Se aprueba por unanimidad y sin modificación alguna el primer informe de la Comisión de Credenciales.

Decision: The first report of the Committee on Credentials was unanimously approved without change.

TEMA 3: ELECCION DEL PRESIDENTE Y DOS VICEPRESIDENTES
ITEM 3: ELECTION OF THE PRESIDENT AND TWO VICE-PRESIDENTS

El PRESIDENTE PROVISIONAL anuncia que se va a proceder a la elección del Presidente y de dos Vicepresidentes.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura a los artículos del Reglamento Interno pertinentes a esta elección.

Dr. TERRY (United States of America) nominated Dr. José Alvarez Amézquita, Secretary of Health and Welfare of Mexico, as President of the XV Meeting of the Directing Council.

El Sr. SEPULVEDA (Chile) apoya la propuesta del Representante de los Estados Unidos de America.

En vista de que no hay más que una candidatura, el PRESIDENTE PROVISIONAL la somete a votación directa

There being only one nomination, the ACTING PRESIDENT called for a direct vote

Decisión: Por unanimidad queda elegido Presidente del Consejo Directivo el Representante de México, Dr. José Alvarez Amézquita, Secretario de Salubridad y Asistencia.

Decision: The Representative of Mexico, Dr. José Alvarez Amézquita, Secretary of Health and Social Welfare, was unanimously elected President of the Directing Council.

El Dr. Alvarez Amézquita pasa a ocupar la Presidencia
Dr. Alvarez Amézquita took the Chair

El PRESIDENTE expresa su agradecimiento por el honor que le ha sido conferido y seguidamente invita a los Representantes a que propongan candidaturas para los cargos de dos Vicepresidentes de la Reunión.

El Dr. FERREIRA (Brasil) propone como Vicepresidentes al Dr. Dionisio González Torres, Ministro de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay y al Dr. Bienvenido A. Delgado Billini, Secretario de Estado de Salud y Previsión Social de la República Dominicana.

Decisión: Por unanimidad quedan elegidos Vicepresidentes del Consejo Directivo el Dr. Dionisio González Torres, Ministro de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, y el Dr. Bienvenido A. Delgado Billini, Secretario de Estado de Salud y Previsión Social de la República Dominicana.

Decision: The Representative of Paraguay, Dr. Dionisio González Torres, Minister of Public Health and Social Welfare, and the Representative of the Dominican Republic, Dr. Bienvenido A. Delgado Billini, Secretary of State for Public Health and Social Welfare, were unanimously elected Vice-Presidents of the Directing Council.7

DESIGNACION DEL REPRESENTANTE DEL BRASIL, DR. MANOEL JOSE FERREIRA, PARA INTERVENIR EN LA SESION INAUGURAL EN NOMBRE DE LAS DELEGACIONES

DESIGNATION OF THE REPRESENTATIVE OF BRAZIL, DR. MANOEL JOSE FERREIRA, AS THE SPOKESMAN FOR THE DELEGATIONS AT THE INAUGURAL SESSION

El PRESIDENTE propone que el Dr. Manoel José Ferreira, Representante del Brasil, haga uso de la palabra en nombre de las Delegaciones, en la solemne Sesión Inaugural de la Reunión.

Así se acuerda.
It was so agreed.

TEMA 4: ADOPCION DEL PROGRAMA DE TEMAS
ITEM 4: ADOPTION OF THE AGENDA

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da cuenta del proyecto de programa de temas que figura en el Documento CD15/1, Rev.1.

El Dr. MOTEZUMA (Venezuela) sugiere que se suprima del programa el Tema 10 (Procedimiento para la admisión de nuevos miembros), ya que no hay en la actualidad ninguna solicitud pendiente de resolución.

El Dr. AGUILAR (Guatemala) se adhiere a la sugerencia del Representante de Venezuela, abundando en las mismas razones.

El PRESIDENTE, recogiendo las manifestaciones anteriores, declara que, como no hay en la actualidad ninguna solicitud de ingreso, no existe razón que justifique la inclusión del tema en el programa de la Reunión. Además, el Consejo Directivo (o la Conferencia) tiene facultades para resolver sobre la admisión de nuevos miembros en la Organización.

El Dr. ALONSO (Cuba) propone que se incluya en el programa el tema "Puntos de vista sobre el otorgamiento de becas de la Oficina Sanitaria Panamericana", sobre el cual anuncia que presentará oportunamente el documento para discusión.

El Dr. QUIROS (Perú) indica que durante la última

reunión del Comité Ejecutivo se adoptó como recomendación la propuesta de que algunos temas fuesen examinados brevemente o bien eliminados del programa, por lo que considera sería conveniente estudiar primero el Informe del Comité Ejecutivo, y luego revisar el programa de temas.

El PRESIDENTE somete a votación la proposición del Dr. Motezuma (Venezuela) para la supresión del Tema 10 "Procedimiento para la admisión de nuevos miembros", que queda aprobada por unanimidad.

The proposal of Dr. Motezuma (Venezuela) to delete Item 10 "Procedure for the admission of new members" was put to a vote and was unanimously approved.

Seguidamente el PRESIDENTE somete a votación la propuesta del Dr. Alonso (Cuba) sobre la inclusión del tema "Puntos de importancia a considerar sobre el otorgamiento de becas por la Oficina Sanitaria Panamericana", que también queda aprobado por unanimidad.

The PRESIDENT then put to a vote the proposal of Dr. Alonso (Cuba) to include the item "Important aspects of the award of fellowships by the Pan American Bureau", which was also unanimously approved.

El PRESIDENTE sugiere que la propuesta del Dr. Quirós (Perú) se considere al tratar el Tema 36 titulado "Estudio de la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana" (Documento CD15/26).

Así se acuerda.
It was so agreed.

Decisión: Por unanimidad se aprueba el proyecto de programa de temas contenido en el Documento CD15/1, Rev. 1, con las enmiendas propuestas por los Representantes de Venezuela y Cuba.

Decision: The agenda contained in Document CD15/1; Rev. 1 was unanimously adopted with the amendments proposed by the Representatives of Venezuela and Cuba. /

TEMA 6: INFORME ANUAL DEL PRESIDENTE DEL COMITE EJECUTIVO
ITEM 6: ANNUAL REPORT OF THE CHAIRMAN OF THE EXECUTIVE
COMMITTEE

EL Dr. QUIROS (Perú), en su calidad de Presidente del Comité Ejecutivo, presenta el Informe Anual de dicho Cuerpo Directivo, que abarca el período comprendido entre septiembre de 1963 y abril de 1964, durante el cual celebró sus 49a y 50a reuniones.

Después de una escueta referencia a los participantes en las reuniones mencionadas -es de señalar que a ellas concurrieron todos sus miembros- y a sus respectivos programas de temas, el Informe presenta un resumen de las deliberaciones y acuerdos del Comité Ejecutivo clasificados por asuntos.

En primer lugar, hace referencia a la racionalización administrativa, respecto de la cual encomendó al Director que prosiga e informe sobre el tema al Comité Ejecutivo en su 52a Reunión. Seguidamente, trata del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1965 y destaca que debido al atraso existente en el pago de las cuotas, se está operando en la práctica con un 15% o 20% menos de las cantidades asignadas, lo que dificulta la tarea del Director para llevar a cabo los programas presupuestados. Por esta razón, la Delegación del Gobierno de los Estados Unidos de América, se abstuvo de aprobar el proyecto, reservando

su decisión para el Consejo Directivo. El Comité Ejecutivo recomienda fijar el nivel del presupuesto de la Organización en la cantidad de \$7.190.000.

El Comité Ejecutivo al examinar el Informe Financiero del Director y del Auditor Externo correspondientes a 1963, tomó nota de los mismos y dedicó particular atención a la grave situación financiera que crea el problema de la recaudación de las cuotas, no obstante haber ésta mejorado. El Comité Ejecutivo decidió recomendar al Consejo Directivo la adopción de una enmienda a la Constitución en los siguientes términos:

"Si un Gobierno deja de cumplir sus obligaciones financieras para con la Organización para la fecha de inauguración de la Conferencia Sanitaria Panamericana o del Consejo Directivo, por tener atrasos que excedan del importe de las cuotas correspondientes a dos años completos, se suspenderán los privilegios de voto de dicho Gobierno. Sin embargo, la Conferencia o el Consejo Directivo podrán permitir que dicho miembro vote si consideran que la falta de pago se debe a condiciones fuera del control del Gobierno."

Al propio tiempo, y por resolución especial, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 28 de la Constitución, encomendó al Director que transmita a los Gobiernos Miembros la resolución sobre la recaudación de las cuotas en la que se propone dicha enmienda constitucional.

El Comité Ejecutivo consideró detenidamente los temas relativos a las Segundas Reuniones Anuales del Consejo Interamericano Económico y Social y al informe sobre el estado actual del programa de abastecimiento de agua y bienestar rural. En relación con ellos ha recomendado al Consejo Directivo que adopte las correspondientes resoluciones en las cuales se señalan las acciones a emprender en el futuro.

En cuanto al Fondo Rotatorio de Emergencia, a las enmiendas al Reglamento del Personal, a los preparativos para la XV Reunión del Consejo Directivo y a las Discusiones Técnicas, el Comité Ejecutivo tomó nota de los informes presentados. Además, aprobó el Anteproyecto de Programa de Temas para la mencionada reunión del Consejo Directivo al que añadió tres temas. Dos de éstos fueron objeto de especial consideración por parte del Comité Ejecutivo. En relación con la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana, además de encomendar al Director que prosiga su estudio, le sugirió la conveniencia de presentar un informe preliminar a la XV Reunión del Consejo Directivo. En cuanto al adiestramiento de personal auxiliar, a instancias del señor Representante de México, el Comité Ejecutivo recomendó al Consejo Directivo un proyecto de resolución. El tercer tema añadido al anteproyecto de programa mencionado es el estudio de las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud así como otros organismos gubernamentales.

El Informe declara que "... sería conveniente, para hacer más corto el Temario del Consejo, que éste simplemente tomara nota de las resoluciones emitidas por el Comité, y de sus deliberaciones sobre el particular, que oportunamente han llegado a los señores Representantes de los países, especialmente aquellos que son de rutina, solicitando al Presidente del Comité Ejecutivo, con motivo de la presentación de este Informe, todas aquellas aclaraciones que se estime por conveniente, con lo que, evidentemente, se acortaría considerablemente el Temario y se daría a las deliberaciones del Comité un valor realmente ejecutivo, que esté de acuerdo con su propia denominación".

El Dr. BUSTAMANTE (México) felicita al Dr. QUIROS (Perú) por el excelente informe de que acaba de dar lectura, y que considera que es el mejor presentado en cualquier reunión hasta ahora. Agrega que en él se ha puesto de manifiesto que el Comité Ejecutivo cumplió con las recomendaciones que le fueron formuladas, y hace extensiva esta felicitación a todos los miembros del Comité.

Decisión: Por unanimidad se acuerda aprobar el Informe Anual del Comité Ejecutivo (Documento CD15/24) y felicitar a su Presidente, Dr. Carlos Quirós Salinas, Representante del Perú, junto con los miembros del Comité, por la labor realizada.

/Decision: It was unanimously agreed to approve the Annual Report of the Executive Committee (Document CD15/24) and to commend its Chairman, Dr. Carlos Quirós Salinas, Representative of Peru, and the other members of the Committee for the work accomplished.

Se levanta la sesión a las 11:20 a.m.
The session was adjourned at 11:20 a.m.

directing council



PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XV Meeting

regional committee

WORLD
HEALTH
ORGANIZATION

XVI Meeting



Mexico, D. F.

Monday, 31 August 1964, at 9:30 a.m.

CD15/34 (Eng.)
CORRIGENDUM
5 October 1964
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE FIRST PLENARY SESSION

Page 7, fourth paragraph:

1. Replace the statement made by the Representative of Chile by the following:

"El Sr. FERNANDEZ (Chile) apoya la propuesta del Representante de los Estados Unidos de América y pide que sea aprobada por aclamación."

2. Delete the paragraph starting with the words "There being only..." and ending with "...a direct vote

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD
XV Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



XVI Reunión

México, D. F.

Lunes, 31 de agosto de 1964, a las 3:30 p.m.
Monday, 31 August 1964, at 3:30 p.m.

CD15/35

2 septiembre 1964

ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA SEGUNDA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE SECOND PLENARY SESSION

Presidente: Dr. José Alvarez Amézquita México
President:

(Después): Dr. Dionisio González Torres Paraguay
(Later):

Indice
Contents

Tema 7: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento Oficial No. 56)

Item 7: Annual Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau (Official Document No. 56)

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Actas (Oficina 522, quinto piso) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto, dentro de las 48 horas siguientes a su distribución. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify the Minutes Service (Room 522, fifth floor) within 48 hours after distribution, of any changes they wish to have made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the Meeting.

TEMA 7: INFORME ANUAL DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA
PANAMERICANA
ITEM 7: ANNUAL REPORT OF THE DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN
SANITARY BUREAU

El PRESIDENTE declara abierta la sesión y anuncia que el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Dr. Horwitz, procederá a presentar el Informe Anual.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) comienza señalando que el Informe Anual de la Oficina Sanitaria Panamericana revela las actividades de los Gobiernos con respecto a determinados problemas de salud que son frecuentes en las Américas y para cuya solución han estimado necesaria la asesoría de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud y que ésta ha sido, como es ya tradicional, de carácter complementario y no substitutivo, porque sigue vigente el espíritu de quienes crearon dichos organismos en el curso de este siglo, al servicio de los pueblos por intermedio de los Gobiernos.

El Informe contiene 394 proyectos los que, de acuerdo con la clasificación del presupuesto por programas, pueden distribuirse como sigue: 147 sobre protección de la salud que se refieren a enfermedades transmisibles y saneamiento del medio; 130 sobre fomento de la salud que comprenden servicios generales y programas específicos; y 117 relativos a educación y

adiestramiento, y que se refieren esencialmente a la asesoría prestada a instituciones docentes. En todos estos proyectos es posible diferenciar las áreas de planificación y ejecución, de formación de personal y de investigaciones. El análisis de dichos proyectos es el objeto principal del Informe, el cual consta de las siguientes partes: una introducción, en la que se presenta una visión de conjunto del trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; una descripción de los problemas fundamentales de la salud, así como de los instrumentos utilizados para resolverlos, que ha sido parte de la labor realizada; y una tercera sección, en la que se presenta, en forma resumida, cada proyecto, y se indica su objetivo, duración, la colaboración prestada, así como la labor realizada.

El Director invita a los Representantes a formular comentarios y sugerencias, que estima son indispensables para interpretar, en forma cada vez más apropiada, la política de la Organización, perfeccionar los métodos de cooperación y rendir servicios más adecuados a los habitantes del Continente. Con este propósito, se ha hecho todo lo posible para que el Informe fuera enviado a los Gobiernos un mes antes de comenzar la reunión del Consejo Directivo, como señala el Reglamento Interno respectivo.

Al formular algunas observaciones derivadas de la experiencia adquirida por los funcionarios de la Organización en un programa tan diversificado como el que se presenta, señala que una de las características comunes a todos los países en desarrollo del Continente, en materia de salud individual y colectiva, es que no se aplican los conocimientos científicos, desde hace tiempo probados en sociedades tecnológicamente avanzadas. Basta sólo observar las estadísticas vitales y sanitarias relacionadas con las tendencias de la morbilidad y la mortalidad en las Américas, para darse cuenta que, si bien son incompletas e insuficientes, revelan que hay grandes posibilidades de aplicar las técnicas de prevención de enfermedades transmisibles y de otra etiología o de limitación de su extensión. Se trata, en síntesis, del desnivel entre lo que se sabe y no se aplica o se aplica en forma deficiente. Aún figuran, entre las diez primeras causas de mortalidad de los países del Continente, enfermedades respecto de las cuales las investigaciones han permitido encontrar métodos de gran eficacia biológica. A pesar de los progresos evidentes que se han realizado en el curso del siglo, en el control de las pestilencias y de otras enfermedades transmisibles, su incidencia es aún muy elevada y se refleja particularmente en los grupos vulnerables de la población, entre los que destacan los menores de cinco años. La situación se complica porque en algunos países donde se ha logrado reducir substancialmente la incidencia, o incluso eliminar una enfermedad, como es el

caso de la viruela, al cabo de cierto tiempo se ha comprobado la reaparición de casos autóctonos porque no se han mantenido las normas.

El problema se explica, desde luego, por un financiamiento insuficiente para atender las necesidades del país, lo que se refleja fundamentalmente en una formación lenta de profesionales y auxiliares y una inadecuada adquisición de elementos indispensables. De ahí que la cobertura del territorio nacional con servicios de salud sea sólo parcial, dejando al margen de los beneficios de la medicina pública o privada a grandes sectores de la población, y en especial a los del medio rural. Procede intensificar los estudios ya iniciados por la Organización Mundial de la Salud, a fin de conocer las inversiones totales que los países efectúan para proteger, fomentar y reparar la salud. Existe la impresión de que si se considera el crecimiento de las poblaciones, el poder adquisitivo de la moneda y el aumento del costo de los elementos fundamentales, el incremento de la inversión por persona, donde se ha producido, ha sido limitado. Además de proporcionar una información muy valiosa, dichos estudios revelarán la importancia de planificar salud y desarrollo en el sector público de la economía.

Digno de destacar es el interés que han mostrado los Gobiernos y la Organización en 1963, por abordar el problema rural del Continente, que afecta más o menos a 100 millones

de personas que viven en comunidades de 2.000 habitantes o menos, salvo en los países de mayor extensión geográfica. El propósito del análisis ha sido esencialmente humanitario, como es el de incorporar a la vida civilizada a grandes grupos de población marginal, de tal suerte que puedan producir y consumir, invertir y crear. Con criterio realista, se ha señalado que no puede resolverse la situación de las comunidades rurales sobre la base exclusiva de los aportes del Estado, y una actitud pasiva de los habitantes en espera de que el progreso llegue a su medio. Se ha reconocido la calidad intrínseca de esos seres humanos y se ha observado, en programas limitados, su actitud de cooperación, cuando son bien motivados, para realizar obras de bien común. En el campo de la salud, posiblemente la iniciativa de mayor trascendencia fue la de la Oficina Sanitaria Panamericana, acogida por la Reunión de Ministros de Salud, en abril de 1963, y por la XIV Reunión del Consejo Directivo, destinada a abordar el problema en forma progresiva, por medio de un Fondo Especial de Bienestar Rural. Las Segundas Reuniones Anuales del Consejo Interamericano Económico y Social dieron su respaldo a la proposición y definieron las funciones que correspondían al Banco Interamericano de Desarrollo y a la Organización para llevarla a la práctica. De la situación actual de este Programa y de los progresos realizados en sus aspectos técnicos, financieros y sociales, se dará cuenta más adelante.

El problema rural ha puesto de relieve, dada su urgencia, la necesidad de examinar la formación de profesionales y auxiliares en las diversas disciplinas de la salud. Se estima en general que es ilusorio pretender mejorar las condiciones de salud y de vida de los habitantes rurales, e incluso del medio suburbano de los países, con los esquemas que han puesto en práctica las sociedades tecnológicamente avanzadas. No se cuenta con el número indispensable de profesionales, y los que sirven al Estado no están bien remunerados ni se están formando en el número necesario para remediar las deficiencias actuales y las que crean el aumento de las poblaciones. Algunos ensayos efectuados en el Continente revelan que es posible organizar una atención más sistemática para los núcleos alejados y aún dispersos mediante una adecuada regionalización que permita definir las responsabilidades de técnicos y de servicios y, especialmente, formar auxiliares, teniendo en cuenta no sólo lo que pueden hacer, sino lo que no deben hacer. El asunto será analizado especialmente en esta reunión. Por el momento sólo quisiéramos anticipar que no parece que en la América Latina haya necesidad de rebajar el nivel de las profesiones, particularmente de la medicina, para resolver problemas que son en realidad, apremiantes. Es posible que se logren efectos comparables al determinar las responsabilidades y coordinar la acción de los diversos técnicos.

Ahora bien, el hecho de que no se apliquen los conocimientos y las técnicas para prevenir y tratar enfermedades frecuentes en la América Latina no se explica sólo por la falta

de financiamiento. No se utilizan debidamente los recursos existentes, tanto los de carácter humano como los de orden material. Desde luego, no siempre los problemas están definidos en términos de prioridades, cualesquiera que sean los criterios que se empleen con este fin. Esta situación es una de las que más justifica la planificación en materia de salud. En el Informe se señala la labor que los Gobiernos han realizado desde la firma de la Carta de Punta del Este, donde se reconoció la importancia que la planificación a largo plazo tiene para resolver problemas de salud. Se detallan las actividades de formación de técnicos, tanto en el Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social, como en la Universidad de Johns Hopkins y en los diversos países. Se detalla asimismo la asesoría prestada a diversos Gobiernos en la organización de oficinas de planificación en los Ministerios de Salud, en la promulgación de la legislación necesaria y en la formulación de planes nacionales y programas locales. Se señala textualmente "Este esfuerzo debería continuar hasta que cada país pudiera volcar sus recursos en acciones guiadas hacia la solución de los problemas más frecuentes al menor costo, en un régimen integrado de medidas preventivas y curativas. Entre tanto, deben expandirse aquellos proyectos que tienen relación con problemas que son fundamentales en el Continente y en cada país en particular, así como los instrumentos para resolverlos, entre los cuales se destacan las actividades de educación y adiestramiento. Se ha repetido y sigue vigente aquello de que la

planificación no es un fin sino tan sólo un medio para facilitar la inversión de esfuerzos y de fondos hacia un bien común".

Mientras más claramente se definan las prioridades en materia de salud por parte de los Gobiernos, éstos estarán en mejor condición para determinar qué tipo de colaboración internacional requieren. Y esto se ha de reflejar en el plan de trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana. Al predecir que dicho plan será siempre diversificado, se ha tenido en cuenta que, como ya está ocurriendo a medida que los Gobiernos disponen de los servicios de técnicos y de los elementos que les permitan ir resolviendo progresivamente problemas fundamentales, podrán necesitar asesoría para otros de naturaleza especial. Entre tanto, el presupuesto por programas de la Organización, al cual habrá de referirse oportunamente, revela que los fondos se invierten en problemas de salud prevalentes en las Américas, sea en colaboración directa o con miras a mejorar los medios indispensables para resolverlos.

La Reunión de Ministros de Salud destacó en las Américas la importancia que aún tienen, en términos de morbilidad y mortalidad, las infecciones agudas y crónicas, la malnutrición, el saneamiento deficiente y la vivienda insalubre, e incluyó, como factores condicionantes de las enfermedades, la ignorancia y el bajo ingreso real por persona. Pues bien, con respecto a estos problemas, se estima que el uso más adecuado de los recursos disponibles permitiría beneficiar a un mayor número de habitantes en los países.

Se observa que para una misma función existen diversas instituciones, las que no siempre actúan en forma coordinada, tanto en lo que se refiere a objetivos como a métodos. Es más, en algunas zonas de un mismo país se observa que si se orientaran o coordinaran mejor las inversiones de las distintas instituciones, se podría atender a un mayor número de enfermos e impedir que aumente la transmisión de las enfermedades prevalentes. Se piensa que ha llegado el momento de analizar el problema general de los recursos, del sector público y privado de los países del continente, con miras a una mejor planificación de la salud. Procede destacar, en este sentido el papel de la seguridad social respecto de los diversos grupos de beneficiarios. Es por ello que, en conformidad con resoluciones de los Cuerpos Directivos, se ha incluido este asunto en el programa de temas de esta Reunión. Se espera, naturalmente, la decisión de los Representantes, para realizar dicho análisis con el espíritu que es característico de la Organización. Se trata de reunir los antecedentes con un criterio científico, de tal manera que los Cuerpos Directivos puedan adoptar las resoluciones que proceda y, como es tradicional, éstas velarán por el bien común, vale decir, el bienestar de los habitantes del Continente, en la medida que lo permitan los recursos existentes y el proceso de desarrollo.

Los métodos propios de la administración pública, como una disciplina diferenciada, prevén la posibilidad de un amplio perfeccionamiento en los Ministerios de Salud del Continente.

Este asunto es digno de señalarse porque en las funciones de prevención y curación de las enfermedades, como en las de fomento de la salud, los técnicos representan el factor esencial y sus emolumentos la mayor inversión. A diferencia de muchas otras empresas, en el campo de la salud la máquina sólo puede substituir de una manera limitada a la acción directa y personal de quienes tienen a su cargo la curación de los enfermos y la motivación de los seres humanos para evitar las enfermedades. Esto explica por qué, en los presupuestos de los servicios nacionales de salud, y especialmente de los que cubren una gran extensión del territorio y suponen una mayor diversificación de funciones, los fondos para personal son superiores al 60% del total.

Los Gobiernos han reconocido esta situación y desde 1957 han venido expresándola en el seno de la Organización. Han señalado a la Oficina Sanitaria Panamericana la conveniencia de extender su asesoramiento a este campo, en el que la labor realizada, de la que también se dará cuenta, ha creado nuevas solicitudes y necesidades. Es preciso mejorar con urgencia, las prácticas administrativas, las estructuras y las reglamentaciones que interpretan la legislación vigente. Por encima de todo, hay que adiestrar, a nivel universitario, y capacitar en los Ministerios de Salud, según corresponda, a los diversos funcionarios que tienen responsabilidades de este orden. Es evidente que a medida que se racionaliza la administración, aumenta la eficiencia de la función salud y ésta se logra a un

menor costo por unidad. Se trata de un área en la que se advierte un deficiente empleo de los recursos. No cabe duda, sin embargo, de que el interés actual de los Gobiernos y la serie de medidas que ya se están tomando prometen un progreso sostenido. La administración es un arte, porque, en última instancia, trata de concitar la colaboración de personas de profesiones diversas para cumplir objetivos comunes. Por ello, requiere, de quienes la practican, una sólida conciencia moral.

En lo que respecta a la organización y administración de los servicios de salud, la Oficina Sanitaria Panamericana asesora a los Gobiernos de acuerdo con tres normas fundamentales: integración de las actividades de prevención y curación de las enfermedades y promoción de la salud; regionalización, que permite coordinar los recursos totales de un área, en diferentes niveles estructurales, con el fin de atender a las necesidades básicas de salud de los habitantes; y educación continua para estudiantes y graduados, así como para auxiliares, en forma tal que puedan practicar -y así aprender- actividades tendientes a lograr la salud integral en las comunidades, según su estado de desarrollo. Estos son los conceptos que guían las actividades de los consultores de la Organización. Hay que reconocer, sin embargo, que sólo por excepción se están aplicando dichos conceptos en forma simultánea en las Américas. Lo que comunmente se observa es la disociación de los servicios preventivos y curativos y la falta de coordinación con las instituciones docentes.

Conviene señalar la necesidad de intensificar el diálogo entre las universidades y los servicios de salud. Es evidente que en algunos países existe una situación muy saludable en este sentido. En otros, en cambio, no hay una relación continuada, la que es de desear porque es de beneficio mutuo. Se favorece así el proceso docente en vista de que los estudiantes conocen mejor la realidad médico-social gracias a las facilidades que les ofrecen los Ministerios. Los futuros profesionales, sean miembros o no de los servicios estatales de salud, podrán comprender y realizar mejor la política dictada por el Gobierno. En el campo de la educación médica, si bien el problema incumbe a toda la Facultad, constituye una responsabilidad evidente de los Departamentos de Medicina Preventiva. La asesoría a los mismos es una de las prioridades establecidas por la Organización en cuanto a la formación de médicos. Con igual espíritu hay que proceder en las demás disciplinas universitarias relacionadas con la salud. Deberían organizarse en el Continente uno o dos centros, en los cuales se mostraran en forma práctica las ideas de integración, regionalización y educación continua. Dichos centros estarían al servicio de los países sede y de los demás por medio de la adjudicación de becas.

Tal vez en el campo de la atención médica es donde se manifiesta con más intensidad el problema de la utilización de los recursos existentes. Es aún más evidente en la administración hospitalaria, en vista de la magnitud de la función y de las inversiones indispensables. El propósito de mejorar los servicios actuales supone la necesidad de estudiar las

relaciones de los servicios de los Ministerios de Salud con los de la seguridad social, a la que ya se ha hecho referencia. No obstante, se estima que en todo hospital de América Latina hay posibilidad de mejorar el rendimiento de los técnicos y los equipos en uso tanto en calidad como en cantidad. En el Informe se señala la labor realizada en 1963 en algunos de los países que solicitaron asesoría. La construcción y dotación de hospitales es un problema primordialmente técnico, con importantes repercusiones financieras. Debido al enorme volumen de las inversiones que están efectuando los países de la América Latina, la colaboración internacional podría desempeñar una función más activa mediante algún mecanismo de acción regional que sería procedente estudiar en detalle.

El mejoramiento de la organización y administración de los servicios de salud y la ampliación de su cobertura, en términos de territorio y población, son dos instrumentos esenciales para resolver progresivamente los problemas que se plantean con frecuencia en cada país. Entre éstos, cabe señalar el control o la erradicación de las enfermedades transmisibles. La labor que los Gobiernos de la Organización han realizado a este respecto en 1963 está claramente descrita en el Informe de la Oficina. Con igual claridad se exponen los problemas de orden biológico y administrativo que han surgido en relación con los programas de erradicación, y que serán objeto de un análisis especial. No obstante, conviene señalar que el futuro de la erradicación de las enfermedades, en particular la malaria, la viruela, la frambesia y el vector urbano de la fiebre

amarilla, dependerá en principio de la existencia de servicios continuados que impidan la reaparición de la enfermedad en las áreas donde se han eliminado. Como ya se ha manifestado, en algunos países donde se ha erradicado la viruela se han producido brotes epidémicos, ya sea por la falta de organismos locales o por haber disminuído la intensidad de las inmunizaciones aún en los grupos más vulnerables. Se ha reintroducido el Aedes aegypti y aún han reaparecido casos autóctonos de malaria.

Es por esta razón que, cumpliendo con resoluciones de Asambleas Mundiales de la Salud, se realizó en junio el primer seminario sobre las relaciones de los servicios de salud y de erradicación de la malaria en Pocos de Caldas, Brasil, y se está preparando un segundo seminario para los países de Centro América y del área del Caribe. Pero dependerá de los Gobiernos que las opiniones de los técnicos se lleven a la práctica. El problema, en su conjunto, se relaciona especialmente con el sector rural y con la necesidad de que funcionarios idóneos realicen esa acción continuada básica, bajo la supervisión de profesionales.

El Dr. Horwitz se complace en observar el interés de los Ministerios de Salud para abordar problemas complejos que trascienden sus propias funciones y requieren de la asociación con otras disciplinas de orden económico y social. No obstante, estima que es indispensable ver terminada y sólidamente consolidada la labor tradicional, y que ambos caminos no son excluyentes sino que, muy por el contrario, se complementan. Por

ello, invita respetuosamente a los Gobiernos a poner término a las pestilencias, sin perjuicio de realizar la función salud en toda su integridad. Con esta visión procede la Organización en su afán de llevar a la práctica las resoluciones de los Cuerpos Directivos y a interpretar, dentro de la política vigente, sus solicitudes de asesoría directa.

Otro denominador común en el Continente es el que se refiere a la calidad y cantidad de las estadísticas vitales y de salud. Mucho se ha avanzado en este campo, sobre todo en lo que respecta a la formación de técnicos, pero aún hay importantes vacíos en vista de que las estadísticas son incompletas e insuficientes, tanto para la obra de planificación como de evaluación. La verdad es que no hay un registro sistemático de casos ni de defunciones, como tampoco de lo que se ha realizado ni de los efectos de cada programa. Procede también señalar, con todo respeto, a la atención de los Representantes que, debido a la lentitud en el envío de datos acerca de las enfermedades cuarentenables, ha sido necesario modificar el número de casos de viruela que se incluyen en el Informe. En efecto, en el momento de la publicación sólo se tenía noticias de 400 casos, localizados en cuatro países de la América del Sur, la cifra menor registrada en el siglo. Según informaciones más recientes se han registrado 2.389 casos, cifra semejante a años anteriores. Esto revela que hay que intensificar los programas de inmunización en los países de donde proceden esos informes y mantener un nivel necesario en aquellos que han erradicado la enfermedad.

El Director señala una vez más la conveniencia de organizar áreas en las que sea posible registrar y analizar las estadísticas vitales y sanitarias que se requieren, las que serán muy valiosas para programar y evaluar las actividades de salud, y manifiesta que mientras se organizan servicios similares en nuevas regiones, la información recogida en tales áreas puede proyectarse en todo el país y manifiesta que al término de su exposición se distribuirá una nueva publicación referente a condiciones de salud de las Américas en 1961 y 1962, que complementa los comentarios que ha hecho sobre las estadísticas vitales y sanitarias.

Las observaciones formuladas sobre algunos de los aspectos de la situación de las Américas en materia de salud, como un servicio social, revelan, en opinión del Dr. Horwitz, el enorme progreso que se ha realizado particularmente en los últimos años.

El solo enunciado de los problemas y de la forma de abordarlos indica la madurez que han adquirido los técnicos de salud de los Gobiernos del Continente al analizar las responsabilidades que les corresponde, a la luz de las tendencias políticas y sociales de las Américas. El lenguaje y las proposiciones están a tono con los pensamientos más avanzados en estas disciplinas. Reconocer lo que queda por desarrollar cualesquiera que sean las dificultades, es la mejor prueba de los enormes progresos que se han logrado y que están registrándose en la actualidad. El hecho de que una Organización declare que procede mejorar las estructuras nacionales y locales, investigar los problemas médico-sociales a medida que evolucionan, educar mejor

a un mayor número de profesionales y planificar la salud en armonía con el desarrollo económico, indica que ha logrado una visión racional de sus responsabilidades y de la forma de cumplirlas. Con este espíritu se somete a la consideración del Consejo Directivo el Informe sobre la labor que han realizado los Gobiernos en 394 proyectos, para los cuales han estimado necesaria la participación directa o indirecta de unos 1.000 funcionarios de la Oficina Sanitaria Panamericana, procedentes de 47 países del mundo.

Sólo es de lamentar que su labor se ha reducido por las dificultades financieras que la Organización ha tenido en los últimos años. Expresa sin embargo su optimismo de que del análisis y discusión de esta situación saldrán las decisiones que se traducirán en un ingreso más oportuno de los fondos que los Gobiernos han acordado para las actividades de la Oficina.

Por último, el Dr. Horwitz exhorta a los Representantes a formular observaciones sobre el informe que sirvan de guía para la política de la Organización en general y de cada uno de los programas en particular.

Se suspende la sesión a las 4:35 p.m. y
se reanuda a las 4:55 p.m.
The session was recessed at 4:35 p.m. and
resumed at 4:55 p.m.

Dr. TERRY (United States of America) congratulated the Director on his comprehensive Report. He expressed satisfaction at the inroads the Organization was making in the eradication of some of the major diseases, an activity that had high priority for international organizations. The United States of America had strongly supported malaria eradication because there was no program in the world which promised more in terms of relief of human suffering and premature death. Smallpox was another disease susceptible of eradication. In assessing priorities, the completion of those two eradication programs should receive special emphasis.

Although there had been impressive gains in the malaria program, there were problems to be resolved, as in Central America, where millions were still unprotected. The dream of a Hemisphere without malaria could only be attained by the concentrated effort of all the countries.

As for smallpox, so long as it existed in one country, all countries had to maintain immunization programs; no one was safe until the disease was completely eradicated. Argentina and Canada had imported cases in 1962, in 1963 cases appeared in Peru for the first time in many years. It was significant that a total of 28,185,425 persons in Latin America had been immunized against smallpox in those two years.

The knowledge and means were available, and one strong last effort was all that should be needed to eliminate smallpox

from the Hemisphere through the joint endeavors of the countries, assisted by PAHO.

As for tuberculosis, the Director's Report indicated that there were possibly 2,000,000 cases in Latin America. That serious problem merited high priority in national health plans, and PAHO should work toward the establishment of active programs in every country with the goal of reducing the annual number of new cases of that disease.

The United States of America would also encourage programs for attacking measles and poliomyelitis. With the use of the new vaccines, great strides could be made toward eliminating those diseases. Although it was recognized that the supply of measles vaccine might be limited, this childhood disease could be well controlled as additional supplies became available.

As the major infectious diseases were brought under control, the trend in planning would turn more toward the chronic and degenerative diseases, and more attention would be devoted to social and occupational problems and to mental health. Perhaps it was too early to consider such problems as those of the epileptic, who had to live under legal restraints imposed years ago and in a social climate that associated epilepsy with idiocy and insanity. The social attitude, a result of ignorance, might be a higher hurdle to the adjustment of those individuals than the medical problem

itself. There were an estimated 1,500,000 epileptics in the United States of America and the world ratio was about 1 to 109.

It was gratifying to note, from the Director's Report, that the Mental Health Information Center on Latin America was currently in operation. The U.S. National Institute of Mental Health had played a part in its establishment and was assisting the Center. It might be useful if the Center would make some studies of the legal problems concerned with epilepsy in all countries of the Hemisphere, including the United States of America. The U.S. Delegation would present a resolution requesting that that be done.

With respect to the section on leprosy, it was noteworthy that the Report pointed out a tendency in the Americas to move from a "vertical" to the "horizontal" approach, or from attacking a specific health problem to a general approach.

Experience in the development of public health programs in the United States of America and in other countries had shown that people were willing to be taxed to provide funds for specific health purposes -whether cancer, tuberculosis, or malaria- but were much less willing to give funds for public health in general. The people's representatives, sitting in the legislative bodies, understood that and were frequently willing to appropriate money for specific, well-defined health programs that had a dramatic appeal. No one had ever died of public health, but millions had died of malaria.

Community health services were, of course, essential in every country of the world, but when a single disease had a high prevalence, generalized health personnel usually lacked both the specific knowledge and the dedication to a specific aim necessary for success. Moreover, there was no reason why the development of local health services could not progress hand-in-hand with programs for the eradication of specific diseases.

It was gratifying to note the progress that had been made in urban community water supply programs. The rate of advancement in the first three years since the signing of the Charter of Punta del Este appeared to be satisfactory. It was hoped that similar progress would be made in rural water supply programs during the next few years.

Dr. Terry reported that in September 1963 the U.S. Congress had appropriated funds to begin the task of Aedes aegypti eradication within the United States, a program planned for a five-year period. Activities had already begun in the Virgin Islands, Puerto Rico, and in selected areas of Florida and Texas where infestation was high. Surveys were under way to delimit more accurately the areas of infestation elsewhere. As the program progressed and additional funds were appropriated, the program would be expanded throughout the yellow fever receptive area. The United States of America had requested PAHO to detail a consultant to the Communicable Disease Center in Atlanta, Georgia, to advise on the program's development. That consultant had been assigned and had aided significantly in planning the program.

Dr. Terry also expressed appreciation to the Government of Mexico for its valuable advice and support during the planning of the campaign in the U.S.-Mexico border areas, and he hoped soon to offer that country the same guarantee against reinfestation that Mexico had given to the United States of America.

He noted that there were still areas in the Caribbean and in northern South America where A. aegypti continued to exist in large numbers. It was a truism that no country would be safe from urban yellow fever until all were safe. The United States of America expected soon to be in a position to join the majority of the countries of the Americas that had eradicated the vector.

El Dr. OLGUIN (Argentina) señala que el documento presentado por el Director es una verdadera exposición de doctrina, la expresión clara y objetiva de los problemas de salud en las Américas, y de la labor que los Gobiernos y la Organización vienen desarrollando y han cumplido en 1963. Se trata, dice, de una verdadera evaluación, en el amplio programa integrado que América ejecuta, y en el que la obtención del bienestar de los pueblos constituye el objetivo fundamental. En los programas nacionales de salud están siendo claramente incorporados los conceptos y objetivos establecidos por el Plan Decenal de Salud de la Alianza para el Progreso y por la Reunión de Ministros de Salud-Grupo de Estudio, los que son verdaderamente jalones en la orientación definida de una política sanitaria continental. También destaca la coincidencia entre los puntos de vista

sostenidos en estas reuniones y los del Consejo Interamericano Económico y Social, todo lo cual se traduce en una unidad conceptual y de criterio ejecutivo verdaderamente promisoria.

El Dr. Olguín manifiesta que, al comentar el informe del Director, desea destacar en primer término el equilibrio del programa que se cumple, dentro de las prioridades que los problemas de salud plantean, y la importancia asignada a los problemas de saneamiento del medio, erradicación y control de enfermedades transmisibles, y actividades de erradicación y adiestramiento. Ello, dice, se complementa con la importancia asignada a la planificación; al fomento de la salud, sobre todo en sus aspectos específicos de higiene maternoinfantil y de nutrición, y a la investigación; todo ello apoyado en una clara expresión presupuestaria formulada por programas, en niveles que si bien preocupan, responden a exigencias reales de la salud continental, que es necesario afrontar.

El orador señala que la Argentina, compenetrada de sus responsabilidades en el campo de la salud, trabaja con un criterio de integración tanto conceptual como ejecutiva; considera el país que trabajar en salud pública es propender a transformar al hombre en un elemento dinámico y funcional en la comunidad.

Las campañas sanitarias de ese país, vienen siendo ejecutadas sobre la base de la acción del Ministerio Nacional, de

los Ministerios provinciales, de las Universidades y las municipalidades; de organismos no gubernamentales de la comunidad, y con la valiosa colaboración de los organismos internacionales. Así se ha alcanzado la erradicación del territorio del país del Aedes aegypti, etapa que, cumplida y evaluada, se somete a la consideración de este Consejo Directivo.

También merece mención especial la enfermedad de Chagas, que es uno de los grandes problemas de una extensa zona americana, que incluye a la Argentina, por su íntima dependencia con las condiciones económicas y sociales. Esta campaña, expresa, sigue mereciendo especial atención; y lo mismo cabe consignar en lo que respecta a la lucha contra el paludismo; a los programas de saneamiento del medio, con especial mención de los que se refieren al abastecimiento de agua a comunidades rurales, mediante la participación de la comunidad; a la lucha contra la tuberculosis, la lepra y las zoonosis, y a otras campañas de erradicación y de inmunización que se desarrollan sobre la base de legislación adecuada. Ocupan también la atención de las autoridades, dice, la nutrición y las enfermedades carenciales; la formación de personal de todos los niveles; el perfeccionamiento de las estadísticas; la higiene maternoinfantil y la lucha contra la mortalidad infantil. Por otra parte, un inventario de recursos y necesidades, que está en ejecución, así como una planificación basada en la cooperación de los organismos internacionales, permitirá a breve plazo un enfoque verdaderamente racional de los problemas de salud.

El orador expresa su complacencia por la labor de la Oficina y agradece al Director y a sus colaboradores la labor cumplida, la que, dice, se ha realizado en un importante nivel de responsabilidad y jerarquía técnica y administrativa.

El Dr. ROLDAN (El Salvador) felicita al Director por el brillante documento presentado, y manifiesta que le interesa destacar, en primer término, la importancia del proyectado Fondo Especial de Bienestar Rural, ya que en grandes sectores latinoamericanos, como es el caso de su país, aproximadamente el 70% de la población reside en un medio no urbano, lo cual destaca suficientemente el impacto que un programa de ese tipo puede tener. Hemos seguido con mucha admiración, dice, la labor realizada en México en este campo, la que es digna de alabanza.

El Dr. Roldán manifiesta su conformidad con lo expresado con referencia a la integración de las acciones de salud y a la planificación en salud, y agradece al Director de la Oficina la mención que éste hizo de las actividades de ese tipo en El Salvador.

Considera también muy importante la intensificación del diálogo entre los Ministerios de Salud y las escuelas de medicina; tiene que haber una meta común, dice, y en este momento se procede a aunar los esfuerzos entre las instituciones de ese tipo, así como con las de seguridad social.

En lo que se refiere a las enfermedades transmisibles, manifiesta que en algunos campos su país ha logrado notable adelanto; tal es el caso de la viruela, enfermedad de la que en 35 años no se ha producido un solo caso. También es favorable la situación en lo que se refiere al Aedes aegypti, que está totalmente erradicado en el país; en cambio, hay problemas serios en materia de malaria, especialmente en ciertas áreas del país. También el pian constituye un problema y, al igual que en la Argentina, la enfermedad de Chagas revisita gran importancia.

Finalmente, el orador se refiere al problema de la construcción de hospitales, el que, dice, requiere un estudio detenido de parte de la Organización, a fin de que ésta pueda proporcionar una asesoría importante. Afirma que el costo por cama de hospital señalado por el Director implica una gran dificultad, y afirma que en El Salvador es posible reducir tal costo a unos \$6.000 por cama.

El Dr. QUIROS (Perú) señaló al informar, que indiscutiblemente, el Informe presentado constituye una auditoría técnica de lo realizado en 1963, y que por ello sería lógico estudiarlo conjuntamente con el Informe del Auditor Externo, ya que ambos se complementan.

El Dr. Quirós manifiesta que, en muchas reuniones del tipo de la que se está celebrando, los Representantes han expresado su preocupación por saber cómo era posible que el

Director llevara adelante el programa de la Oficina, si se disponía tan sólo del 80% al 85% de los fondos presupuestados; cabía preguntarse, en consecuencia, qué era lo que se había dejado de hacer.

Dice también que le ha impresionado favorablemente el presupuesto por programas, que refleja los objetivos por cumplir, y permite un análisis mejor de la labor cumplida. Es así un componente básico de la planificación en salud. Estima el orador que la Organización ha dado un paso adelante al implantarlo, aunque aún no haya alcanzado la madurez que requiere un presupuesto de esta naturaleza. Hubiera sido muy importante poder concatenar el Informe del Director con el del Auditor Externo. Este presupuesto por programas, -continúa diciendo-, es todavía parcial, y no concuerda con la auditoría técnica que hace el Director en la última parte de su Informe. En este último, la duración de cada programa y la colaboración prestada por la Organización constituyen los aspectos más importantes; pero este aspecto debería estar más claramente expresado, a fin de hacer una confrontación entre lo que se planeó en el presupuesto y lo que efectivamente se pudo hacer.

Se refiere luego al problema de la viruela, el que, dice, merece mayor atención, como ha señalado el Representante de los Estados Unidos de América. Sostiene que se ha hecho un enfoque muy optimista del problema, pues no se ha hecho mención de la extensión territorial en la que esa enfermedad persiste. El Dr. Quirós consigna que su país ha tenido problemas

y que el mismo es el caso de Venezuela, debido a la diseminación de la viruela en tribus nómadas procedentes de zonas selváticas donde la enfermedad aún existe. Por ello no sólo es necesario mantener niveles satisfactorios de vacunación en los países, sino también vacunar en esas zonas rurales que aún no escapan al problema.

Una causa de mortalidad infantil muy importante, añade, es el sarampión; si bien existe una vacuna contra esa enfermedad, la es aún de un alto costo. Por ello, dice, es necesario poner esta vacuna a la disposición de los países al menor costo posible.

Es muy importante también -prosigue diciendo- el aspecto que se refiere a los servicios de atención médica. Es preciso intensificar este programa y prestar mayor asesoría sobre la organización y administración de dichos servicios.

El Dr. Quirós manifiesta, en materia de planificación, que esta actividad debería merecer un enfoque más realista, pues hay una teorización de esta técnica de tipo tal, que no está cumpliendo con sus objetivos de acuerdo con la realidad de los países, lo que hace indispensable una revisión de este enfoque exótico. Llama la atención sobre el hecho de que en el presupuesto, la Organización hace mención de un programa de planificación nacional; en su opinión no existe planificación nacional ni internacional, pues la planificación es una sola.

Finalmente, el orador señala que es muy importante el tema de las relaciones entre la Organización y otros organismos

internacionales, pues el estrechamiento de las mismas sería la única forma de utilizar en la mejor manera posible los recursos disponibles. Refiere al respecto que, en fecha reciente, visitaron su país los integrantes de la Nómina de Nueve Expertos de la Alianza para el Progreso, y que le dieron la impresión de que no estaban bien informados en materia de salud; ello indica, dice, la necesidad de acercarse más a todos estos organismos y grupos.

El Dr. DELGADO (República Dominicana) agradece al Consejo su designación como Vicepresidente y felicita al Director por su Informe, al que califica de enfoque bien ajustado de los problemas de salud en las Américas, y manifiesta que la Secretaría de Estado de Salud y Previsión Social de su país se encuentra identificada con los ideales de la Organización y empeñada en el esfuerzo de llevarlos a la práctica, para lo que ha contado y cuenta con amplio asesoramiento de la Organización.

El Dr. BONICHE VASQUEZ (Nicaragua) felicita al Director por su Informe, y expresa que el primer punto que desea comentar es el que se refiere a la ampliación de la cobertura de los servicios de salud en los países. Afirma que dicho problema es bastante difícil, y que los países no pueden solucionarlo con sus propios recursos; en cambio, dice, sí es posible fortalecer dichos servicios, mediante aumentos progresivos en el presupuesto. Para la ampliación de los servicios es indispensable la ayuda exterior, en forma especial la procedente de la Alianza para el Progreso. La Alianza, dice,

no debe ser concebida como un torrente de dólares, destinado a que los conciudadanos se dediquen más fácilmente a las diversiones y al lujo; para ser fieles al ideario del Presidente Kennedy no hay que concebirla así, sino como un catalizador de aquellos factores que han de promover el progreso, y que se encuentran en los propios países. Así lo prueba, -añade- el caso de México, que demuestra que con el esfuerzo y el ordenamiento se puede conseguir mucho. Todos los países latinoamericanos tienen esos factores necesarios: un pueblo inteligente, con energía física adecuada, y hasta dinero. Pero deben ser utilizados adecuadamente y combinarse para propender al mejoramiento social y económico de los pueblos. El espíritu de la Alianza para el Progreso es precisamente aunar todos estos factores, luego de lo cual vendría la ayuda técnica y también la económica. El Dr. Boniche Vázquez expresa su convencimiento de que la Alianza para el Progreso va a llegar a buen término, ya que el Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso está tomando nuevas medidas a fin de hacerla efectiva. Su país, dice, tiene el propósito de formular solicitudes de préstamos para construir centros rurales de salud que permitan llevar a cabo la extensión de los servicios.

En lo referente a la construcción de hospitales y al mejoramiento de la asistencia médica, el orador afirma que se trata de necesidades comunes a todos los países,

pero que debería buscarse la manera de orientar ese proceso en la mejor forma. Se da el caso, afirma, de haberse construido hospitales que luego no se pueden mantener, pues esto último es lo verdaderamente difícil. Se debe lograr la cobertura del medio rural con centros de salud que presten asistencia médica. La Organización, el AID y organismos similares deben ayudar para formar conciencia en los pueblos al respecto. Si en los puestos sanitarios rurales se da asistencia médica, y también se presta ayuda para adquirir medicinas, se pondrá una barrera para lograr que muchas enfermedades sean evitadas y otras se curen lo más rápidamente posible. Entonces los hospitales se verían descongestionados y habría menos necesidad de construir nuevos establecimientos.

Por último, el Dr. Boniche Vázquez expresa que deben incrementarse los presupuestos destinados a salud pública y que en los Gobiernos se va formando conciencia a este respecto. Este progreso se ha manifestado más claramente a partir de la reunión de Punta del Este. En un plazo mas o menos próximo, dice, este tema se va a acercar a la posición de prioridad que le corresponde. Pero hay que aunar esfuerzos y buscar la ayuda de instituciones extranjeras, que puede manifestarse por lo menos en forma indirecta. En los préstamos de carácter económico sería conveniente que se procurara un cierto porcentaje para la salud pública.

EL PRESIDENTE manifiesta que, a fin de poder hacer uso de la palabra en representación del Gobierno de México, invita a ocupar la Presidencia al Representante del Paraguay, Vicepresidente del Consejo.

Pasa a ocupar la Presidencia el Dr. González Torres (Paraguay)
Dr. González Torres (Paraguay) then took the Chair

El Dr. ALVAREZ AMEZQUITA (México) comienza por agradecer al Consejo su designación como Presidente y felicita al Director por el magnífico informe presentado. Señala que la salud pública se encierra en cinco capítulos fundamentales: la prevención, la curación, el adiestramiento de profesionales y técnicos, la investigación médica y la rehabilitación. Una cosa muy importante, dice, es no separar la prevención de la curación. Es necesario en este punto que haya no sólo un cambio de carácter ideológico, sino también otro, de carácter radical, en los procedimientos. De ahí, -añade- la esperanza que su país pone en los sanatorios-centros de salud rural, en los cuales todos los médicos deben tener a su cargo tanto funciones preventivas como curativas. Considera que es muy importante que en los textos de patología clásica haya un capítulo fundamental dedicado a la prevención de las enfermedades, y propone que la reunión adopte una resolución en la que se propicie tal modificación.

El orador considera también evidente que el capítulo de la curación está íntimamente relacionado con los medios y los sitios en donde la misma se efectúa. En ese sentido, dice, los sanatorios-centros de salud rural de su país prometen cumplir la mayor parte de estas funciones.

Es muy importante también, lo indicado por el Director a propósito de los hospitales. Hacer un hospital puede ser una tarea simple desde el punto de vista económico, pero técnicamente es una empresa muy difícil. El orador propone a este respecto que la Organización establezca un departamento especial de planificación y administración de hospitales. Un ejemplo de los puntos a tratar, dice, es el siguiente: los consultorios deben ser absolutamente impersonales, para ser ocupados en forma sucesiva por distintos médicos. Además hay que tener sanatorios-centros de salud rural a todos los niveles. El tipo menor de los que se construyen en México, dice, tiene sólo tres camas; pero luego hay otros mayores, con un "club" de madres, puesto así en relación con la comunidad, que proyecta no sólo las actividades de salud, sino también otras que tienen relación con el desarrollo de la comunidad en sentido amplio.

El Dr. Alvarez Amézquita señala la íntima relación existente entre la salud y el desarrollo económico y afirma que, en su país, la salud ya no es un obstáculo para el desarrollo económico, pero que muchas veces hay un estado

económicamente deficiente que impide que la salud vaya más lejos. Por ello, la acción dinámica del médico de salud pública no puede detenerse en los cinco capítulos ya señalados, sino que debe ir mucho más allá.

Expresa seguidamente su coincidencia con el Director en el concepto de que no puede haber latinoamericanos de segunda clase por el hecho de vivir en áreas rurales, sino que todos los beneficios deben llegar a las clases más necesitadas. Como en todos los países, en México hay personas acomodadas y hay otras que disfrutan de los beneficios de la seguridad social; pero hay una clase más, ni rica ni protegida por el Estado, que el orador llama los derechohabientes de la Secretaría de Salubridad, y a la que hay que ir extendiendo los beneficios de que los demás disfrutan.

Dentro de los programas de saneamiento ambiental, afirma el orador, es básico el que se refiere a la provisión de agua potable; mientras ésta no sea accesible a todos, mientras haya en nuestro siglo campesinos obligados a beber el agua de una charca, no se habrá conseguido del todo la dignidad del hombre de América.

En lo referente a las enfermedades transmisibles, manifiesta que está de acuerdo con lo expresado por el Representante de los Estados Unidos de América, en el sentido de que es preciso ir afinando cada vez más las acciones hasta lograr la erradicación de aquéllas. En malaria

se han realizado grandes progresos; lo mismo puede decirse de la tuberculosis, enfermedad que puede ser erradicada, si no ahora mismo, al menos en un futuro previsible; para el sarampión existe una vacuna que ya se puede aplicar en forma amplia, y que en México han recibido ya 30.000 niños. Considera muy interesante las opiniones vertidas sobre el Centro Latinoamericano de Información en Salud Mental, y la posible proyección de estas actividades para abarcar el estudio del problema de la epilepsia. También agradece al Representante de los Estados Unidos de América su referencia a la erradicación del Aedes aegypti en México, y afirma que existe muy buen entendimiento entre los técnicos en salud pública de ambos países.

El Dr. Alvarez Amézquita añade que, dentro de los problemas a los que debe prestarse particular atención, está el de la viruela, y formula una proposición concreta, a saber, que se elabore un plan para erradicar dicha enfermedad en las Américas en un plazo determinado, a fin de tener niveles de inmunidad adecuados.

Al reiterar que la salud y el desarrollo económico están íntimamente ligados, el orador señala también que los fondos disponibles no siempre son adecuados, y que por ello los programas continentales de salud se acelerarían si se contara con más medios provenientes de la Alianza para el Progreso; toda inversión de ese tipo, afirma, no debe ser una dádiva sino un préstamo.

Finalmente, el Dr. Alvarez Amézquita señala que, por lo que a México respecta, la experiencia de su país está al servicio de todos los pueblos latinoamericanos, como elementos de trabajo que podrán ser aprovechados en la medida en que sean solicitados por los demás países, los que recibirán tal colaboración con fraternal espíritu. Dos ejemplos pertinentes, dice, son el Centro de Salud Rural y por otra parte la experiencia mexicana en materia de hospitales, que ha permitido dar a otros países los planos a que se ha llegado después de muchos esfuerzos y fracasos, para que sean utilizados en beneficio de otros pueblos. En cuanto a la vacuna antipoliomielítica tipo Sabin, dice, es otra de las pequeñas contribuciones que en plan de afecto puede dar su país.

El orador sintetiza las tres proposiciones concretas presentadas, a saber: la creación de una comisión latinoamericana de hospitales; la incorporación, en los textos destinados a la enseñanza de la patología, de capítulos especiales sobre la prevención de las enfermedades; y la formulación de un plan panamericano de erradicación de la viruela a un plazo fijo.

Se levanta la sesión a las 6:05 p.m.
The session rose at 6:05 p.m.



directing council

PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

regional committee

WORLD
HEALTH
ORGANIZATION



XV Meeting

Mexico, D. F.

XVI Meeting

Monday, 31 August 1964, at 3:30 p.m.

CD15/35 (Eng.)
CORRIGENDUM
5 October 1964
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE SECOND PLENARY SESSION

Page 23, third paragraph, line 2:

Delete the word verdadera.

Page 24, second paragraph, line 9:

Substitute educación for erradicación.

Page 25, first paragraph, line 6:

Change the phrase "...se somete a la consideración de este..." to read as follows: "...será oportunamente sometida a la consideración del...".

Page 25, second paragraph, line 1:

Change "...la enfermedad de Chagas,..." to "...la enfermedad de Chagas-Mazza,..."

Page 25, second paragraph, lines 12, 13 and 14:

Should read as follows: "...sobre la base de legislación adecuada; a la nutrición y a problemas de alimentación. Ocupan también la atención de las autoridades, dice, la formación de personal de todos..."

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD
XV Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD
XVI Reunión



México, D. F.

Miércoles, 2 de septiembre de 1964, a las 9:15 a.m.
Wednesday, 2 September 1964, at 9:15 a.m.

CD15/36

5 septiembre 1964

ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA TERCERA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE THIRD PLENARY SESSION

Presidente: Dr. José Alvarez Amézquita México
President:

Indice
Contents

- Tema 7: Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (conclusión)
Item 7: Annual Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau (conclusion)

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Actas (Oficina 522, quinto piso) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto, dentro de las 48 horas siguientes a su distribución. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify the Minutes Service (Room 522, fifth floor) within 48 hours after distribution, of any changes they wish to have made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the Meeting.

- TEMA 7: INFORME ANUAL DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (conclusión)
ITEM 7: ANNUAL REPORT OF THE DIRECTOR OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU (conclusion)

El PRESIDENTE declara abierta la sesión y anuncia que asiste a la reunión el Director General de la Organización Mundial de la Salud, Dr. M. G. Candau, a quien da la bienvenida; asimismo anuncia que se dará lectura al segundo informe de la Comisión de Credenciales.

El Dr. ACOSTA (Colombia), en su carácter de miembro de la Comisión de Credenciales, lee el segundo informe de la misma, cuyo texto es el siguiente:

"La Comisión de Credenciales, constituida en la primera sesión plenaria e integrada por el Dr. Victorio V. Olguín (Argentina), Presidente; el Dr. Francisco J. Aguilar (Guatemala), Relator; y el Dr. Roberto Acosta Borrero (Colombia), celebró su segunda sesión el día 2 de septiembre de 1964, a las 10:30 a.m.

La Comisión examinó y encontró aceptables las credenciales de los Representantes del Ecuador y de las siguientes organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales que han designado observadores: Banco Interamericano de Desarrollo; Consejo Internacional de Enfermeras, Junta de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, Organización Mundial de Medicina Veterinaria y Sociedad Internacional de Criminología."

Decisión: Se aprueba por unanimidad y sin modificación alguna el segundo informe de la Comisión de Credenciales.

Decision: The second report of the Committee on Credentials was unanimously approved without change.7

El PRESIDENTE ruega a los Representantes que van a referirse al Informe del Director que limiten al mínimo sus observaciones, a fin de poder discutir luego los puntos específicos en las sesiones dedicadas a esos temas.

El Dr. GONZALEZ TORRES (Paraguay) felicita al Presidente y al Dr. Delgado por sus designaciones, y agradece el haber sido elegido como Vicepresidente, distinción que interpreta como un honor conferido al pueblo y al Gobierno del Paraguay. Felicita también calurosamente al Director por el brillante informe presentado, el que constituye una visión sintética y orgánicamente hecha de los problemas sanitarios de las Américas, con interesantes sugerencias para mantener y mejorar la colaboración mutua entre los Gobiernos, los técnicos y los pueblos en la lucha común. Presenta también sus saludos al Director General de la OMS, Dr. Candaú, de cuya presencia y valiosos consejos habrá de beneficiarse la Reunión.

En relación con el Informe que se ha escuchado, manifiesta que, en su país se han terminado los estudios preliminares tendientes a establecer el diagnóstico de la situación del sector salud en el país, el que forma parte del establecimiento del diagnóstico de otros sectores de la administración nacional, emprendido por la Secretaría de Planificación del país. Sobre la base de los análisis realizados, y con miras al desarrollo de un programa de dos años, se han establecido

las siguientes prioridades: 1) intensificación de las actividades de saneamiento ambiental; 2) intensificación de la lucha tendiente a disminuir la mortalidad en los menores de cinco años; 3) intensificación de los programas de control de las enfermedades transmisibles más comunes; 4) mejoramiento de las estadísticas vitales y sanitarias; 5) adiestramiento del personal, y 6) promoción de los servicios sanitarios asistenciales en ciertas áreas de nueva colonización. Para la intensificación de estos programas, añade, se han seleccionado las 20 principales ciudades del país.

En cuanto a los detalles relacionados con la aplicación de estos programas, señala que el de saneamiento ambiental incluye la formación de 15 inspectores sanitarios por año y la construcción de 104 sistemas de abastecimiento de agua en las zonas rurales y de 4.874 letrinas por año. El programa de lucha contra la mortalidad infantil prevé el mejoramiento de la organización de maternidades y la dotación de equipo y medicamentos para el tratamiento de la deshidratación debida a la diarrea, así como la organización de cursos de adiestramiento para el personal encargado de estas actividades.

Además, el programa de control de enfermedades transmisibles, ya en curso, incluye el adiestramiento de médicos, enfermeras, auxiliares, estadísticos y otro personal necesario; la instalación de equipos de rayos X; el suministro de

medicamentos y vacunas para el tratamiento oportuno y sistemático de pacientes de tuberculosis, lepra, sífilis y otras enfermedades, y para la prevención de aquellas para las cuales existen vacunas; así como el examen sistemático de contactos.

En cuanto al adiestramiento de personal, aparte de los cursos ya citados, se han organizado otros para formar 20 auxiliares sanitarios, 10 educadores sanitarios y 10 técnicos en bioestadística por año.

El programa de promoción de servicios sanitarios asistenciales en la nueva área de colonización del este del país, donde se instalará una planta hidroeléctrica, prevé la construcción y dotación de equipo de nuevos centros asistenciales y la remodelación de otros, así como la instalación de nuevos puestos sanitarios en algunas zonas intermedias o alejadas del área.

Señala que ya se han recibido del UNICEF materiales y equipos para el control de las enfermedades transmisibles, actividad que figura en los programas de los centros de salud y cuya área de aplicación es el territorio comprendido dentro de un radio de hasta 70 Km. con centro en la ciudad de Asunción, pues en ese territorio existe una gran concentración de población y se cuenta con los mejores medios asistenciales. El

plan ha sido preparado por la División Normativa del Ministerio, con el asesoramiento de la OMS.

Como parte inicial de los planes formulados, se está procediendo a la organización de una oficina central de notificaciones y registro de enfermedades transmisibles en el Departamento de Epidemiología, para lo cual se ha solicitado el asesoramiento técnico de la Oficina Sanitaria Panamericana. A tal efecto, se están organizando dos cursos de adiestramiento: uno para médicos y otro para estadígrafos.

Por último, se refiere a la coordinación de esfuerzos con las escuelas de medicina, y manifiesta que desde comienzos del año en curso, mediante convenio entre la Facultad de Ciencias Médicas, la Misión de Operaciones de los Estados Unidos de América (AID) y el Ministerio de Salud, se está realizando la primera etapa de un plan de práctica de la medicina, la enfermería y la obstetricia en áreas rurales, destinado a los profesionales que han terminado sus estudios, pero que aún no han adquirido la licencia legal para el ejercicio de sus profesiones. Con ello se trata de orientar la enseñanza y la práctica hacia los problemas de salud de la población rural, y aumentar el número de profesionales adiestrados para actuar en dichas áreas.

El Dr. ORELLANA (Venezuela) manifiesta que la Delegación de su país se asocia a las felicitaciones de que ha sido objeto el Director por el excelente informe presentado, y que desea también comentar algunas de sus secciones y formular observaciones generales sobre la orientación programática y la labor de carácter práctico de la Organización.

Aunque en líneas generales la política de la Organización responde fundamentalmente a las necesidades y deseos de los Gobiernos, también debe reconocerse que los progresos y triunfos logrados en ciertas áreas se deben más a la iniciativa y tesón de la propia Oficina que al esfuerzo de los países. Una de las áreas más importantes, en este sentido, es la labor tendiente a integrar los problemas de la salud en el histórico movimiento hacia el desarrollo económico y social que se ha registrado en las Américas en los últimos años. Homenaje especial merece el incansable esfuerzo personal del Director. El informe, comentado, y los de años anteriores, prueban cómo los intereses de la salud han estado presente toda vez que ha sido necesario hacer conocer esos puntos de vista.

El orador señala que la importancia de los nuevos rumbos que se han trazado los Gobiernos y la Organización, así como la magnitud de los problemas que hay que resolver o aliviar, obligan a reflexionar seriamente sobre la concentración de esfuerzos de la Organización a fin de evitar la dispersión

de los mismos. Por otra parte, este se concatena muy estrechamente con el hecho real de la constante escasez de recursos y de la mejor manera de aprovecharlos.

La labor de la Organización en 1964, según el Informe, se expresa a través de 394 proyectos de diversa índole. Cabe reconocer el gran esfuerzo de la OSP por tratar de abarcar tan amplio campo, pero también preocupa el que se dispersen demasiado los esfuerzos y que no se pueda llevar a cabo una labor más enérgica.

En particular, le preocupa el problema de la malaria. En el informe se señala la falta de recursos y fondos, lo que reduce la eficacia de las actividades, ya que tiende a interrumpir las campañas antimaláricas y contribuye a la formación de cepas resistentes a las drogas. En tales condiciones, la campaña se complica, se prolonga y resulta más costosa.

A su juicio, es necesario emprender un ataque a fondo, en conjunto y sostenido, lo que se relaciona con el muy importante problema de las prioridades, tanto a nivel nacional como internacional. Las prioridades no son de igual importancia para la Oficina y para los países, pues la Oficina debe establecerlas en escala continental, y es posible que este orden de prioridad no convenga a los intereses de algunos países o que, con ello, la Oficina de la impresión de descuidar a otros. Pero es evidente que aún existen problemas de gran magnitud,

para la solución de los cuales se requiere una labor mucho más prolongada, y que los nuevos problemas deben atenderse sin descuidar los otros.

El Representante de los Estados Unidos de América destacó la importancia de la epilepsia, con lo cual manifiesta estar de acuerdo; si bien señala que hay otros campos que requieren atención. Según el orador, se han comenzado planes muy vastos, a los cuales es preciso continuar dedicándoles atención preferente.

A continuación, el Dr. Orellana señala que el fortalecimiento de los servicios de salud, a nivel nacional y local, sigue siendo una de las tareas más importantes y, que a este respecto, la Organización ha contribuido de manera singular en los últimos años, a través de sus actividades de asesoramiento y formación de personal. Se complace sobre manera observar en el informe el aumento del número de becas, dada la importancia fundamental de esta actividad. En efecto, sólo con personal adiestrado se puede facilitar el establecimiento de las estructuras básicas necesarias. Igualmente dignas de encomio son las actividades de promoción de seminarios y reuniones técnicas. A juicio del orador, el fortalecimiento de los servicios de salud puede limitarse en algunos países a áreas muy específicas, como, por ejemplo, a estadística; en otros, puede ser necesario continuar una actividad intensa tendiente a crear las estructuras sanitarias básicas.

En cuanto a las publicaciones, el orador considera que son de gran utilidad, pues permiten a los países organizar mejor sus propias actividades e informarse acerca de las técnicas, los procedimientos y progresos modernos. Debe darse singular apoyo a este programa, ya que las publicaciones de la OMS y de la OPS constituyen el medio más importante y práctico para divulgar conocimientos en esta materia.

Subraya también la importancia del tema de la colaboración entre los Ministerios de Salud y las Universidades, especialmente por lo que respecta a las Facultades de Medicina, y considera que se trata de un sector al que debe dársele la mayor atención, pues la universidad latinoamericana, al menos en las ciencias médicas, puede prestar una gran ayuda a la salud pública.

En lo que se refiere al abastecimiento de agua, el orador agradece la labor realizada por la Oficina en los últimos años y señala que Venezuela, que por buena fortuna se había adelantado desde hace años en esta tarea, logró redoblar sus esfuerzos en 1963, en gran parte debido a la ayuda económica prestada por el Banco Interamericano de Desarrollo. A este respecto, señala que, de ser económicamente posible, el sistema de abastecimiento de agua debe instalarse dentro de la casa o al menos debe instalarse un grifo dentro del solar, a fin de evitar que el agua tenga que ser llevada al hogar desde fuentes públicas distantes.

Finalmente, el orador se refiere al propósito o a la aspiración de incrementar el grado de atención médica a la población rural. Ya se ha señalado que se carece de personal y servicios básicos mínimos para cumplir estos objetivos. La experiencia de lo que en Venezuela se llama "medicina simplificada" puede ser interesante para ser considerada por el Consejo Directivo. Se trata de un sistema que en el futuro requerirá otras medidas para llevar al medio rural un mínimo de cuidados que, de otra forma, no podrían otorgarse de ninguna manera. Su objetivo principal es la atención de los casos más urgentes, sencillos y comunes, por personal auxiliar debidamente adiestrado y permanentemente supervisado. Este programa constituye la única solución para proporcionar servicios mínimos de atención médica a la población rural. Se ha preparado un manual al respecto, que está a la disposición de los Representantes. Desde luego, señala, ninguno de estos servicios puede prestarse sin que exista un servicio profesional permanente y fijo al nivel local.

El Dr. AGUILAR (Guatemala) felicita a los Representantes en quienes recayó la designación de autoridades, así como al Director y al personal de la Oficina por el Informe presentado.

Señala, a continuación, que en Guatemala se han superado algunos problemas de salud pública, tales como los relativos al tifo, la viruela y el Aedes aegypti. En cambio, subsisten otros con caracteres serios, entre éstos los que plantea la malaria, la desnutrición, la tuberculosis, la oncocercosis y la rabia.

La Delegación de su país está de acuerdo con las observaciones del Presidente respecto a la integración de los servicios preventivos y curativos, ya que con frecuencia la distinción entre la medicina asistencial y la preventiva, impide aprovechar en debida forma los esfuerzos que se realizan. En cuanto a la propuesta de incorporar a la enseñanza de la patología capítulos sobre prevención de enfermedades, deja constancia de que ese criterio se pone en práctica desde hace años en la cátedra universitaria de su país.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de su país ha llevado a cabo una reorganización completa en materia de salud mental, actividad en la que ha avanzado notablemente. Comparte los conceptos vertidos sobre la enfermedad de Chagas por los Representantes de la Argentina y de El Salvador; se trata de un problema que fue considerado recientemente por la Reunión de Ministros de Salud de los países centroamericanos, celebrada en Nicaragua.

El Dr. FERREIRA (Brasil) anuncia que presentará un proyecto de resolución para felicitar al Director y al personal de la Oficina por la labor realizada, de la que se da cuenta en el Informe Anual, así como por la forma de presentación del mismo.

A continuación se refiere a algunos puntos de especial interés para su país, entre los que se destaca la diferencia ya mencionada por el Director entre lo que se sabe en materia de salud pública y lo que en efecto se aplica. Señala que si bien, a veces hay que conformarse con situaciones inevitables, no se debe aceptar ese hecho como tal, sino luchar para superarlo. La escasez de recursos materiales de que se dispone, justifica la ansiedad de todo administrador, aun cuando en muchos casos el problema no es sólo de escasez de fondos, sino también de la debida utilización de los mismos.

A este respecto, se refiere al ejemplo del Brasil en relación con la labor de saneamiento básico. En dicho país, existen disposiciones legales según las cuales el 2% de la percepción tributaria debe dedicarse a obras de saneamiento, y de esa suma, la mitad corresponde a obras de abastecimiento de agua potable. Varios organismos tienen a su cargo la distribución de tales recursos, los que principalmente deben utilizarse para favorecer a las ciudades de menos de 5.000 habitantes, en las que vive el 60% de la población del país.

Considera también de mucho interés la preparación de personal especializado, tarea muy importante para los países que suelen denominarse "en vías de desarrollo". El problema consiste en encontrar la mejor forma de preparar dicho personal a nivel profesional en los centros de más facilidades y a nivel auxiliar, bajo la supervisión de personal, de preferencia contratado localmente.

En relación con el problema de los recursos, conviene que una parte importante de los gastos en personal auxiliar se destine al movimiento de ese personal, pues el envío de una enfermera, un inspector sanitario u otro personal de salud fuera de las ciudades representa considerables gastos para los países latinoamericanos.

Al preparar el presupuesto, hay que calcular que por lo menos el 60% de los fondos se inviertan en gastos de personal. Si se revisan las cifras más adelante, posiblemente se compruebe que esos gastos han ascendido al 80%, al 90% y hasta al 100 por ciento. Cuando se trata de aplicar los planes de economía, estas inciden casi invariablemente en el personal y no en el equipo u otros materiales.

Estas observaciones merecen ser tomadas en cuenta en relación con otro factor: la tendencia creciente, que no puede ignorarse, a que se registre una interferencia de la política partidaria en la administración de salud pública.

Es difícil hacer abstracción de este factor que se manifiesta con caracteres lesivos para las actividades de salud pública en la estabilidad administrativa, lo que es difícil de obtener en las campañas de erradicación. En su país al menos, todo trabajador es admitido en forma muy rápida a una condición de estabilidad en su empleo. Los funcionarios que, tras un breve período de adiestramiento, entran a trabajar en estas campañas, al poco tiempo adquieren derechos, lo que se refleja en el bajo rendimiento de sus servicios. Es preciso, pues, buscar un equilibrio entre los derechos que se confieren y los deberes del funcionario en cuanto al cumplimiento de sus funciones.

En cuanto a la dificultad existente para ampliar los servicios asistenciales, muy bien señalada por el Director. Señala que la necesidad de facilitar atención médica se relaciona con los recursos disponibles, y que en el costo de la atención hospitalaria, inciden también otros factores extraños al concepto de la salud pública. Al menos en su país no es fácil saber qué hospitales han sido proyectados y construidos sobre la base de estudios adecuados y habida cuenta de los intereses regionales, sino que, al contrario, ellos obedecen a simples intereses políticos. En el Valle de San Francisco, por ejemplo, en cierta oportunidad se proyectaron 32 hospitales; pero cuando hubo que decidir acerca de su

construcción, ese número se redujo a ocho, y años más tarde sólo cuatro o cinco pudieron iniciar sus actividades.

En el censo de camas de hospital que se efectuó en el Brasil, se comprobó que existen 20.000 camas, con sus correspondientes equipos, que no funcionan, debido a la falta de recursos financieros adecuados. En síntesis, construir hospitales es atractivo, pero lo que más se necesita es conseguir que funcionen bien.

El Dr. Ferreira espera tener en las Discusiones Técnicas la oportunidad de examinar más a fondo el problema de la erradicación. Por el momento, se limita a señalar que la erradicación puede considerarse como un arma de dos filos, pues en muchas áreas no puede afirmarse que la erradicación de una enfermedad se logre en un plazo definido, por no existir las condiciones mínimas necesarias. Por otra parte, estima que el concepto de erradicación es una nueva forma de hacer comprender a los administradores legos la significación económica de la campaña. Puede ser que el resultado final de algunas campañas de erradicación no se pueda apreciar en los plazos previstos. Pero aunque sea imposible garantizar la erradicación de una enfermedad, en un 100% en un plazo de cinco años, por ejemplo, siempre es preferible intentarla, a pesar de las limitaciones de tiempo. La erradicación es sobre todo un concepto de responsabilidad y de

método para quienes la emprenden, aunque sea necesario una extensión de los plazos previstos.

Termina manifestando el Dr. Ferreira que los comentarios formulados no se refieren al Informe del Director sólo en su expresión verbal, sino que se basan en un cuidadoso estudio de dicho documento en el Ministerio de Salud por un grupo especial. Señala que si se compara este informe con los de hace algunos años, resalta aun más su valor, pues el presente documento contiene abundantes informaciones, consejos y datos sobre realizaciones del más alto interés, todo lo cual se ha tomado en consideración al elaborar el proyecto de resolución presentado por su Delegación.

Dr. COMISSLONG (Trinidad and Tobago) congratulated the Director on his Report and the President and Vice-Presidents on their election as officers of the Meeting.

He referred to the United States Representative's statement at the previous session on the need for eradicating Aedes aegypti from the entire Caribbean area, and expressed the hope that that country's decision to intensify its campaign would exert the necessary influence to ensure that the problem was attacked on a regional scale.

An illustration of the importance of such an attack had been provided by the recent epidemic of dengue. Trinidad and Tobago, which had been free of A. aegypti, as well as other islands which had achieved good results in eradication programs but had been reinfested by that vector in large numbers, had suffered greatly. The recrudescence of A. aegypti might have been due in some cases to lack of support for the eradication work, or in others, to the development of vector resistance to the insecticides. How much more serious would it have been, he pointed out, had the epidemic been one of yellow fever instead of dengue.

With the assistance of the Organization, Trinidad and Tobago had carried out programs for the eradication of A. aegypti, malaria, and yaws and was making a serious

attempt to combat tuberculosis. Its geographic location made it extremely vulnerable to all the problems of disease infiltration from neighboring countries. As had been stressed by the Representative of Venezuela, unless the means could be devised to ensure that programs for the eradication of any communicable disease would be undertaken thoroughly and consistently by all concerned on a regional basis, efforts in individual countries would be nullified by the lack of cooperation in others. Just as disease was no respecter of boundaries, the concepts of eradication should be geographic rather than political.

El Dr. ALONSO (Cuba) felicita al Director por su Informe, el que es una fiel expresión de la situación de la salud de los pueblos de América.

A continuación se refiere a algunos aspectos de la labor del Ministerio de Salud Pública de su país en 1963, la que se ha desarrollado dentro de las normas planificadas para el cuatrienio 1962-1965 y para la cual contó con un presupuesto de \$126.052.000 que corresponde al 6,1% del presupuesto nacional. Ello ha permitido aumentar el número de hospitales de 87 en 1953 a 153, además de 162 policlínicos, 126 servicios de higiene y epidemiología, y otras instituciones. También hay en construcción nuevos establecimientos que representan cerca de 2.000 nuevas camas.

Señala que todas las actividades de salud están bajo la dirección de un solo organismo rector, el Ministerio de Salud Pública, y que la organización descansa en los principios de centralización normativa y descentralización administrativa y ejecutiva.

En cuanto a la asistencia médica, las unidades hospitalarias corresponden al área de atención; en ellas existen 45.201 camas, es decir, 5,5 camas asistenciales por 1.000 habitantes, de las que 4.922 están destinadas a tuberculosis, 4.130 a pediatría y 3.788 a obstetricia y ginecología. En las zonas rurales existen 43 hospitales y 122 dispensarios, atendidos por 322 médicos y 49 odontólogos.

Los problemas de la salud del niño tienen prioridad dentro de las tareas del Ministerio, por lo cual las camas asistenciales se han incrementado en un 500%, y se ha prestado máxima atención a la prevención de las enfermedades transmisibles y a la educación maternal. Se ha iniciado una campaña nacional para reducir las tasas de morbilidad por enfermedades diarreicas agudas, estableciéndose un control absoluto de las notificaciones en todo el territorio nacional. La tasa de mortalidad se redujo de 22,5 en el primer semestre de 1963 a 14,1 en el primer semestre de 1964, lo que equivale a una disminución del 40% de la mortalidad de uno a otro año.

Se ha puesto en práctica un nuevo programa de la lucha antituberculosa. La primovacunación con BCG intradérmica se está aplicando al 95% de los recién nacidos en instituciones

hospitalarias, que es donde se realiza el 70% de los partos del país. También se ha incrementado el tratamiento ambulatorio de enfermos y contactos y la pesquisa fotorradiográfica masiva, para la que existen 24 unidades fijas y 11 móviles. Se ha intensificado la aplicación sistemática de la quimioprofilaxis a los contactos, así como el control y el tratamiento domiciliario de los pacientes.

En 1962 se efectuó en el país la primera campaña nacional de vacunación antipoliomielítica en forma masiva con vacuna oral trivalente (tipo Sabin), en la que se vacunaron 2.187.855 niños que representaban el 37,5% de la población infantil menor de 15 años. En 1963 se revacunaron a los niños atendidos el año anterior y recibieron su dosis los nacidos después de la primera campaña; en esta ocasión el total de niños vacunados ascendió a 2.293.256, lo que representa el 89,8 de la población menor de 15 años. Desde 1962 sólo se han registrado dos casos, los cuales no fueron vacunados en dichas campañas, mientras que antes de 1962 el promedio anual de casos fue de 233. Señala que en el informe del Director no se hace mención de estas experiencias, que pueden ser de utilidad para el resto de los países del Continente.

A partir del año 1962 se intensificó la vacunación contra la difteria, tétanos, tosferina y tifoidea, y el programa de erradicación del paludismo se desarrolla según

lo previsto en cuanto a rociamiento; se activan los trabajos epidemiológicos y, desde el último trimestre de 1962, no se ha diagnosticado ningún caso autóctono de Plasmodium falciparum. La campaña de erradicación del Aedes aegypti se extendió durante el año a las tres provincias occidentales, con lo que se estima haber protegido a más del 40% de la población.

El Dr. Alonso manifiesta que se da gran impulso a las actividades de higiene ambiental, y que las obras sobre abastecimiento de agua y alcantarillado progresan de acuerdo con el respectivo plan de 15 años, aprobado en 1962. En 1962 se creó el Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos, con miras a resolver los serios problemas que enfrenta el país debido a sus escasas reservas acuíferas. Se construyen y están en estudio 50 nuevas presas que ampliarán las áreas de riego y permitirán el abastecimiento de los nuevos acueductos.

Se promulgó una nueva ley de Seguridad Social que, en su artículo quinto, dice: "El Estado garantiza la asistencia médica y odontológica, preventiva y curativa, hospitalaria general y especializada, la rehabilitación y reeducación médico-social a todo trabajador", ley que no implicó ninguna modificación sustancial de la estructura existente en materia de salud pública.

Refiriéndose a los efectos del huracán Flora en su país, el orador señala que dejó un saldo de más de 1.500 muertos y que la destrucción de bienes materiales fue considerable, pero que no se produjo ningún brote epidémico.

En 1963 se intensificaron las actividades de educación en salud, mediante una mejor utilización de todos los medios de difusión, como prensa, radio, cine y televisión.

En Cuba existen nueve médicos por cada 10.000 habitantes y dos escuelas de medicina con un total de 6.385 alumnos, y se estima que a partir de 1967 se graduarán en el país alrededor de 1.000 médicos anualmente. El Ministerio de Salud Pública creó la Subsecretaría de Docencia Médica, que dirige la formación de todo el personal auxiliar médico y se ocupa de la superación y perfeccionamiento de los graduados. La responsabilidad de la formación del personal médico auxiliar corresponde a la Escuela de Salud Pública "Carlos J. Finlay" que se encuentra bajo la dirección de la Docencia Médica Media y que, a su vez, es una de las dos Direcciones con que cuenta la Subsecretaría de Docencia Médica. En esta escuela se han graduado, a partir de 1959, 9.256 estudiantes, y en la actualidad otros 3.654 cursan estudios. Las cifras de personal de enfermería son las siguientes: enfermeras graduadas, 1.367, y estudiantes de enfermería 1.408; auxiliares de enfermeras graduadas 4.102,

y 942 estudiantes. Además, los cursos de auxiliares de enfermería han sido ampliados de 6 a 9 meses. En la actualidad existen diez escuelas de enfermeras y 25 para auxiliares de enfermería.

Dr. LAYTON (Observer, Canada) congratulated the President and Vice-Presidents on their election, and the Director on his Report.

He drew attention to what he considered a somewhat novel development in health promotion and education at the national level. In the previous year in Canada a group of high school students had launched their own special campaign to contribute to the attack on a specific disease--yaws. They called it the Students War Against Yaws (Project SWAY, or YAWS spelled backwards), and were planning it as their special contribution to Canada's centennial celebration in 1967.

More than 100 high schools had joined in the project and the number was expected to increase greatly in succeeding years. Yaws did not exist in Canada, and while the first contribution of funds to WHO was a modest amount, the WHO Director-General had very graciously described Project SWAY as a commendable display of idealism on the part of those students.

Dr. Layton cited that campaign to illustrate the tremendous potential for raising funds through such voluntary programs. If each high school student among a group of approximately one million, as in Canada, were to give one cent once a year, \$10,000 would be realized; or if each gave 25 cents--the equivalent of 3 pesos--four times a year, \$1,000,000 would be forthcoming. To promote their project, the Canadian students had adopted a slogan, suggested by WHO, to appeal to all young people: "For the price of an ice-cream sundae, a life can be transformed from misery to happiness."

An even more important feature of the project was its educational and informational value for the new generation, for it would make them more aware of what was being done for health throughout the world by WHO, and by PAHO in the Region of the Americas. Such an informed generation would provide the best hope for continuing and extending that essential work.

Possibly, that example would encourage the representatives to develop similar campaigns in their own countries, in order to promote greater public support and better awareness of health problems.

El Dr. ACOSTA (Colombia) manifiesta que, al referirse al Informe presentado por el Director, desea sumarse a las merecidas felicitaciones que el mismo y sus

colaboradores han recibido de oradores anteriores. En el Informe -agrega- se advierte como común denominador el hecho por todos reconocido de que, aunque se ha avanzado notablemente hacia el cumplimiento de los objetivos básicos de la salud pública, también es absolutamente cierto que hay serios problemas, determinados sobre todo por las limitaciones materiales y la insuficiencia de personal humano. Considera fundamental que la Organización reciba el estímulo necesario de sus Cuerpos Directivos para que se intensifiquen las investigaciones de estos aspectos, pues sin saber con qué se cuenta no se puede saber hacia dónde se va.

Debido a la deficiencia de recursos humanos, sumada al problema de los crónicos déficits presupuestarios de los países latinoamericanos en el campo de la salud, es cada vez más necesario que la planificación tome la iniciativa en la organización de los servicios. Como lo expresara hace pocas semanas, el Ministro de Salud Pública de Colombia, al inaugurar el estudio para conocer los recursos humanos en medicina y enfermería de ese país, los Gobiernos deben conocer la magnitud del problema a fin de que puedan interesarse en forma permanente en su solución. Este estudio tiene por objeto primordial conocer, por ejemplo, qué tipo de médico necesita un país, y en esa forma se vincula con otro de los puntos básicos considerados en el Informe, como es la necesidad de establecer una conexión e integración permanente

entre los servicios de salud, las campañas de salubridad y asistencia y las facultades de medicina.

El orador estima que el estudio que se realiza, con el patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud, el Milbank Memorial Fund y el Ministerio de Salud Pública de Colombia, y con la colaboración y responsabilidad conjunta de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, marcará un jalón verdaderamente práctico en los nuevos sistemas de planificación que es preciso adoptar.

En cuanto a la citada Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, señala que ésta viene funcionando desde hace siete años con bastante éxito y que es una de las formas de realización práctica que se han desarrollado en el país en lo referente a la coordinación docente entre los organismos de salud y las facultades de medicina, ya que en ella se reúnen las siete facultades existentes en el país y mantiene un enlace directo con el Ministerio de Salud Pública. Además, coopera con las agencias del Gobierno a todo nivel y con las diversas asociaciones científicas reconocidas en la reglamentación del ejercicio de la medicina y de sus especialidades.

En lo referente a la necesidad de intensificar las campañas de erradicación y especialmente la de erradicación de la malaria, el orador informa que Colombia, consciente

de la importancia del problema, y a fin de no perjudicar a sus vecinos con una campaña insuficiente, ha logrado, con grandes esfuerzos, aumentar para el año próximo en cerca de un millón de dólares el presupuesto respectivo.

Finalmente, felicita al Director por haber considerado en su presentación verbal el problema de la coordinación con los servicios de seguridad social, al que también se refirió el Secretario de Salubridad y Asistencia de México, Dr. Alvarez Amézquita. No podemos continuar -dice- con esta carrera loca de duplicación y de instituciones fantasmas de esta naturaleza, cuando la población de los países americanos está luchando por suprimir las discriminaciones y los privilegios.

La Sra. ELDRIDGE (Observadora, OEA) transmite a la reunión los cordiales saludos del Secretario General de la Organización de los Estados Americanos, Dr. José A. Mora. A continuación señala que como organismo especializado más antiguo de la OEA, la OPS ocupa un puesto de distinción en el sistema interamericano, y su contribución al bienestar de los pueblos del Nuevo Mundo ha sido amplia, profunda y tangible.

Después de resumir el desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud en los últimos años, tal como se

manifiesta en el aumento de su presupuesto y en la construcción del nuevo edificio para su Sede, pone de manifiesto que la cooperación en programas de interés mutuo ha sido por mucho tiempo un principio primordial para ambas entidades, y cada vez más ha venido convirtiéndose en práctica cotidiana.

El examen del Informe del Director revela que las dos entidades participaron en las actividades del Centro de Adiestramiento para el Desarrollo de la Comunidad (CREFAL); que la Secretaría General colaboró en el curso de nutrición de la OPS para trabajadores sociales, organizado en el Instituto Interamericano del Niño, con sede en Montevideo, y que una comisión asesora bipartita realizó un estudio en El Salvador sobre las medidas que podrían adoptarse para fomentar una comprensión mejor y relaciones más estrechas entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social. Desde el establecimiento del Programa de Becas de la OEA, la OSP ha prestado incomparable ayuda al evaluar las solicitudes de becas en materias concernientes a la salud, las que ascendieron a 237 en 1963.

Otra esfera de colaboración es la del Programa de Cooperación Técnica de la OEA, mediante el cual se proporcionaron recursos financieros y de otra naturaleza a dos proyectos a cargo de la Oficina Sanitaria Panamericana: los cursos sobre

diseño de sistemas de abastecimiento de agua, y el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. De los fondos especiales de la Alianza para el Progreso, administrados por la Unión Panamericana, se facilitaron ciertas sumas para sufragar las actividades de la OPS que tienen por finalidad ayudar a los países de América en la formulación de planes nacionales de salud y el adiestramiento de planificadores. Entre esas actividades cabe mencionar la reunión de Ministros de Salud-Grupo de Estudio y la concesión de becas para el estudio de la administración pública en materia de salud.

Señala que la atención médica es un campo en que ha habido una cooperación particularmente estrecha entre las dos organizaciones, pues desde hace algún tiempo la Unión Panamericana se ha interesado en el problema de la coordinación de los servicios médicos y otros servicios nacionales. Como resultado de los estudios de expertos en previsión social celebrados bajo los auspicios de la Unión Panamericana, y en los que cooperó la Organización Panamericana de la Salud, se ha preparado la publicación Atención Médica en América Latina, presentada como documento de referencia en la reunión del Consejo Directivo.

Respecto a la coordinación de los servicios de atención médica, manifiesta que la Unión Panamericana está planeando, en colaboración con la Oficina Sanitaria Panamericana, una serie de proyectos concretos mediante los

cuales se ofrecerá a los funcionarios a cargo de programas de atención médica en los Ministerios de Salud y en los Institutos de Previsión Social, la oportunidad de estudiar y discutir todos los aspectos de este problema.

Entre los últimos acontecimientos en el campo de la organización internacional, señala que, a la par con el aumento del número de entidades que se ocupan de problemas especiales, se ha ido destacando cada vez más la necesidad de establecer una coordinación y cooperación más estrecha entre ellas. Cada día se reconoce con mayor claridad que los problemas del desarrollo económico y social tienen muchas facetas y que éstas se han de considerar conjuntamente para poder alcanzar soluciones satisfactorias. En virtud de esa tendencia, parece evidente que habrá una mayor integración de todos los programas de la organización regional que tienen por finalidad lograr un bienestar mayor para todos los pueblos de América. Además -expresa- hay razones para esperar que estos programas se llevarán a cabo con más rapidez, gracias a la intervención del Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso (CIAP), recientemente establecido para examinar desde el punto de vista multinacional las necesidades de desarrollo de los Estados Miembros y los recursos disponibles para satisfacerlas, así como para formular recomendaciones acerca de la asignación de fondos públicos conforme a las metas de la Alianza para el Progreso. El CIAP no dejará

de reconocer la importancia de los programas de salud y es de esperar que, mediante sus esfuerzos, se proporcionará con mayor facilidad el necesario financiamiento.

A la luz de la tendencia hacia el esfuerzo integrado, la Sra. Eldridge termina diciendo que la Unión Panamericana espera que sus relaciones con la Oficina Sanitaria Panamericana sean cada vez más estrechas, en la seguridad de que, mediante el esfuerzo unido, podrá lograrse más rápidamente el objetivo que se persigue: una vida más abundante, más completa y saludable para los hombres, mujeres y niños de toda América, objetivo para cuyo logro la Organización Panamericana de la Salud ha aportado y sigue aportando una gran contribución.

Se suspende la sesión a las 10:40 a.m.
y se reanuda a las 11:05 a.m.
The session was recessed at 10:40 a.m.
and resumed at 11:05 a.m.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) agradece, en nombre del Director General de la Organización Mundial de la Salud y de los miembros del personal, las palabras de estímulo que los Representantes han pronunciado en el curso del debate al comentar el informe de las actividades desarrolladas por la Oficina Sanitaria Panamericana en 1963; destaca que se trata de labores realizadas por los Gobiernos, para las cuales éstos han estimado necesaria, en grado variable, la colaboración de ambas Organizaciones.

Subraya que dichos comentarios sirven para interpretar mejor la política que los Gobiernos desean que lleve a cabo la Organización, y que se ha de traducir en métodos de trabajo cada vez más ajustados a las características de cada Gobierno y de cada país, señalando nuevas áreas de interés de los Gobiernos. Considera que de los debates desarrollados hasta ahora habría que diferenciar lo nuevo de lo tradicional y que, como ha señalado en su intervención el Representante de Venezuela, tiene relación con el problema de la concentración versus la dispersión de los recursos de la Oficina Sanitaria Panamericana. Precisa que entiende por nuevo aquello que no ha ocupado un lugar preminente en las actividades de la Organización y señala que, en general, la Oficina ha colaborado en los problemas de mayor significación.

Agrega que ha tomado nota del interés expresado por algunos Representantes en el sentido de que la Organización estudie la situación de los enfermos de epilepsia, tema muy importante, que está en relación con las actividades de higiene mental que la Oficina Sanitaria Panamericana ha intensificado en los tres o cuatro últimos años. También se hace eco del deseo de otros, por expandir los beneficios de la inmunización contra el sarampión, actividad a la que se han dedicado algunos esfuerzos en dos países del Continente. Igualmente -señala el Dr. Horwitz- se ha observado el interés reiterado por varios gobiernos en relación con comentarios al Informe Anual, interés reflejado particularmente en una proposición del Secretario de Salubridad de México en el sentido de que la Oficina propicie la creación de una Comisión Latinoamericana que se ocupe de los problemas de la construcción y dotación de hospitales, asunto respecto del cual el Delegado del Brasil, al referirse a una experiencia de su país, puso de relieve la necesidad de proceder cuidadosamente en la determinación de las necesidades de cama y hospital teniendo en cuenta las tendencias de la morbilidad y la mortalidad en el Continente.

Son entonces asuntos -agrega- que podrían considerarse nuevos en relación con la tradición, y que parecieran revelar que los Representantes de los Gobiernos, no desearían que la Oficina intensificara en exceso sus labores en

lo tradicional, al menos en medida tal que llegara a detenerse un progreso que a su juicio es incontrarrestable. No debe perderse de vista que el proceso de desarrollo en las Américas de lugar a que en el seno de cada país, al lado de centros que tienen un alto grado de desarrollo tecnológico, existan zonas rurales a las cuales el progreso o no ha llegado o ha llegado todavía en forma muy limitada. Y como hay consenso en que la función de prevención y curación de las enfermedades no puede realizarse haciendo caso omiso de las corrientes de la economía y del bienestar social, es evidente que los programas de salud de los Gobiernos tienen que ajustarse a este hecho, y los programas de la Oficina, que son consecuencia de aquellos, con mayor razón.

Por lo tanto, continúa el Director, el problema que se le presenta a la Oficina para resolver lo que parecería un dilema entre concentración y dispersión no es tal; se reduce a reconocer cuáles son los problemas de mayor significación, para concentrar en ellos el mayor volumen de sus recursos, sin olvidar los que son de interés de los Gobiernos, por beneficiar a sectores de población tecnológicamente más avanzados dentro de cada país, de los cuales también hay que preocuparse. Señala que es significativo el que, tal vez con mayor claridad que nunca, se haya planteado en

el seno de la Organización cuál es el destino de la erradicación de las enfermedades transmisibles, pues según el análisis hecho por el Representante de los Estados Unidos de América y por otros, entre ellos el del Brasil, la erradicación es ante todo un concepto y un modo de pensar y por ello no termina cuando la enfermedad se ha eliminado, sino que posiblemente empieza para muchos países en la medida en que todavía existan focos en la región a la que pertenecen. Por ello preocupa tanto la existencia de casos de viruela en un país que no ha erradicado la enfermedad, como el bajo nivel de inmunizaciones en aquellos que han logrado eliminarla.

El hecho de que hayan reaparecido casos en países que durante varios años no los acusaron y que hayan reaparecido en zonas profundas de la selva en poblaciones nómadas, permitiría decir teóricamente que la erradicación no se realizó; en efecto, un reciente Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud, declaró que debiera abandonarse la tesis de la inmunización del 80% de las poblaciones en materia de viruela y hablar simplemente del 100% así como adoptar la misma terminología usada en las tareas de erradicación de la malaria. Lo ocurrido en algunos países a los que se hizo referencia, en los que la viruela reapareció porque las poblaciones nómadas del interior de la selva no fueron inmunizadas, indicaría que no se cumplió

con los postulados de la erradicación y que los Gobiernos tienen que considerar estas poblaciones para lograr el propósito perseguido.

Afirma el Dr. Horwitz que el tema esencial de la discusión, a su juicio, se sintetiza en esta pregunta: ¿ Debe la América Latina en el momento actual de su desarrollo, con variantes que van de lo muy avanzado a lo muy retardado, con 108 escuelas de medicina, con universidades varias veces centenarias, limitarse exclusivamente a la eliminación de enfermedades y olvidar los otros problemas que están haciéndose cada vez más prevalentes? En su opinión no debe procederse así, pues no es concebible que la erradicación de las enfermedades no pueda hacerse de la mano con el mejoramiento de los servicios locales de salud.

Ahora bien -prosigue- cuando hablamos del mejoramiento de los servicios locales de salud surgen de inmediato, como lo han manifestado varios Representantes, los problemas fundamentales: la formación de técnicos; la disponibilidad de auxiliares para el medio rural; la integración de lo preventivo con lo curativo en todos los niveles de la acción de un país, a que se refirió el Secretario de Salubridad de México; la regionalización de los servicios; y, puede agregarse, la educación continua, para lo cual se propuso un diálogo más activo entre las universidades y

los Servicios Nacionales de Salud. En suma, es de creer que la Oficina Sanitaria Panamericana seguirá desarrollando en los años por venir un programa diversificado; tanto más cuanto que por lo que hace a las actividades básicas de salud, los Gobiernos, como ya lo están haciendo en gran medida, tenderán a resolverlas con sus propios recursos sin ninguna asesoría internacional. Requerirán entonces esa asesoría más y más para los campos nuevos, para la especialización, o para algunas actividades básicas que el tiempo nuevo está demostrando que son también importantes; por ejemplo, la planificación de la salud en consonancia con la del desarrollo, la búsqueda de mejores caminos para planificar las funciones de prevención y curación.

Creemos -agrega el Director- que lo que la Oficina Sanitaria Panamericana ha hecho desde la Carta de Punta del Este es valioso; ha concentrado sus esfuerzos en adiestrar técnicos en planificación, en buscar una metodología que sea efectiva. Claro está que jamás hemos dicho que esta metodología es única, que no haya ninguna otra forma de planificar la salud. Posiblemente, la mejor expresión de esto son los estudios sobre recursos humanos y educación médica a que se refirió el Representante de Colombia, que en última instancia revelan caminos diversos para llegar al mismo asunto: ordenar los problemas para invertir mejor los recursos, que son escasos. Pueden citarse también, en

relación con esto, los ensayos sobre medición de rendimientos de recursos existentes, que se han iniciado en el año en curso en el Departamento de Barahona, en la República Dominicana, con gran apoyo de su Gobierno, los que a su vez muestran otro camino para llegar nuevamente a la correlación entre recursos y necesidades.

Concluye el Dr. Horwitz manifestando que, tal vez más que en ningún otro año reciente, el debate ha sido extraordinariamente valioso para el futuro inmediato, de la Organización. Sería de desear que estas ideas sobre las relaciones entre las nuevas áreas de trabajo y lo tradicional se relacionaran con la discusión del programa y presupuesto para los años 1965 y 1966, tanto de la Organización Panamericana de la Salud como de la Organización Mundial de la Salud. Para terminar, hace constar su profunda gratitud para los Gobiernos, para el Presidente de la reunión y para los Representantes; y afirma que el pensamiento de la América Latina de hoy en materia de salud es un pensamiento moderno, que respeta las funciones esenciales pero que no deja de mirar los nuevos rumbos que el Continente debe seguir en esta función, que es esencial.

Decisión: se acuerda por unanimidad tomar nota del Informe Anual del Director, correspondiente a 1963 (Documento Oficial No. 56), felicitarle tanto por la excelente labor realizada durante el año como por la presentación del Informe, y hacer extensiva esta felicitación al personal de la Oficina.

/Decision: it was unanimously agreed to take note of the Annual Report of the Director for 1963 (Official Document No. 56), to congratulate him on the excellent work accomplished during the year and the manner in which the Report was presented, and to extend congratulations to the staff of the Bureau./

Se levanta la sesión a las 12:05 p.m.
The session was adjourned at 12:05 p.m.



directing council

PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

regional committee

WORLD
HEALTH
ORGANIZATION



XV Meeting

Mexico, D.F.

XVI Meeting

Wednesday, 2 September 1964, at 9:15 a.m.

CD15/36 (Eng.)
CORRIGENDUM
5 October 1964
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE THIRD PLENARY SESSION

Page 18, first four lines of the third paragraph:

Should read: "The importance of doing so was illustrated by the recent epidemic of dengue; Trinidad and Tobago had escaped because it was free of A. aegypti. Other islands, which had achieved good initial results in eradication..."

Page 19, first paragraph, line 10:

Substitute concepto for conceptos.

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD
XV Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD
XVI Reunión



México, D. F.

Miércoles, 2 de septiembre de 1964, a las 2:30 p.m.
Wednesday, 2 September 1964, at 2:30 p.m.

CD15/37

5 septiembre 1964

ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA CUARTA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE FOURTH PLENARY SESSION

Presidente: Dr. José Alvarez Amézquita México
President:

Indice
Contents

Acuerdos de la Comisión General
Decisions of the General Committee

Tema 8-A: Proyecto de Programa y Presupuesto de la
Organización Panamericana de la Salud para
1965 (Documento Oficial 52)

Item 8-A: Proposed Program and Budget of the Pan American
Health Organization for 1965 (Official Document 52)

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Actas (Oficina 522, quinto piso) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto, dentro de las 48 horas siguientes a su distribución. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify the Minutes Service (Room 522, fifth floor) within 48 hours after distribution, of any changes they wish to have made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the Meeting.

Indice (cont.)
Contents (cont.)

- Tema 8-B: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1966 (Documento Oficial 52)
- Item 8-B: Proposed Program and Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for 1966 (Official Document 52)

ACUERDOS DE LA COMISION GENERAL
DECISIONS OF THE GENERAL COMMITTEE

El PRESIDENTE declara abierta la sesión e invita al Dr. Sutter a que informe sobre los acuerdos tomados en la Comisión General.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) expone que la Comisión General, en su segunda sesión, acordó aceptar la invitación de su Presidente, Dr. José Alvarez Amézquita, Secretario de Salubridad y Asistencia de México, para asistir a la ceremonia inaugural del Congreso Nacional de Hospitales que abrirá oficial y solemnemente mañana a las 10:00 a.m. el Señor Presidente de la República, Licenciado Adolfo López Mateos, y celebrar sesiones plenarias el sábado 5 de septiembre de 9:00 a 11:00 a.m. y de 2:30 a 6:00 p.m.

El Dr. Sutter añade que la Comisión había establecido el orden del día para las próximas sesiones, que ya se ha distribuido a los Representantes, y que acordó asimismo que el Tema 35 (Estudio de las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud así como otros organismos gubernamentales de salud) se examinara el lunes 7 de septiembre.

El PRESIDENTE indica que, además, durante el acto de inauguración del Congreso se hará entrega de dos diplomas: uno de ellos al Dr. Candau, Director General de la OMS, y el otro al Dr. Horwitz, Director de la OSP, por su interés en el desarrollo coherente de hospitales en el mundo y, muy en particular, en México.

- TEMA 8-A: PROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA 1965 (Documento Oficial No. 52)
- ITEM 8-A: PROPOSED PROGRAM AND BUDGET OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION FOR 1965 (Official Document No. 52)

El PRESIDENTE manifiesta que seguidamente el Dr. Horwitz, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, hará la presentación de los proyectos de programa y presupuesto de la Organización.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) manifiesta que se referirá al programa de la Organización como una unidad y que, seguidamente, el Dr. Portner, Jefe de Administración, abordará los aspectos presupuestarios de cada una de las tres partes del tema. Señala que es muy atinada la observación del Representante de Venezuela en el sentido de que los rumbos de acción de la Oficina Sanitaria Panamericana emanan de los deseos de los Gobiernos, expresados en el Consejo Directivo y a través de la Oficina como tal, pudiendo afirmarse que la política de la Organización refleja la política de los Gobiernos Miembros. Así, por ejemplo, entre los factores que han intervenido en la preparación del programa de la Oficina Sanitaria Panamericana para un período determinado, en este caso, el año de 1965 en la parte que corresponde a la Organización Panamericana de la Salud, y para 1966, en relación con la OPS y la OMS, cabe mencionar la política determinada por los Gobiernos Miembros, tanto en

el seno de la Asamblea Mundial de la Salud, como en el de los Cuerpos Directivos, ya sea en el Consejo Directivo, o la Conferencia, según sea el caso. También han influido, sobre todo en los últimos años, las tendencias del desarrollo en el Continente. La Organización tiene muy en cuenta la orientación del desarrollo en las Naciones Unidas, así como los dictámenes de los Gobiernos expresados en el Acta de Bogotá y en la Carta de Punta del Este, documentos en los cuales, como ya se ha señalado, existe un importante contenido en materia de salud. Además, se deben tomar en consideración las resoluciones de los Cuerpos Directivos sobre problemas específicos acerca de métodos para resolver estos problemas. El mejor ejemplo a este respecto es el de la erradicación de la malaria que ha sido ya motivo de un análisis muy detenido. A igual nivel de importancia, figuran las proposiciones que formulan directamente los Gobiernos a la Oficina para obtener asesoramiento en relación con determinados problemas seleccionados por ellos. Naturalmente, la Oficina facilita dicho asesoramiento en la medida de sus posibilidades y de acuerdo con sus normas de acción. No se trata de complicar el mecanismo de formulación del programa, sino que, evidentemente, es preciso considerar los recursos existentes, y su posibilidad de aumentarlos. En esto se basa la tendencia presupuestaria que tanto la Organización Mundial de la Salud en su programa

ordinario como en el Programa Ampliado de Asistencia Técnica, y la Organización Panamericana de la Salud han seguido en los últimos años. De esta serie de variables deriva, pues, la formulación de un programa, el que, una vez aprobado por los Cuerpos Directivos, debe revisarse y ajustarse cada tres meses, ya que su estudio se inicia con dos años de anticipación.

A continuación, el Dr. Horwitz señala las repercusiones que en la formulación del programa puede tener el cambio de las autoridades de salud en los países del Continente. Las ideas y experiencias de las autoridades elegidas en un momento dado se reflejan necesariamente en el tipo de colaboración internacional que solicitan. Pero, a pesar de estas dificultades, los planes nacionales fomentan en el mundo la colaboración internacional, y cabe esperar que una vez formulados estos planes no se interrumpen aunque haya cambio de autoridades de salud en los países, porque esta continuidad permitirá, evidentemente, orientar mejor la labor internacional. En el futuro, las gestiones ministeriales se reflejarán en el cumplimiento de los objetivos de programas esenciales, más que en el estudio de nuevas áreas. Sin embargo, hay que reconocer que en la actualidad, como en el pasado, todos los gobiernos tienen una política de salud, la que se refleja en el presupuesto nacional y que

la Organización tiene que considerar a fin de llegar a lo que se podría llamar el plan de la Oficina Sanitaria Panamericana para un período determinado.

Ahora bien, en cuanto a si este plan debiera ser en cierto modo autónomo, es decir independiente de la labor que cada Gobierno realiza en un período dado, o si debiera ser consecuencia de esa labor, el Director estima que la Organización no es un organismo supergubernamental o supernacional, sino internacional y, por lo tanto, de colaboración y asesoramiento y que sus actividades deben basarse en los planteamientos de cada Gobierno. Por eso, lo que se llama el plan de la Oficina Sanitaria Panamericana es un conjunto de proyectos que los Gobiernos aprueban, después de analizarlos, y que se realizan en un período determinado teniendo en cuenta la serie de variables que mencionó al comienzo de su intervención.

Los objetivos del plan, en general, y de cada proyecto, en particular, son definidos por los Gobiernos, y la Organización procura mejorar las técnicas para evaluar cada uno de esos proyectos, colaborando, naturalmente, con el Gobierno respectivo, a fin de comprobar que se han alcanzado los objetivos establecidos. Por lo tanto, si en el enunciado y en el detalle de algún proyecto que se presente en el Documento Oficial No. 52 no se señala un objetivo,

ello se debe a que por el momento el Gobierno no lo ha expresado. En situación excepcional está la erradicación de las enfermedades, pues, como ya se señaló, en este campo se trata de un objetivo absoluto. Sin embargo, no se puede erradicar una enfermedad en un lapso determinado, y en un período dado la erradicación debe traducirse en un conjunto de actividades llevadas a cabo mediante métodos de probada eficacia. La Organización se esfuerza cada vez más por incorporar en el programa de actividades objetivos definidos que puedan medirse.

El Dr. Horwitz, señala a la atención de los Delegados el análisis de cada programa en general, que figura en las páginas 16 a 32 del Documento Oficial No. 52, en las que se describe el carácter del asesoramiento y los fondos que se proyecta destinar. Para facilitar el estudio de esta parte del presupuesto se ha utilizado la técnica de presupuesto por programa, que fue aprobada hace dos años por los Cuerpos Directivos. Se trata simplemente de un método que en un organismo internacional facilita el examen del conjunto de actividades que se propone cumplir. Al nivel nacional, sin embargo, se convierte en un elemento indispensable en el cual culmina todo el proceso de planificación. La Oficina está en antecedentes de que, gracias a la acción conjunta de la Organización de los Estados Americanos, del Banco Interamericano de Desarrollo y de la CEPAL, en diversos

países los Gobiernos están introduciendo este método en la formulación de sus presupuestos nacionales, de modo que no tan sólo se aplica en el campo de la salud, sino en las distintas instituciones que forman parte de la organización estatal, y esta es una iniciativa saludable.

En relación con el resumen de las actividades principales por programas, que figura en las páginas 14 y 15 del documento en estudio, el Director manifiesta que se referirá esencialmente a funciones por cumplir y no a la estructura misma de la Oficina ni tampoco al origen de los fondos, con lo cual quiere señalar que las aportaciones de los Gobiernos a través de la Organización Panamericana de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud, así como las aportaciones voluntarias de los Gobiernos e instituciones filantrópicas y los fondos de otros organismos constituyen un todo funcional. Explica que la clasificación de los programas y actividades es la aprobada por los Delegados, y que la definición de las funciones comprende: protección de la salud, fomento de la salud y educación y adiestramiento.

En materia de protección de la salud se distinguen las actividades relativas a las enfermedades transmisibles y al saneamiento del medio, o sea la acción directa sobre las personas y sobre el ambiente. Señala que en 1966, se proyecta invertir en protección de la salud el 36,4%, en

comparación con 37,8% en 1965; y en enfermedades transmisibles las cifras respectivas son 23,9% y 25,6 por ciento. Por razones evidentes, la malaria ocupa un lugar especial entre las enfermedades transmisibles, y la proporción asignada a dicha enfermedad es de 15,9% en 1965 y de 14% en 1966. El Dr. da Silva, Jefe del Departamento de la Erradicación de la Malaria, dará cuenta de los detalles que justifican esta disminución de las inversiones. El Dr. Horwitz se interesa en señalar que, a pesar de la importancia y trascendencia que se concede a la erradicación de las enfermedades transmisibles, desde el punto de vista de la colaboración internacional, que es complementaria y no sustitutiva, llega un momento en que los Gobiernos cuentan con toda la experiencia, los conocimientos y los recursos necesarios para realizar el programa directamente y, en estas condiciones, la asesoría debe orientarse hacia aquellas áreas que plantean problemas. Este es el fenómeno que se advierte desde 1955 en la erradicación de la malaria en el Continente. La disminución de las inversiones se explica porque en algunos países la campaña de erradicación ha entrado en la fase de consolidación en extensas zonas del territorio, por lo cual no se requiere de una colaboración internacional importante como en el pasado. En la página 16, donde se presenta una síntesis del problema de la malaria y se indican los progresos realizados hasta la fecha, se dice

que "Al finalizar el año 1963, todos los países de las Américas afectados por la malaria contaban con programas de erradicación." Se señala, además, que el total de la zona originalmente malárica abarcaba una extensión de 16,3 millones de kilómetros cuadrados, con una población de 152 millones de habitantes. De este total, 56,5 millones residen ahora en áreas donde la enfermedad ha sido erradicada en años recientes (46 millones en los Estados Unidos de América); 33,9 millones viven en áreas que han pasado a la fase de consolidación y donde ya se ha detenido la transmisión y se han suspendido las operaciones de rociamiento de casas, 31,9 millones se encuentran, actualmente, en fase de ataque, en la que todavía se llevan a cabo operaciones de rociamiento de viviendas u otras medidas de ataque, y 29,7 residen en áreas donde se ha iniciado la fase preliminar o donde todavía no ha comenzado el programa. No obstante unos 15 millones de estos últimos han sido reclasificados sólo temporalmente en la fase preliminar, mientras se reúnen pruebas en que habrá de basarse su redistribución en las fases de mantenimiento, consolidación y ataque. Sólo hay un país en que no existe ningún programa en marcha, y ello se debe a dificultades de carácter financiero y administrativo.

Agrega el Dr. Horwitz que de la erradicación de la malaria no se debe destacar lo negativo olvidando lo

positivo, y que sería más importante tener presente los millones de personas que viven en lugares donde la enfermedad se ha erradicado o donde su peligro es muy relativo, por estar en la fase de consolidación. No hay que olvidar que sólo hace seis años que la Oficina realiza una intensa actividad en el Continente para resolver un problema que afectaba a millones de seres humanos.

Seguidamente, el Director señala que se referirá a enfermedades transmisibles que han sido objeto de comentarios por parte del Consejo. La Oficina Sanitaria Panamericana ha venido ocupándose de la erradicación de la viruela casi desde el año de 1950. En esta época, la Organización inició una actividad sistemática en ese campo, concentrándola de preferencia en la producción de una vacuna disecada. Desde entonces, han transcurrido 14 años. En la actualidad, se experimenta angustia porque el número de casos conocidos fluctúa entre 2.000 y 3.000, pero en la década del 1940, había de 20.000 a 30.000 pacientes, y si bien cabe reconocer que, en extensión territorial, el éxito no sea tan admirable, ya que no se ha inmunizado a las poblaciones nómadas, la verdad es que, en comparación con otras regiones del mundo, casi se ha llegado a la primera etapa de la erradicación, es decir a la eliminación de la enfermedad. Por otra parte, está totalmente de acuerdo con aquellos que insisten en terminar la campaña de erradicación lo antes posible.

La Oficina ha aportado en este campo su colaboración internacional, en el sentido de haber asesorado a los Gobiernos para producir una vacuna de buena calidad y en cantidad suficiente y de haber ofrecido oportunidades de adiestramiento a este respecto, como también en la organización de programas de erradicación y en relación con el intercambio de vacunas que cada día se intensifica. La realización del programa formulado es responsabilidad de los Gobiernos, tanto de los que han eliminado la enfermedad como de aquéllos que aún deben hacer frente a casos residuales. De otro modo, todo el presupuesto de la Oficina no bastaría para realizar directamente las necesarias. Por eso, la partida correspondiente parece relativamente pequeña; pero debe tenerse en cuenta que han transcurrido catorce años de esfuerzos en este campo, con las correspondientes inversiones.

En cuanto a la propuesta del Dr. Terry, de que la Oficina procure emprender un programa más amplio de control de tuberculosis, conviene esperar el resultado de las deliberaciones sobre este problema, así como las conclusiones del Seminario que tendrá lugar en Venezuela, en noviembre próximo, en que, sin duda, se señalarán medidas muy prácticas para avanzar en ese campo. No hay que olvidar, a este respecto, que antes del año 1948, casi en todos los países latinoamericanos la mortalidad por tuberculosis era superior a 200 defunciones por 100.000 habitantes y hoy, en cambio,

fluctúa entre 20 y 50 y es, evidentemente, más difícil disminuir la mortalidad de 50 a 20 que de 200 a 500.

En cuanto a la lepra, el Dr. Horwitz señala que la Oficinase propone continuar aplicando las recomendaciones del Seminario que se celebró en Cuernavaca en noviembre del año pasado, recomendaciones que en los últimos meses han despertado gran interés en los países. Naturalmente, se están descubriendo muchísimos más casos de los que se conocían, pero todavía hay más de 50% de pacientes que no reciben tratamiento y, a pesar de que el registro es muy incompleto, el año pasado se registraron más de 6.000 casos nuevos. Al parecer, la orientación en este campo es acertada, y la Organización se propone seguir colaborando y facilitando asesoría directa, mediante cursos de adiestramiento, e incluso realizar un primer esfuerzo hacia la rehabilitación de los lisiados como consecuencia de la lepra, en un curso que se organizará en Venezuela a mediados del año próximo.

En materia de treponematosis, el Director manifiesta su convicción de que ha llegado el momento de proceder a una verdadera evaluación del problema de la frambesia, porque en los últimos años parece haberse llegado a una posición un tanto estática, en la que si bien se registra una muy baja incidencia de dicha enfermedad, ésta se sigue presentando. Ahora bien, es posible que esta evaluación demuestre

que la ausencia de servicios rurales, aunque sea mínima, constituye el mayor de los obstáculos para completar la erradicación de la frambesia.

Refiriéndose a las zoonosis, el Dr. Horwitz anuncia que ha recibido del Ministro de Salud de la Argentina la aprobación a la propuesta de la Oficina de que se busque la manera de conseguir recursos adicionales para ampliar las actividades del Centro Panamericano de Zoonosis, y que, naturalmente, cuando se logre obtener esos medios, se presentarán a la consideración del Comité Ejecutivo y del Consejo Directivo. En cuanto a las enfermedades que son motivo de preocupación actual, como la rabia, la hidatidosis, la brucelosis, y la tuberculosis bovina, existe también una larga trayectoria de progreso, pero los recursos para enfrentar estas enfermedades son insuficientes. La Representante de la Organización de los Estados Americanos mencionó la fiebre aftosa y, a este respecto, el Dr. Horwitz señala el creciente interés de la Oficina por controlar dicha enfermedad que tiene tanta importancia para la nutrición por la pérdida de proteínas de origen animal que supone para los pueblos de América Latina. Cabe esperar que la Oficina siga contando con los fondos del Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos a través del CIES; esta necesidad se puso de manifiesto en la reciente reunión de Ministros de Agricultura que la Oficina patrocinó en

Río de Janeiro, en junio pasado. En esa ocasión, los Ministros de Agricultura de la América del Sur presentaron programas concretos para reducir substancialmente la incidencia de dicha enfermedad y se señaló la conveniencia de efectuar gestiones ante los organismos de crédito para financiar esos programas. Ya se han hecho las primeras gestiones con el Banco Interamericano de Desarrollo sobre este aspecto. Es de esperar que el Banco se ocupe de este problema que, según se estima, tiene profundas repercusiones económicas y gran importancia en materia de salud.

En cuanto a saneamiento del medio, el Dr. Horwitz estima que, como en el Programa de Temas se examinarán tres aspectos del problema, sólo se interesa en señalar que, en total, la Oficina se propone invertir el 12,5% del presupuesto en 1966 y el 12,2% en 1965. A este respecto, el Director considera que en la historia de la evolución de la salud pública en América Latina es digno de todo encomio la obra que los Gobiernos han llevado a cabo en esta materia en los últimos tres años con el respaldo, naturalmente, del mercado internacional de capitales; las cifras que se van a mostrar y sobre todo el número de seres humanos que han resultado beneficiados justifican este aserto. Es evidente que ha tenido satisfactorios resultados la labor realizada por la Organización, y que ha sido muy intensa tanto en adiestramiento de personal para estas funciones como en

asesoramiento para la formulación de proyectos, sobre todo para aquellos que requieren de capital internacional, y también en la organización de dos centros de perfeccionamiento de ingenieros sanitarios, uno en Venezuela y el otro en Brasil, gracias a la colaboración del Fondo Especial de las Naciones Unidas.

Las dificultades de esta etapa, para preparar proyectos que sean susceptibles de aprobación por los bancos internacionales es, a juicio del Director, la que contribuye tal vez más que nada a frenar el progreso del desarrollo económico y social de América Latina. Señala que de la lectura del último informe del Presidente del Banco Interamericano de Desarrollo a la Primera Reunión del Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso, celebrada en México hace dos o tres meses, se desprende que el desembolso de los primeros \$100.000.000 aprobados por el Banco se demoró 16 meses. Sin embargo, el desembolso de los últimos \$100.000.000 demoró seis meses, siendo la razón fundamental de la tardanza el hecho de que los proyectos no se presentaron en forma correcta desde el punto de vista técnico, de modo que pudieran ser aprobados por el Consejo de dicha Institución. Por eso, estima el Dr. Horwitz que en la etapa de formulación de proyectos factibles es cuando debe utilizarse más el asesoramiento internacional.

Los fondos para la erradicación del Aedes aegypti siguen aumentando progresivamente. Es cierto que sólo entre 1965 y 1966, la Oficina se propone invertir poco más del 2% del presupuesto con una aportación total de más o menos \$377.000. El problema esencial, opina, es el de las cepas resistentes a los insecticidas clorados y, por ello, cabe esperar que los estudios que se están realizando en Jamaica, donde se ensayan insecticidas valiosos para combatir los anofeles resistentes, resulten eficaces en la lucha contra ese vector. No hay que olvidar que antes del advenimiento de los insecticidas, la erradicación del Aedes aegypti se efectuó en muchos países mediante el empleo de técnicas clásicas, y que si bien éstas entrañaban un costo mayor, demostraron ser eficaces.

En materia de fomento de la salud, la Oficina se propone invertir el 32,6% y el 34,3% de los fondos totales en los años 1965 y 1966 respectivamente, repartiéndolos entre servicios generales y programas específicos. Entre los servicios generales, procede destacar, naturalmente, aquellos que se relacionan con casi toda la labor en salud pública. Se trata de servicios esenciales o, como se llaman comúnmente, de salud pública en general, de enfermería, de laboratorio, de educación sanitaria, de estadística y de métodos administrativos. El Director reitera la importancia del asesoramiento que ha prestado la Oficina en esta materia de

servicios generales de salud, e insiste en que si en este campo no se avanza llegará un momento en que se interrumpirán las campañas de erradicación.

A este respecto, menciona el interesante debate sobre malaria que tuvo lugar en las dos últimas Asambleas Mundiales de la Salud, y las decisiones adoptadas y especialmente los llamados conceptos de pre-erradicación que, cualquiera que sea su definición, tratan en última instancia de destacar que no puede pretenderse consolidar la erradicación si no existe una atención continuada, cualquiera que sea su naturaleza, la que, por supuesto, debe ser técnicamente eficiente. Por eso, estima que esta actividad, junto con la formación de técnicos, es tal vez la de más largo aliento en la obra de colaboración internacional.

En cuanto al capítulo de estadística, el Dr. Horwitz estima que había que examinarlo conjuntamente con el Título III: Educación y adiestramiento, donde también se menciona una partida para bioestadística, la que se destina a la formación de estos profesionales de nivel medio y superior.

La disminución de las asignaciones correspondientes se explica porque el Programa de Investigación Interamericana sobre Mortalidad deberá terminarse en 1966. Más adelante, se va a dar cuenta de los resultados obtenidos hasta la fecha en dicha investigación, la que ya ha revelado diferencias tan

importantes desde el punto de vista epidemiológico en los doce países participantes que cabe esperar que despierten interés por realizar estudios que expliquen las causas de que la dinámica de las enfermedades aparezca tan diversa en ciertos medios. Es posible que a través de la investigación científica se obtengan, mediante proposiciones bien definidas, los recursos necesarios para continuar investigaciones más específicas.

El Director señala que entre los programas específicos está incluido el de higiene materno-infantil y que si las partidas correspondientes parecen relativamente pequeñas es necesario tener presente que esta actividad se realiza como uno de los componentes de los programas generales de salud, en combinación con las acciones de saneamiento, de nutrición y de educación. En materia de nutrición hace notar que, como siempre, revisten especial importancia las actividades del Instituto de Nutrición que, si bien se llama de Centroamérica y Panamá, es en la actualidad una Institución que presta servicios al mundo entero y que en ella se han adiestrado técnicos de más de cincuenta países, y que su obra de investigación científica y de asesoramiento directo para mejorar los programas de nutrición, así como de educación y adiestramiento, ha merecido del Comité Asesor de Investigaciones Científicas de la OSP los más grandes elogios. Al examinar el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1966 se hará referencia especial a la situación del Instituto. Además de la

del INCAP, se llevan a cabo otras actividades en materia de nutrición que benefician a diversos países del Continente.

En relación con el Centro Latinoamericano de Información en Salud Mental, el Dr. Horwitz señala una vez más el reconocimiento de la Oficina al Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América que, por intermedio de los Institutos Nacionales de Salud, han financiado este proyecto, así como otros muchos de investigación. Seguidamente, anuncia que se ha recogido ya valiosa información sobre problemas y recursos de salud mental en el Continente, la cual ha sido publicada. El centro ha reunido también una nómina de recursos docentes y de publicaciones en salud mental, que ya ha sido publicada en América Latina, y a principios del próximo año la Oficina convocará a reunión a un grupo de expertos, a fin de examinar la manera de llevar a cabo estudios piloto de epidemiología de las enfermedades mentales. Estima que dicha iniciativa podrá complementar la del Dr. Terry, Cirujano General de los Estados Unidos de América, respecto a la situación jurídica de los pacientes de epilepsia en el Continente. Es de esperar que este grupo formule definiciones operacionales y, en colaboración con epidemiólogos y estadísticos, llegue a un acuerdo sobre un método epidemiológico para seleccionar una muestra de población que se observe durante cierto plazo, con el fin de identificar casos de enfermedades mentales.

El Dr. Horwitz advierte que en los otros capítulos, las partidas son muy inferiores a la magnitud de los problemas, pero que se tienen en cuenta las prioridades ya mencionadas anteriormente. En cuanto a la atención médica, que figura al final del Título II-B, la Oficina se propone invertir \$619.256 en el año 1965 y \$713.092 en el año 1966, es decir el 4% en actividades de adiestramiento de administradores de hospitales y de asesoramiento directo a establecimientos, a fin de organizar servicios en los que el hospital desempeñe una función integral de salud. A su juicio, la asignación presupuestaria para este campo revela el interés de los Gobiernos por este problema y la importancia que la Organización le concede. Cabe reconocer que en esta especialidad escasean los expertos internacionales y que no se han podido atender todas las solicitudes de los Gobiernos por falta de administradores de salud o de hospitales con la experiencia que requieren determinados países. Por eso, ha sugerido la idea de estudiar la organización de uno o dos centros internacionales en el Continente, en los cuales se pudiera mostrar en la práctica la integración de los servicios preventivos y curativos, la regionalización de los servicios y la educación colectiva. Dichos centros servirían, a su vez, para que colegas latinoamericanos observaran en forma práctica cómo estas ideas se realizan. Esta iniciativa ha sido muy bien acogida en diversas Escuelas de Medicina del Continente. Agrega que oportunamente se dará cuenta de este Programa. La importancia que

se concede a la educación en enfermería se refleja en las partidas que se proponen cuyo importe es creciente, dada la magnitud cada vez mayor del problema.

En general, en América Latina prevalece una situación inversa a la de los países tecnológicamente avanzados en cuanto a la disponibilidad de médicos y enfermeras. Hay más médicos que enfermeras profesionales, cuando, en realidad, debiera suceder lo contrario para que la hora profesional médica rinda más aprovechando los servicios de una buena hora de enfermera.

El Director señala que el Dr. Portner hará la presentación de los dos Capítulos finales del programa, es decir, de los servicios a los programas, que comprenden bibliotecas, y otros capítulos así como de la dirección administrativa.

A continuación, el Dr. Horwitz señala a la atención del Consejo el Cuadro 6 que figura en la página 13, en el que se muestra la distribución del personal, becas y participantes por programas y por años en relación con todos los fondos. Respecto a las columnas correspondientes a los años de 1965 y 1966, explica que para 1965 se proponen 580 puestos profesionales y 454 puestos locales, 794 de consultores a corto plazo, 773 becas, de las cuales 284 son a largo plazo y 489 becas de corto plazo, y 280 participantes en seminarios. Señala que en 1966 la Oficina se propone disminuir los consultores permanentes y aumentar los de corto plazo de 794 a 916 y

aumentar sustancialmente las becas, a fin de llegar a una cifra total de 879 y de 323 participantes en seminarios.

Por último, el Director indica que del análisis que hará el Dr. Portner se deducirán con más claridad las tendencias presupuestarias y sólo se limitará a señalar que el Programa presentado guarda armonía con las recomendaciones de la Reunión de Salud celebrada en abril del año pasado, donde se puso de manifiesto que los problemas más serios son las infecciones agudas y crónicas, la malnutrición y el saneamiento, y se recomendó como instrumentos de trabajo la planificación, la formación de técnicos, la organización y administración de servicios y la investigación científica. Las asignaciones principales están destinadas precisamente a esos rubros. Sin embargo, existen otros programas que son de importancia para algunos Gobiernos, respecto de los cuales éstos han solicitado asesoramiento.

Estos programas no siempre se refieren a problemas cuya incidencia es muy frecuente, pero corresponden a aspiraciones de los Gobiernos y, como tales, se incluyen en el Programa de la Organización.

Al terminar, el Director manifiesta que espera con gran interés las observaciones que estime oportuno formular el Consejo Directivo y que permitirán a la Oficina llevar a la práctica un Programa que refleje el interés y las aspiraciones de los Gobiernos.

Dr. PORTNER. (Chief of Administration, PASB), continuing the budget presentation, described the content of Official Document No. 52. The new format of the document had been approved by the Executive Committee at its 50th Meeting (Resolution II). Although at previous meetings of the Governing Bodies the representatives had complimented the Secretariat on the clarity of the budget presentation, it was felt that significant further improvements had been achieved. The essential material had been retained in the main portion of the document and all supplementary information was presented in annexes. Aside from the introduction, the draft appropriation resolution, and the scale of assessments, the main document consisted of two principal parts. The first, which had been presented by the Director, included the program analysis on page 5, followed by analytical tables and a narrative presentation for each subject (pages 7-32). The second section presented the budget detail, starting on page 35 with the narrative justifications for each office and project and continuing on page 118 with detailed cost estimates, also by office and by project. The new format of the detailed schedules made it possible to identify each source of funds and to provide more information on numbers of fellowships and consultant-months, and at the same time eliminated all the lost space, reducing the document by more than 100 pages.

A wide variety of supplementary information was provided in the eight annexes. Annex I (page 215) gave information on

the method of preparation of the budget. Annex II (page 217) presented a summary of professional and local posts, by fund and by organizational unit. Annex III (pages 218-232) provided a listing of projects by fund and by the program subject grouping that had been used for some years in the WHO budget document. Annex IV (pages 233-234) gave a breakdown by source of funds and by program for all the funds other than PAHO regular, WHO regular, and WHO/TA. Annex V (page 235) showed the Special Fund for Health Promotion, which had been established as a means of repaying, in the form of expanded program, the generous contribution of the W. K. Kellogg Foundation to the PAHO Headquarters building. Annex VI (page 236) listed the costs for the Headquarters building. Annex 7 (page 237) presented the health programs in the Americas aided by UNICEF, according to figures provided by that organization. Finally, Annex 8 (pages 238-241) listed some two million dollars of projects desired by Governments which could not be included within the budget ceilings.

Dr. Portner began the presentation of the budget content with Table 1 (page 7), showing the multiple sources of funds for carrying out the program outlined by the Director. PAHO sources included the PAHO regular budget supported by quotas from the Governments of the Organization; the PAHO Special Malaria Fund and the Community Water Supply Fund, derived from voluntary contributions; the Program of Technical Cooperation of the Organization of American States; the Institute of Nutrition of Central America and Panama (INCAP); and grants and contributions

from various private and governmental agencies. PAHO sources accounted for 73 per cent of the total in 1964, 70.5 per cent in 1965, and 70.9 per cent in 1966. It was to be noted that the figures included only approved grants and contributions and that further contributions might be forthcoming in future years. For example, a grant of \$30,000 had been approved at the end of June 1964, too late to be included in the budget document.

WHO sources included the funds allocated to the Region of the Americas from the WHO regular budget and the WHO Malaria Eradication Special Account. Also received through WHO were the funds related to programs requested by Governments from the United Nations Expanded Program of Technical Assistance and the U. N. Special Fund.

The total budget showed an increase of 6.6 per cent, from \$16,227,238 in 1964 to \$17,297,006 in 1965, and in 1966 rose 3.0 per cent to \$17,820,659. The increases for the PAHO regular budget were 9.6 per cent each year for 1965 and 12.4 per cent for 1966. For the WHO regular budget the increase was 12.3 per cent in 1965 and 10.4 per cent in 1966. The percentages for PAHO for 1966 would be increased by the proposal to be explained by the Director during the discussion of Item 8-C.

Dr. Portner stated that, in addition to the analysis and review of the program as a whole, it was incumbent on the Directing Council to take four specific actions: (1) to appropriate funds

for the PAHO regular budget for 1963; 2) to review the WHO regular budget for the Region of the Americas and make recommendations to the Director-General for 1966; 3) to note the provisional draft of the PAHO proposed program and budget for 1966 and give such guidance as might be considered appropriate; and 4) to consider giving approval and support to the regional projects under the United Nations Expanded Program of Technical Assistance for the biennium 1965-1966, for presentation to the Technical Assistance Board, and to give more emphasis to health projects in the TA Program.

Dr. Portner reviewed the history of the proposal for the PAHO regular budget for 1965. It had first been presented to the Directing Council at its XIV Meeting in 1963, which noted that the plan contained well-conceived and much-needed public health projects. After consultation with Governments so as to reflect their current needs, the Director had presented the revised proposal for 1965 to the 50th Meeting of the Executive Committee, which made a detailed review thereof and approved Resolution II as follows:

"THE EXECUTIVE COMMITTEE,

Having studied in detail the provisional draft of the Proposed Program and Budget of the Pan American Health Organization for 1965 contained in Official Document No. 45, with modifications thereto appearing in Document CE50/10, prepared by the Director;

Considering that the XIV Meeting of the Directing Council, in Resolution XVII, recognized that the provisional draft of the Proposed Program and Budget for 1965 appearing in Official Document No. 45 comprised well-conceived and much-needed health projects;

Considering that the modifications appearing in Document CE50/10 were made after consultation with each Government and reflect the latest known desires and requirements of Governments with due regard to priorities of needs; and

Bearing in mind the terms of Article 14-C of the Constitution of the Pan American Health Organization and paragraph 3.5 and 3.6 of Article III of the Financial Regulations of the Pan American Health Organization,

RESOLVES:

1. To submit to the XV Meeting of the Directing Council the Proposed Program and Budget of the Pan American Health Organization for 1965 as prepared by the Director and presented to this Committee in Document CE50/10.
2. To recommend to the Directing Council that it establish the budget level of the Pan American Health Organization for 1965 at \$7,190,000.
3. To approve the proposed changes in the format of the budget presentation as outlined in Document CE50/10."

Dr. Portner then reviewed the detailed budget estimates, starting with the summary on page 118.

He called attention to the figures for PAHO regular funds on page 118 of Official Document No. 52. The amount for Part I (Organizational Meetings) for 1965 was \$204,775, a decrease of \$34,423, or 14.4 per cent, from 1964. That decrease was attributable to the lower cost of holding

meetings of the Governing Bodies in Washington in the building of the Organization, as compared with the expense of meetings held away from Headquarters.

Part II (Headquarters) was concerned with the technical services and headquarters staff located in Washington. For 1965 the proposed allocation was \$2,171,084, an increase of \$184,969, or 7.3 per cent. That increase covered statutory staff cost, a drop of one P-2 administrative officer offset by the addition of a switchboard operator and a receptionist for the new Headquarters building, which it was expected would open in mid-1965. The major additional item was for rental and maintenance of premises, as detailed on page 126.

Part III (Field and Other Programs), summarized on page 127, contained estimates for the Zone Offices, projects, and editorial services and publications. The estimate for that part for 1965 was \$4,489,141, an increase of \$491,054, or 12.3 per cent. The principal increase was in the projects, which the Director had already described and which were detailed on pages 131-211.

Parts IV and V appeared on page 212. Part IV covered the amount of \$250,000 which the W.K. Kellogg Foundation had and made available for the Special Fund for Health Promotion, the details of which were given in Annex 5. Part V (Increase

to Assets) was the amount budgeted for the increase to the Working Capital Fund, \$325,000 plus \$25,000 for a one-time increase in the Emergency Revolving Fund.

Dr. Portner summarized the budget by saying that there was a decrease in Part I due to lower costs of meetings in Washington, and an increase in Part II due to a net addition of one post, statutory staff costs, and \$60,000 for the maintenance of the new building; Part III contained little change in the cost estimates for the Zone Offices, the major increase of about one quarter of a million dollars being for projects; there was no change in Part IV; and in Part V there was an increase of \$25,000 for the Emergency Revolving Fund. The total amount proposed for PAHO was \$7,190,000. The resolution relating to the proposed budget was presented on page 3 of Official Document No. 52 for consideration by the Council.

El Dr. QUIROS (Perú) considera que, por su importancia, el tema que acaba de exponer el Dr. Portner debería discutirse con amplitud. Conforme lo expresara al comentar el Informe Anual del Director de la OSP en la sesión de la mañana, estima que hay cuatro puntos que, por su relación directa, deberían discutirse juntos: 1) el Informe Anual del Director, 2) el Proyecto de Programa y Presupuesto, 3) el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo, y 4) el Informe sobre la Recaudación de las Cuotas. Expone asimismo que la

presentación del presupuesto por programas representa en sí un avance notable pero que dista aún de ser ideal. El programa en su forma actual permite ya formarse una idea y conocimiento del plan a corto plazo y demuestra que la planificación por programas sí puede hacerse, aun cuando en años anteriores se había expuesto el criterio de que la Organización no era un super-servicio de salud pública y, por lo tanto, no podría iniciar ese plan. Ya que ésta ha demostrado que sí puede hacerse, el método de elaboración de presupuesto por programa debería mejorar aún más ciñéndose a una presentación analítica que permita ver claramente los programas realizados y los que no pudieron llevarse a cabo. A este respecto, señala el orador, el Perú presentó un Proyecto de Resolución a la XVI Asamblea Mundial de la Salud cuyos conceptos generales fueron aprobados. También podría adelantarse más en materia de evaluación, función que debería guardar estrecha relación con la unidad de planificación en la Organización.

En lo referente a los ajustes por programa, el Dr. Quirós señala las transferencias de fondos entre diversos títulos del presupuesto y expresa que, a su juicio, la autoridad de la Organización para transferir fondos de un título a otro debería ser más limitada. Llama la atención hacia las transferencias hechas en 1963 del Título III a los Títulos I y II, como lo indica el Informe Financiero. Cree que al hacer una revisión de los programas, a modo que se ajusten a los recursos disponibles, es importante asegurar la mayor preferencia a los

programas de campo. Cita la viruela y la atención médica, como ejemplos de algunos de los temas que requieren mayores recursos presupuestarios.

El PRESIDENTE señala que el tema en discusión ha sido dividido en tres incisos: A. Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1965 (Documento Oficial No. 52); B. Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud para 1966 (Documento Oficial No. 52), y C. Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1966 (Documento Oficial No. 52). Por el momento únicamente se somete a discusión el inciso A.

El Dr. FERREIRA (Brasil) llama la atención sobre el hecho de que la aprobación de un presupuesto lleva anexas las responsabilidades de los países para con el mismo. Considera, por lo tanto, que en este caso, aun cuando Estados Unidos de América debería tener la primera palabra por ser el país que contribuye con la mayor parte de los fondos, desea señalar algunos comentarios generales. Primero, se discuten proyectos y presupuestos: la Organización representa los programas que los países piden, esto es, los servicios solicitados y, segundo, participación en la ejecución de los programas nacionales. Cuando se establece una relación entre países y organismos los compromisos son, pues, bilaterales.

A juicio del orador, la distribución del presupuesto debe basarse en dos aspectos: la participación de los países y los servicios de la Organización. Según indicaron antes el Dr. HCRWITZ (Director, OSP) y el Dr. PORTNER (Jefe de Administración, OSP), el presupuesto en consideración representa un 9.6% más que el de 1964, porcentaje que cubre casi sólo los gastos necesarios para mantener los servicios al nivel de 1964. Si se aprueba el presupuesto para 1965 con base en el de 1964, nosotros mismos estaríamos dándonos apenas elementos para que la Organización se mantuviese al nivel anterior. Esto es importante puesto que hay que considerar una serie de detalles. Tenemos una Organización que nos sirve, a la que contribuimos y cuyo funcionamiento depende de que los servicios sean efectivos. Señala que la falta de cumplimiento en el pago de las cuotas se debe a que los Gobiernos no se dan cabal cuenta de la responsabilidad que asumen al emprender el apoyo financiero para un programa internacional.

Cree el Dr. Ferreira que en este caso se votará sobre un presupuesto que para ser ejecutado depende del compromiso que asuman los Gobiernos para hacerlo efectivo.

El PRESIDENTE manifiesta que la discusión del Programa y Presupuesto debe hacerse, primero, suponiendo que hay fondos disponibles, y segundo, haciendo ver que la Organización tiene que señalar programas generales, y los países dar a conocer a la Organización los programas específicos que desean ejecutar para que ésta pueda ajustarlos a las disponibilidades económicas.

El Dr. GONZALEZ TORRES (Paraguay) señala que en la preparación del presupuesto se tiene en cuenta un quantum ideal con base en el cual se elaboran los programas; luego se consideran los programas y finalmente se adapta la ejecución de éstos al quantum disponible. A su juicio el presupuesto de la Organización está bien programado, ya que la presentación de un presupuesto por programa significa un gran progreso en el sentido práctico. A mi país, dice, no le ha sido posible presentar un presupuesto por programa. Cree, pues, que el Proyecto que se somete a la consideración del Consejo Directivo es el mejor que se puede presentar en las condiciones actuales y de acuerdo con los medios de que se dispone; reconoce que, evidentemente, ha habido transferencia de fondos de una partida a otra, pero, a su juicio, debe existir cierta elasticidad en este respecto, y subraya una expresión del Dr. FERREIRA (Brasil) en el sentido de que la ejecución de un presupuesto depende del cumplimiento del compromiso adquirido. Estima, en síntesis, que el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización para 1965 puede y debe ser aprobado en general.

Se suspende la sesión a las 4:35 p.m.
y se reinicia a las 5:00 p.m.
The session was recessed at 4:35 p.m.
and resumed at 5:00 p.m.

El PRESIDENTE sugiere que teniendo en cuenta que el Tema 8 incluye tres incisos, éstos sean discutidos uno por uno.

El Dr. ACOSTA (Colombia) indica que si prosperase la sugerencia de que los Cuerpos Directivos sean los que autoricen la transferencia de fondos de un título a otro, el Director vería dificultades en su labor. Señala como posible solución del problema que se otorgue a aquél la autorización necesaria para transferir fondos siempre que no excedan de determinado porcentaje y se ponga en conocimiento del Consejo Directivo la acción realizada.

El Dr. OLGUIN (Argentina) señala que éste es un tema de gran responsabilidad por ser la expresión objetiva de una política en materia de salud. La Organización responde a las necesidades de las Américas y de cada país, que deben ser cumplidas. El aspecto económico y el de asignación de fondos es muy importante y significa una tarea que debe ser diversificada y no estática. Considera que no sería, en ninguna forma, conveniente, estabilizar el presupuesto. Es verdad que éste señala algunas prioridades. Sin embargo, el incremento que las cifras revelan está representado por incrementos en aspectos de mucha importancia como son el saneamiento del medio, el abastecimiento de agua y otros de prioridad continental y necesarios de solucionar en el menor plazo posible. En el

renglón de educación y adiestramiento observa también cierto incremento sobre todo en lo que concierne a la enfermería, rubro muy importante que todos los países desean impulsar, al igual que el de adiestramiento y becas. Señala, en cambio, una disminución en las partidas destinadas a servicios de consultores de largo plazo, pero ello responde a la terminación de programas y al hecho de que no es posible prever la iniciación de otros nuevos por requerirse para ello un lapso no inferior a dos años de estudio. Hay también un aumento en cuanto a fondos destinados a nutrición, atención médica e higiene del trabajo. En cuanto a las enfermedades transmisibles, es un punto que no requiere comentario, dada su importancia evidente, igual que el de la inclusión de estudios epidemiológicos.

El Dr. Olguín se muestra de acuerdo con los niveles fijados, igual que con la distribución porcentual de los mismos. Pero como país contribuyente en el que los aspectos económicos tienen igual importancia, expresa su preocupación por la administración presupuestaria por programas y, comprobando que el presupuesto se ajusta a esta concepción, se manifiesta de acuerdo con el mismo.

El Dr. DELGADO (República Dominicana) reconoce la importancia de la discusión del presupuesto. Señala que como dijo el Dr. FERREIRA (Brasil), la ejecución de un programa

está supeditada al cumplimiento de sus obligaciones por los países y a las necesidades, aspectos ambos que la Organización ha tenido muy en cuenta en la elaboración de su presupuesto por programa, lo que en sí significa ya un gran avance. Manifiesta que la República Dominicana, siguiendo este ejemplo, elaboró ya su presupuesto para 1964. No tiene, por lo tanto, ninguna objeción que hacer en lo referente al tema y está de acuerdo en que éste se apruebe.

Dr. WATT (United States of America) agreed with previous speakers in that the proposed program and budget met the desires of Governments, but he added that the wishes exceed the financial resources available. His Government was in the dilemma of agreeing with the needs and, having reserved its position in the discussions of the 1965 budget at earlier meetings, of being unable to see clearly sources of financing for the needs. He said that he agreed with the proposed program and that, if he had any quarrel with it, it would be over a lack of a sense of urgency in that program.

His Government was, however, reluctantly pointing out the chronic financial deficit because of inability of Governments to pay their quota contributions. The Auditor had also drawn attention to that problem.

He said that he was wholly sympathetic to the problems of the Director in adjusting the program to the funds available.

In his opinion, the Council was placing the Director in the impossible position of receiving guides for program developments and a budget to carry them out, only to find that the funds were not forthcoming. He illustrated those difficulties by pointing out that staff might be hired to plan programs, only to find that Governments were not in a position to carry them out.

He felt that the Director had done a magnificent job in adjusting to such problems. But the time had come to force a solution, since the Organization must have the assistance of all. He stated that he had proposed that the Director make a plan of a program based on real income rather than on budgeted estimates. He was now suggesting that Governments could assist by identifying projects which could be postponed until funds were available to carry them out.

If that suggestion were followed, projects relegated for the moment to a lower priority could be implemented as rapidly as funds became available. He presented a formal motion to the effect that the proposed resolution be amended so that the gross appropriation would be \$6,300,000.

El PRESIDENTE hace constar que él también desea formular algunos comentarios sobre el tema. Afirma que la acción trazada por la Organización para los diferentes países no está en relación directa con lo que reciben, pero que -en un gesto

de hermandad- los países que contribuyen en medida más cuantiosa reciben menos servicios y están de acuerdo en que sea así. Se necesita -agrega- que se incrementen las aportaciones de todos y cada uno de los países ya que los costos de los programas aumentan, lo que implica a su vez un aumento en el presupuesto de la Oficina si ésta ha de cumplir con los proyectos que cada país presenta. Por otra parte, si no se deja al Director de la OSP en libertad para proceder a transferir fondos, se le ata de manos: las necesidades le obligan a hacer transferencias hasta donde el plan financiero lo permite, y el hecho de que esta cuestión tuviera que someterse previamente a consideración del Consejo Directivo no serviría más que para hacer más complicados los mecanismos y retardar la ejecución de los proyectos para los países que los solicitan. Además, el problema de fondos comunes está en relación con las posibilidades económicas y con las circunstancias. Todos los países representados en la Reunión están interesados en la acción de la OPS y por eso participan desde hace años en las deliberaciones del Consejo con el fin de obtener la asistencia técnica de la Organización en favor de los pueblos. La función de la OPS consiste en tratar de favorecer a los pueblos a través de los Gobiernos. En cuanto a la propuesta del Dr. WATT (Estados Unidos de América) en el sentido de reducir el presupuesto, cree que más que reducirlo hay que buscar la manera de mantenerlo e incrementarlo con ayuda de los Gobiernos.

El Dr. QUIROS (Perú) hace constar que no se opone a que se autorice al Director a efectuar transferencias de las partidas presupuestarias, pero estima que debe hacerse con el conocimiento del Consejo Directivo. En cuanto a la disminución del presupuesto, estima -como señaló el Presidente- que el problema no es de cantidad de dinero sino más bien del pago de los países. Propone, pues, que se apruebe el proyecto de presupuesto y que luego se ajuste año con año.

El PRESIDENTE pregunta al Dr. Quirós si su declaración significa que está de acuerdo en que el Director de la Oficina efectúe la transferencia de fondos que estime necesaria, hasta en un 10%, y que luego dé cuenta de ella al Consejo Directivo.

El Dr. QUIROS (Perú) responde en sentido afirmativo.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) expresa su agradecimiento por los comentarios formulados en el curso del debate, todos ellos favorables a la proposición relativa al presupuesto que se propone. Agradece al Dr. Watt su interés por las dificultades con que tropieza la Oficina ya que las aportaciones financieras obtenidas por ella en el curso del año no corresponden a la cantidad aprobada en el presupuesto. Añade que comprende las razones que han inducido al Representante de los Estados Unidos de América a presentar la situación en forma dramática, en su afán de destacar la conveniencia de que dichas aportaciones se realicen en los términos que el

Consejo acuerde. Ha señalado el Dr. Watt -dice- que los retrasos en el pago de las cuotas constituyen una "enfermedad crónica"; por lo tanto, conocida la epidemiología de las enfermedades crónicas, la situación no podrá resolverse de un año a otro. Lamenta, sin embargo, estar en desacuerdo con la terapéutica empleada en este caso, calificándola de erradicadora. Teme que si se rebaja el presupuesto, como sugiere el Dr. Watt, -y en este sentido considera conveniente destacar que el Representante de los Estados Unidos de América ha propuesto una suma inferior a la del año 1964, que es de \$6.560.000,- como las aportaciones sigan al mismo nivel, probablemente las cantidades efectivas que la Organización reciba en el curso de los próximo cinco años serán todavía menores.

Afirma que, a su juicio una rebaja de un millón de dólares en el presupuesto, como el Dr. Watt propone, provocaría una gravísima dificultad a los técnicos y a sus familias que en este momento están sirviendo a la Organización.

Considera que el incremento que se propone, es muy modesto (sólo de un 4,5% para los programas efectivos), puesto que el resto refleja el aumento experimentado en el costo habitual de vida en todo el mundo, pero que tal incremento, a pesar de sus proporciones, facilitaría el progreso de la Organización.

Fundado en las alentadoras y gratas opiniones expuestas en el curso del debate sobre el Informe Anual, cree que los Gobiernos están satisfechos de la forma en que las labores se están realizando. Así, sugiere que el proyecto de resolución se considere en la forma en que se presenta en el documento, sobre todo en vista de que ha habido acuerdo general en cuanto a la naturaleza del programa. Cree que debe tenerse presente el hecho de que la Organización procura administrar los fondos de la forma más adecuada y que en el curso de los últimos años se ha demostrado que el prudente incremento del presupuesto ha sido favorable a los Gobiernos y, por tanto, a los países.

Con respecto a las observaciones formuladas por el Dr. QUIROS (Perú), señala que más tarde se referirá a ellas, cuando se examine el resto del Programa y Presupuesto y el Informe del Auditor Externo, ya que tiene la impresión de que tales manifestaciones se referían a los documentos en conjunto.

El Dr. Horwitz termina su intervención recomendando que se adopte el proyecto de resolución que aparece en la página 3 del Documento Oficial No. 52.

EL PRESIDENTE pregunta si se considera suficientemente discutido el asunto y si los señores Representantes están

de acuerdo en que se apruebe el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización para 1965.

Dr. WATT (United States of America) requested that a vote be taken on his motion to approve a budget level of \$6,300,000 for 1965.

Se somete a votación la proposición del Representante de los Estados Unidos de América, con el siguiente resultado: un voto a favor, 17 en contra y una abstención.

The proposal of the Representative of the United States of America was put to a vote, with the following result: one vote in favor, 17 against, and one abstention.

Queda rechazada la moción.
The proposal was rejected.

El PRESIDENTE somete seguidamente a consideración el Proyecto de Resolución cuyo texto figura en la página 3 del Documento Oficial No. 52.

El Dr. QUIROS (Perú) pregunta si en la resolución a considerar se incluye la parte relacionada con la transferencia de fondos que se ha venido discutiendo en la sesión.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) a solicitud del Presidente, da lectura a los incisos 3 y 4 del Proyecto de Resolución.

El PRESIDENTE somete seguidamente a votación el Proyecto de Resolución del Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1965.

Decisión: Por 17 votos a favor, uno en contra y una abstención se acuerda:

1. Asignar para el ejercicio financiero de 1965 la cantidad de \$7.190.000 en la forma siguiente:

Fines de las asignaciones

TITULO I:	Organización Panamericana de la Salud - Reuniones de la Organización	\$ 204.775
TITULO II:	Organización Panamericana de la Salud - Sede	2.171.084
TITULO III:	Organización Panamericana de la Salud - Programas de campo y otros	4.239.141
TITULO IV:	Organización Panamericana de la Salud - Fondo especial para el fomento de la salud	250.000
TITULO V:	Organización Panamericana de la Salud - Aumento del activo	325.000
Total - Todos los Títulos		<u>\$ 7.190.00</u>

2. Que las asignaciones se financien mediante:

a) Cuotas correspondientes:

- i) A los Gobiernos Miembros, fijadas según la escala adoptada por el Consejo de la Organización de los Estados Americanos, de conformidad con el Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano \$ 7.090.000
- ii) A Jamaica (basada en las cuotas de aquellos Gobiernos Miembros que tengan una población e ingresos per capita similares) 21.270

iii)	A Trinidad y Tabago (basada en las cuotas de aquellos Gobiernos Miembros que tengan una población e ingresos <u>per cápita</u> similares)	21.270
iv)	A Francia (Resoluciones XV y XL de la V Reunión del Consejo Directivo)	11.373
v)	Al Reino de los Países Bajos (Resoluciones XV y XL de la V Reunión del Consejo Directivo)	8.538
vi)	Al Reino Unido (basada en las cuotas de aquellos Gobiernos Miembros que tengan una población e ingresos <u>per capita</u> similares)	21.270
	b) Ingresos diversos	16.279
		<hr/>
Total		<u>\$ 7.190.000</u>

3. Que de conformidad con el Reglamento Financiero de la Organización, las cantidades que no excedan de las asignaciones incluidas en el párrafo 1 se apliquen al pago de las obligaciones contraídas durante el período comprendido entre el 1o. de enero y el 31 de diciembre de 1965, inclusive.

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

Decision: By 17 votes in favor, one against, and one abstention, it was agreed:

1. To appropriate for the financial year 1965 an amount of \$7,190,000 as follows:

Purpose of Appropriation

PART I:	Pan American Health Organization - Organizational Meetings	\$ 204,775
PART II:	Pan American Health Organization - Headquarters	2,171,084
PART III:	Pan American Health Organization - Field and Other Programs	4,239,141
PART IV:	Pan American Health Organization - Special Fund for Health Promotion	250,000
PART V:	Pan American Health Organization - Increase to Assets	325,000
Total - All Parts		<u><u>\$ 7,190,000</u></u>

2. That the appropriation shall be financed from:

a) Assessments in respect to:

- i) Member Governments assessed under the scale adopted by the Council of the Organization of American States in accordance with Article 60 of the Pan American Sanitary Code \$ 7,090,000
- ii) Jamaica (based on assessment of those Member Governments having comparable size and per capita income) 21,270

iii)	Trinidad an Tobago (based on assessment of those Member Governments having comparable size and per capita income)	\$ 21,270
iv)	France (Resolutions XV and XL of the V Meeting of the Directing Council)	11,373
v)	Kingdom of the Netherlands (Resolutions XV and XL of the V Meeting of the Directing Council)	8,538
vi)	United Kingdom (based on assessment of those Member Governments having comparable size and per capita income)	21,270
b)	Miscellaneous Income	16,279
Total		<u>\$ 7,190,000</u>

3. That in accordance with the Financial Regulations of the Organization, amounts not exceeding the appropriations noted under paragraph 1 shall be available for the payment of obligations incurred during the period 1 January to 31 December 1965, inclusive.

4. That the Director shall be authorized to transfer credits between parts of the budget, provided that such transfers of credits between parts as are made do not exceed 10 per cent of the part from which the credit is transferred. Transfers of credits between parts of the budget in excess of 10 per cent may be made with the concurrence of the Executive Committee. All transfers of budget credits shall be reported to the Directing Council.7

- TEMA 8-B: PROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA REGION DE LAS AMERICAS, ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD PARA 1966
- ITEM 8-B: PROPOSED PROGRAM AND BUDGET OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION FOR THE REGION OF THE AMERICAS FOR 1966

Dr. PORTNER (Chief of Administration, PASB), in introducing for consideration the WHO regular budget proposals for 1966, called attention to page 118 of Official Document 52 and read the gross amounts of the WHO estimates for 1964, 1965, and 1966. He pointed out that the Council should make recommendations on the proposal of \$3,427,087 for 1966. That amount represented an increase of \$321,630 over the 1965 budget, a rise of 10.4 per cent.

He then reviewed the budget by parts. In Part I, the 1965 decrease of \$15,941 was comparable to the reduction in Part I of the PAHO budget, which had been discussed earlier, and the increase in 1966 of \$19,403 bore the same relationship to PAHO. Both were attributable to variations in costs of meetings; the 1965 meeting would be held in Washington and in 1966 the more expensive Pan American Sanitary Conference, held every four years, would take place.

For Part II (Page 121), the amount proposed for 1966 was \$1,199,176, an increase of \$27,729 over 1965 (2.4 per cent). The increase was attributable to incremental

costs and to the WHO portion of the maintenance of the new Headquarters building.

Part III totaled, \$2,133,193, an increase of \$274,498 (14.8 per cent) over the previous year. He called attention to the fact that the only significant increase was for projects, which the Director had already described when he presented the program for PAHO.

In summary, the total for 1966 amounted to \$3,427,087, a rise of \$321,630, of which the basic increase was in projects.

El PRESIDENTE agradece la exposición y manifiesta que la decisión que se adopte al respecto será transmitida a la Organización Mundial de la Salud para que la tome en consideración, ya que es un sentimiento que comparten todos los países del mundo y en particular los del Continente Americano.

Dr. WATT (United States of America) commended the Director on the choice of how the increase would be divided, i.e., principally in field activities. He also noted that the percentage increase was less than in the previous year, and he believed that change to be in the right direction. In his opinion, the increase was somewhat

more than the total WHO increase should be. He said that his Delegation approved that proposal in view of the fact that the increase would be in field activities in the Americas, but that final approval would be reserved until the WHO budget was discussed by the World Health Assembly.

Dr. CANDAU (Director-General, WHO) said he realized that Dr. Watt was speaking as a regional man in favor of more programs for his region. He said that the proposal would have full discussion at the Assembly.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura seguidamente al proyecto de resolución sobre el Proyecto de Presupuesto de la OMS para 1966.

Decisión: Se acuerda por unanimidad aprobar el Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Mundial de la Salud para la Región de las Américas correspondiente a 1966, contenido en el Documento Oficial 52, y solicitar del Director Regional que lo transmita al Director General de dicha Organización a fin de que lo pueda tomar en consideración al preparar el presupuesto de la OMS para 1966.

Decision: It was unanimously agreed to approve the Proposed Program and Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for 1966, contained in Official Document 52, and to request the Regional Director to transmit it to the Director-General so that he might take it into consideration when preparing the WHO budget for 1966.⁷

Dr. PORTNER (Chief of Administration, PASB) then introduced for discussion a proposed resolution concerning

the United Nations Expanded Program of Technical Assistance, pointing out that of the total for Technical Assistance projects in the Americas the percentage for health was steadily decreasing. The proposed resolution was designed to emphasize the place of health in the over-all TA program, as well as to give support to regional projects to be financed under the Expanded Program of Technical Assistance.

Se levanta la sesión a las 6:05 p.m.
The session rose at 6:05 p.m.



directing council

PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XV Meeting

regional committee

WORLD
HEALTH
ORGANIZATION

XVI Meeting



Mexico, D.F.

Wednesday, 2 September 1964, at 2:30 p.m.

CD15/37 (Eng.)
CORRIGENDUM
5 October 1964
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE FOURTH PLENARY SESSION

Pages 31, 32 and 33:

Replace the statement of the Representative of Peru by the enclosed text.

Page 35, second paragraph, lines 4 and 5:

Change "... se consideran los programas..." to read "... se consideran las prioridades de los programas ...".

Page 35, second paragraph, line 8:

After "... el sentido práctico.", the text should read "Los países que preparan presupuestos por programas conocen su valor y saben que este sistema constituye un importante progreso. Cree, pues, ...".

Enclosure.

El Dr. QUIROS (Perú) manifiesta que, conforme lo expresara al comentar el informe del Director, en el programa figuran cuatro temas íntimamente relacionados y que, en su concepto, deberían ser discutidos en conjunto, a saber: el Informe Anual del Director, el Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo, el Proyecto de Presupuesto y el Informe sobre la Recaudación de las Cuotas.

En esa oportunidad dijo que el informe del Director constituía la auditoría técnica y que debería examinarse en relación con la auditoría contable, de acuerdo con la técnica del presupuesto por programas como muy bien la había definido el Director.

Señala que, evidentemente, la presentación del presupuesto funcional o por programas representa un avance notable por cuya consecución se había luchado durante varios años. Sin embargo, aún dista mucho de ser todo lo bueno que cabía esperar porque, como es natural, es difícil convertir un presupuesto tradicional en uno por programas. A pesar de esto, ya da una idea de la tendencia del programa de la Organización y permite conocer en una forma indirecta el plan de la Organización a corto plazo, por lo menos, ya que el presupuesto funcional es el instrumento básico de la planificación a corto plazo y el vehículo de ejecución de las metas proyectadas en el plan.

El Dr. Quirós recuerda que en anteriores reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización había insistido en la necesidad de que se planificara el programa y que se le había dicho que una Institución de carácter asesor no puede planificar porque sería algo así como un superservicio internacional de salud.

El orador estima que todavía tiene razón y la prueba es que con el presupuesto por programas, aunque imperfecto, se puede conocer por lo menos, el plan de la Organización a corto plazo.

Al comentar el Informe del Director había dicho que en la última parte titulada "Actividades por proyecto" se intentaba hacer la auditoría técnica, por lo menos de algunos programas, en el subtítulo "Colaboración prestada", que es la parte que compete directamente a la Organización, y había explicado, en forma parcial por qué esa auditoría no correspondía a la relación de programas presentada en el cuadro del presupuesto funcional, ya que en la práctica el presupuesto se sigue aprobando y ejecutando en la forma clásica, es decir por títulos y con la autorización para que el Director pueda transferir créditos hasta un 10% entre los diversos títulos.

Esto se relaciona con la observación que en una sesión anterior había formulado y que preocupa a muchos Representantes en el sentido de saber cómo puede el Director llevar a cabo el programa presupuestado con un 75 u 80% de los fondos previstos, ya que esto es lo que se recauda en la práctica y aún se logran economías.

Es evidente -agrega- que hay una parte del programa que no se realiza, y en la forma en que se ejecuta el presupuesto y se presenta el Informe del Director no es posible saber de cuál se trata.

Este año se ha hecho un progreso en la presentación del presupuesto funcional, ya que inmediatamente después del Cuadro 7 del Documento Oficial No 52, se describen los programas indicándose los fondos presupuestados, el

tanto por ciento que representan del presupuesto total, los puestos profesionales y las becas, en una forma consolidada.

Sin embargo, en la parte denominada "Descripción de los Programas", que debería ser la parte analítica del presupuesto funcional, se vuelve a presentar el presupuesto en la forma tradicional, es decir, por títulos, lo que no permite conocer los datos antes mencionados en el presupuesto consolidado; estos datos permitirían fácilmente hacer una auditoría técnica de cada programa y saber qué se hizo y qué se dejó de hacer.

Se ha dicho que hay que proceder en esa forma porque la Asamblea Mundial de la Salud así lo ha aprobado. El orador recuerda que la Delegación del Perú, con el apoyo de la de los Estados Unidos de América presentó un proyecto de resolución en la 17a Asamblea Mundial de la Salud pidiendo que se adoptara el sistema de presupuesto funcional en la OMS. Este proyecto fue aprobado y actualmente el Consejo Ejecutivo y el Director General de la OMS están estudiando este asunto. Estima que la OPS debe seguir progresando en la presentación y ejecución del presupuesto y adaptarlo a las necesidades y estado de progreso de la Organización por ser lógico y técnico.

Conforme señaló en otra ocasión e hizo notar en la Reunión del Comité Ejecutivo y, si mal no recuerda, se aceptó su sugerencia, le llama la atención que en una Organización Internacional figure una Oficina de Planificación Nacional de Salud. Igualmente le llama la atención que esta Oficina y la de Evaluación e Informes no constituyan una sola unidad, ya que la evaluación es una parte fundamental de la planificación.

No cabe duda de que es necesario mejorar la situación financiera de la Organización y hacer una presentación adecuada del presupuesto, con el objeto de poder cumplir efectivamente los programas, o en su defecto, ajustarlos a sus posibilidades reales de financiación.

Considera que es inconveniente la aprobación del presupuesto en la forma tradicional, por títulos, lo mismo que la autorización para hacer transferencias de un título a otro, que abarcan proporciones muy grandes del presupuesto, en particular, los títulos II (Sede) y III (Programas de campo y otros), que alcanzan las cifras de 2.171.084 y 4.239.141 dólares; el 10% representa 217.108 y 423.914 dólares respectivamente, que, en su concepto son sumas demasiado elevadas lo que, evidentemente, puede perjudicar a cualquiera de los programas comprendidos en estos títulos, que son los más importantes. Si se examina el cuadro que figura en la página 14 del Informe del Auditor Externo, titulado "Estado de las asignaciones, obligaciones y saldos correspondientes al año 1963", se observará que se ha transferido del Título III (Programas de campo y otros) a los Títulos I (Reuniones de la Organización) y III (Sede) la suma de 167.304 dólares, es decir que se dejó de realizar una serie de programas de campo, a fin de poder atender a los gastos de la Conferencia y al aumento de sueldos, tal como se señala en el documento antes mencionado y, lo que es más grave, en el párrafo 2.5, página 67, de ese mismo Informe, dice que 599,731 dólares se consideraron como saldo sin asignar y caducado.

Teniendo en cuenta los comentarios de varios Representantes, con motivo de la presentación del Informe del Director, el Dr. Quirós estima que es necesario prestar mayor atención a problemas de salud internacional que conciernen a todos o a la mayoría de los países, tales como el de la viruela, la peste, etc. Recuerda que el foco más grande de esta última enfermedad está en la América del Sur, en la zona fronteriza de su país y la hermana República del Ecuador, y que constituye una amenaza potencial para todos los países tal como había señalado en anteriores oportunidades.

Igualmente, debe concederse más importancia a los programas de asistencia médica a los que, en una época, se prestó gran atención en la Organización y que después no la han recibido; lo mismo se puede decir con respecto a los programas de saneamiento.

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD
XV Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD
XVI Reunión



México, D. F.

Miércoles 2 de septiembre de 1964, a las 8:15 p.m.
Wednesday, 2 September 1964, at 8.15 a.m.

CD15/38
5 septiembre 1964
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA QUINTA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE FIFTH PLENARY SESSION

Presidente: Dr. José Alvarez Amézquita México
President:

Indice
Contents

Tema 8-C: Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la a
Organización Panamericana de la Salud para 1966
Item 8-C: Provisional Draft of the Proposed Program and
Budget of the Pan American Health Organization for
1966

Tema 9: Informe Financiero del Director e Informe del
Auditor Externo correspondientes a 1963
Item 9: Financial Report of the Director and Report of
the External Auditor for 1963

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los
señores Representantes tengan a bien comunicar al
Servicio de Actas (Oficina 522, quinto piso) las
modificaciones que deseen ver introducidas en el
texto, dentro de las 48 horas siguientes a su
distribución. Los textos completos de las actas
resumidas, en inglés y español, se publicarán
en las Actas de la Reunión.

Note: These précis minutes are provisional. The
representatives are therefore requested to notify
the Minutes Service (Room 522, fifth floor) within
48 hours after distribution, of any changes they
wish to have made in the text. The full texts of
the précis minutes, in both English and Spanish,
will be published in the Proceedings of the Meeting.

Indice (cont.)
Contents (cont.)

Tema 11: Informe sobre la recaudación de las cuotas
Item 11: Report on the Collection of Quota Contributions

El PRESIDENTE declara abierta la sesión y concede la palabra al Dr. Sutter para que dé cuenta de una comunicación recibida.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura de un telegrama del Secretario de Estado de Salud Pública y de la Población, Representante de Haití, Dr. Gerard Philippeaux, excusándose por no poder asistir a la Reunión del Consejo Directivo en razón de la situación creada en el país por el ciclón Cleo que ha causado más de un centenar de muertos y numerosos heridos.

TEMA 8-C: ANTEPROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA 1966
ITEM 8-C: PROVISIONAL DRAFT OF THE PROPOSED PROGRAM AND BUDGET OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION FOR 1966

Dr. PORTNER (Chief of Administration, PASB) then introduced the provisional draft of the PAHO proposed regular budget for 1966. He pointed out the provisional draft would be reviewed in detail by the 52nd Meeting of the Executive Committee in the spring of 1965. Since the preparation of those estimates for 1966, the Bureau had decided that it was necessary to call to the attention of the Council a further proposal for an increase of \$200,000 over that printed in the budget document, i.e., a new total of \$8.08 million. That increased requirement would be explained in detail by the Director.

Dr. Portner then presented Part I (Organizational Meetings) of the PAHO proposal for 1966. As was shown on page 119 of the budget document, the total for that part was \$243,851, an increase of \$39,076 (19.1 per cent) over the 1965 estimates. The increase was due to the higher cost of holding the Pan American Sanitary Conference, which takes place every four years.

For Part II, Headquarters (page 121), the total amount was \$2,233,591, an increase of \$62,507 (2.9 per cent) over the 1965 estimate. The increase was attributable to statutory staff cost increases.

He then pointed out that the printed figure for Part III, Field and Other Programs (page 127), was the one for which the Director was proposing an increase of \$200,000. With that increase, the new estimate would be \$5,302,558, a rise of \$813,417 (18 per cent) over the 1965 estimates. There was essentially no change in the estimates for the Zone Offices and for the editorial services and publications. The major portion of the increase in Part III was for projects, reflecting the program developments described earlier by the Director.

There was no change in Part IV, Special Fund for Health Promotion, and the decrease of \$25,000 in Part V, Increase to Assets, was due to the non-repetitive increase to the Emergency Revolving Fund which had been budgeted for 1965.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) manifiesta que el aumento de 200.000,00 dólares en el monto global propuesto en el anteproyecto de presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1966, se invertirá en el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá; las razones que inducen a tal proposición se fundan en la necesidad de estabilizar financieramente una Institución que se ha venido desarrollando durante los últimos 15 años, la cual de organismo centroamericano se convirtió en organismo continental y tiene en la actualidad carácter mundial.

Da lectura de la opinión que la labor del INCAP ha merecido al Comité Asesor de Investigaciones Médicas de la Organización Panamericana de la Salud, opinión que aparece en el Informe de la III Reunión celebrada por dicho Comité en Washington del 15 al 19 de junio del presente año y que dice así:

"El INCAP ocupa un lugar excepcional no sólo en América Latina, sino en el mundo entero entre las instituciones científicas dedicadas al estudio de problemas nutricionales. Su radio de actividades comprende la tecnología para la producción de alimentos a base de materias asequibles localmente a bajo costo; los requerimientos nutricionales fundamentales del hombre; nuevas técnicas clínicas y de laboratorio para la localización de deficiencias nutricionales; y los

efectos de tales deficiencias, tanto manifiestas como subclínicas, sobre el desarrollo y mantenimiento de las características físicas y mentales. En resumen, el INCAP constituye la única institución en el mundo donde todos los aspectos de la nutrición se estudian simultáneamente en forma integrada.

El enfoque integral del INCAP reviste especial importancia en América Latina ya que, en la actual etapa de la historia de este Continente, los aspectos tecnológicos de la producción y utilización de productos alimenticios no pueden separarse de los aspectos económicos. Además, en los aspectos médicos de la nutrición influyen profundamente los factores sociales.

El INCAP representa una fuente constante de nuevos conocimientos y técnicas prácticas en los aspectos médico, tecnológico y social de la nutrición; es un excelente ejemplo de un centro modelo dedicado a un campo de gran importancia teórica y práctica y, por último, constituye un centro docente en el que se aplican los más avanzados métodos de la ciencia a los problemas inmediatos de la salud y de las economías nacionales.

El Comité tomó nota con pesar de que ya se hubieran descontinuado algunas actividades importantes del programa del INCAP y expresó la esperanza de que pudieran encontrarse medios para reanudarlas.

A juicio del Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas, de la OPS, cualquier limitación o reducción de las actividades científicas del INCAP constituiría un grave retroceso en la aplicación de la ciencia con miras a fomentar la prosperidad de América Latina y la salud de sus pueblos."

El Dr. AGUILAR (Guatemala) apoya íntegramente esta proposición y señala que el Gobierno de su país construye en la actualidad un edificio adicional para el INCAP cuyas obras se encuentran bastante adelantadas, lo que permitirá a dicho centro contar con instalaciones adecuadas para el desarrollo de su misión. Los gastos que dicha construcción implican representan una contribución del Gobierno de Guatemala, independiente de la cuota que cubre, al igual que los demás Gobiernos Centroamericanos y el de Panamá, para el sostenimiento del INCAP.

El Dr. ROLDAN (El Salvador) subraya la extraordinaria importancia de la labor que el INCAP viene llevando a cabo y que significa un esfuerzo, iniciado por un grupo de pequeños países como los centroamericanos, que está culminando en una obra de dimensiones mundiales. Hace constar que las cuotas anuales de cada uno de los Gobiernos de Centro América aumentaron el año pasado de \$17.500 a \$25.000. Pone de manifiesto el hecho de que la incipiente se distribuye también en algunos países de América del Sur,

lo que justifica ampliamente que se apruebe la proposición que se está examinando.

El Dr. ACOSTA (Colombia) apoya también dicha proposición y manifiesta que, efectivamente, su país se beneficia de los servicios del INCAP.

El Dr. VILLAMAR (Ecuador) dedica frases de elogio al INCAP y señala que su país ha utilizado los servicios de dicho Instituto para formar personal especializado en nutrición.

El Dr. ORELLANA (Venezuela) se manifiesta en términos análogos a los expresados por el Dr. Villamar y declara que también Venezuela ha hecho uso de las facilidades de adiestramiento que el INCAP proporciona.

El Dr. FERREIRA (Brasil) alude a la referencia que respecto a la situación económica del INCAP contiene el Informe del Auditor Externo y pregunta si no sería posible proporcionar a dicho Instituto un apoyo financiero en el presupuesto de la Organización para 1965.

El PRESIDENTE recuerda que el Director de la Oficina ha afirmado que durante 1965 está económicamente asegurado el financiamiento del INCAP; no obstante - agrega - si dicho Instituto tuviera mayores necesidades se vería el medio de acudir en su auxilio, dentro de las posibilidades presupuestarias de la Organización.

El Dr. HORWITZ (Director, CSP) subraya la importancia que tiene para las actividades del INCAP la suma que se solicita y contesta al Dr. Ferreira diciendo que en el presupuesto de 1965 se incluyó un ligero aumento de la partida del año de 1964. De todas formas se tendrá en cuenta la recomendación del Representante del Brasil en el caso en que existieran disponibilidades ya que, como es natural, los problemas de nutrición tienen prioridad.

Dr. WATT (United States of America) echoed the remarks of the other representatives and praised the Central American Countries and Panama for their foresight, wisdom, and courage in establishing the Institute. The former skeptics were now convinced of its value and longevity. INCAP had a priority difficult to compare with that of other projects. He agreed with the Representative of Brazil that, within available funds, INCAF should be supported, even at the expense of other projects, and he emphasized the effectiveness and competence of the INCAP staff. However, before acceptance of the proposal for additional funds, the Executive Committee should study the matter in detail, including the relative priority of INCAP in relation to the proposed budget. He requested that a statement be prepared for the Committee on what projects would be eliminated in order to ensure that INCAF had support even if there were no increase in the coming year.

He commented on the general level of the 1966 proposals and expressed concern over the consistent shortfalls in quota collections, which made for an unhealthy organization. His Delegation was fully sympathetic with the Director and the problems he was trying to solve, and would give him all the assistance possible in good conscience. However, the Organization had to have a healthy budget situation.

El PRESIDENTE manifiesta que hay que felicitar al Gobierno de Guatemala por el esfuerzo que viene realizando y que con tanta eficacia contribuye a atenuar el grave problema de la nutrición en varios países. Señala que lo que hay que buscar es la perdurabilidad de los alimentos para lograr la subsistencia de poblaciones hambrientas de las Américas y de otros continentes. No concibo - agrega - que haya núcleos de población que desayunan jamón y huevos, mientras hay otros que no tienen qué comer. Afirma que es indispensable buscar la fórmula que permita alimentar a todos los necesitados y, no acudir, para resolver el problema, a suministrar compuestos de vitaminas, minerales y proteínas. Considera que la labor del INCAP puede tener proyecciones internacionales extracontinentales, ya que el hambre aqueja a numerosas zonas en las distintas partes del mundo.

El Dr. QUIROS (Perú) considera que, como el problema de la nutrición es sumamente complejo, se requiere la

coordinación de esfuerzos de todos los organismos nacionales e internacionales interesados en resolverlo. Pregunta si se han explorado las posibilidades de cooperación económica de la FAO como fuente de ayuda para el INCAF. Indica que en su país hay coordinación entre varios organismos oficiales interesados en problemas de nutrición y que se aspira a que dicho Instituto pueda ayudar a los organismos de su país a desarrollar adecuadamente sus actividades.

El PRESIDENTE indica que el INCAF se sostiene, en parte, merced a donativos de instituciones públicas y donativos privados y, en parte, gracias a la ayuda que le presta la Organización Panamericana de la Salud. Estima, sin embargo, que es necesario buscar su supervivencia con los recursos propios de la Organización.

El Dr. HCRITZ (Director, OSP) declara que en la IX Reunión de Ministros de Salud Pública de Centro América, que tuvo lugar en Managua, Nicaragua, en el mes de julio último, se consideró el problema de la nutrición en el Istmo Centroamericano y se llegó a la conclusión de que es necesario coordinar, a través del INCAF, las actividades de los Ministerios de Agricultura y Educación con las que desempeñan los Ministerios de Salud en materia de nutrición y se trató de incitar el interés de los entonces reunidos hacia la labor del Instituto con el fin de lograr la coordinación que, en el ámbito nacional, propugna el Representante del Perú. Agrega que la iniciativa está ya en marcha conceptuándola como muy valiosa.

En cuanto a la participación de la FAO, el Dr. Horwitz hace constar que el INCAP concentra sus actividades en aquellos aspectos de la nutrición relacionados con la salud, según acuerdo de carácter funcional establecido entre la OMS y la FAO. Por esta razón - añade - los esfuerzos generales para financiar al INCAP se han dirigido preferentemente a los organismos públicos y privados que tienen relación directa con la salud.

El PRESIDENTE, invita al Dr. Candau, Director General de la OMS, a que recabe la ayuda de su Organización para el INCAP, desde la contribución que el Instituto está haciendo a países situados fuera del Continente.

El Dr. CANDAU (Director General, OMS) declara que lo único que puede decir es que toma nota de las manifestaciones que se han formulado en el curso del debate.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura del proyecto de resolución.

Dr. WATT (United States of America) proposed that the resolution on the provisional draft of the 1966 proposed budget of FAHC contain a clause to the effect that the Director should take into account the status of quota payments when he made his final proposal to the Executive Committee.

El PRESIDENTE propone que, para recoger las observaciones expuestas por el Representante de los Estados Unidos de América, se agregue al proyecto de resolución que se discute la siguiente mención: "de acuerdo con las posibilidades económicas".

El Dr. FERREIRA (Brasil) indica que, a su juicio, el Representante de los Estados Unidos de América llegó a aceptar en principio el aumento en el presupuesto de 1966 de la suma de 200,000 dólares propuesta por el INCAP, pero que el problema radica en la relación que dicho Representante desea establecer entre el nivel del Presupuesto y la recaudación de las cuotas. Añade que no hay duda de que es general el interés de los Representantes porque el INCAP tenga una situación sólida y cree que sería mejor que el tema del INCAP no apareciera ligado al problema de los recursos presupuestales.

El PRESIDENTE precisa que la proposición del Dr. Watt se refiere a todos los programas y tiende a conseguir que todos los países paguen sus contribuciones a la Organización. Anuncia que en momento oportuno presentará al Consejo el proyecto de resolución sobre este tema.

TEMA 9: INFORME FINANCIERO DEL DIRECTOR E INFORME DEL AUDITOR EXTERNO CORRESPONDIENTES A 1963

TEMA 11: INFORME SOBRE LA RECAUDACION DE LAS CUOTAS

ITEM 9: FINANCIAL REPORT OF THE DIRECTOR AND REPORT OF THE EXTERNAL AUDITOR FOR 1963

ITEM 11: REPORT ON THE COLLECTION OF QUOTA CONTRIBUTIONS

Dr. PORTNER (Chief of Administration, PASB), in presenting Item 9, noted that it was closely linked with Item 11, on the collection of quota contributions. He introduced Official Document 53, containing the Financial Report of the Director and the Report of the External Auditor for 1963.

The Director's Financial Report presented an accounting of the Organization's funds in accordance with the Financial Rules and Regulations. More important, it was a report on managerial stewardship in the utilization of resources and the prudent control of funds. Program and managerial aspects of 1963 activities were also reflected in the Annual Report of the Director, as well as in individual reports on administrative rationalization and on specific health subjects.

Although the primary objective was to report on PAHO funds, the Financial Report reflected all sources of funds. Expenditures from PAHO and WHO sources were summarized on page 2 of Official Document 53. Of the expenditures for operations, 74 per cent were from PAHO sources and 26 per cent from WHO

sources. Details of expenditures, by source, object, budget part, and individual projects, were shown in the Informational Annex, beginning on page 51.

Total expenditures in 1963 were about \$2,000,000 higher than in 1962. Taking just the funds for operations, which amounted to \$14,143,839, excluding building costs and supply purchases on behalf of Governments, the increase over operations expenditures in 1962 was \$784,804. The increases by funds were as follows: PAHO regular, \$339,251; Special Malaria Fund, \$3,569; Community Water Supply Fund, \$5,788; grants and other contributions to PAHO, \$170,735; OAS Program of Technical Cooperation, \$108,402; INCAP regular budget, \$33,294; grants and other contributions to INCAP, \$57,442; WHO regular, \$178,959; United Nations Special Fund, \$14,172; WHO smallpox, \$27,360. In Technical Assistance, there had been a decrease of \$154,168 in comparison with the previous year.

The financial situation with respect to PAHO regular funds was explained in narrative form in the Introduction (pages 3 and 4) and was summarized in Tables A and B (pages 6 and 7). As of 31 December, the figures did not include a quota payment for 1963 of \$1,000,000 from the largest contributor. Owing to an unusual legislative delay, that payment had not been received and recorded until 14 January 1964. Because of that exceptional situation, alternate columns

were shown in Tables A and B for 1963, one for the status as of 31 December and the other including the delayed payment and other small ones received by the same date. If the delayed payment was taken into account, income amounted to 97.63 per cent of the authorized budget, which was above the average for the previous five years.

Prudent management had been exercised throughout the year to fulfill the Director's policy of keeping expenditures within income. Total expenditures for operations amounted to \$5,090,269, or \$599,731 below the appropriation for operations. When the delayed payment was taken into account, even after including \$300,000 for the Working Capital Fund, the income for the six-year period 1958-1963 exceeded expenditures by \$351,184. That redressed the negative balance of \$106,492 reported last year for the previous five-year period. It had been that balance which had reflected fulfillment of the Director's policy, which had been commended by the Directing Council at its XIV Meeting.

In Table B, the status of the Working Capital Fund also reflected the Organization's financial position. As of 31 December 1963, the level of the Fund was the lowest in percentage (17.9) since its establishment. If the delayed payment were considered, however, the percentage (33.18) would be the highest since January 1958.

Quota payments had shown some improvement in 1963. When the late payment had been included, the percentage for current-year quotas was 80.7, which was higher than the average for the five previous years. Payment of quotas in arrears had reached 42 per cent, compared with 26.7 per cent in 1962. Nevertheless, the situation remained serious, especially with respect to countries in arrears two years or more. Although the number of countries in that category had dropped from seven in 1962 to five at the end of 1963, only two of them had agreed upon a plan for payment within a specific period. The total amount of arrears had risen considerably, since the assessed quota of one of those countries represented more than 7 per cent of the assessed budget.

Dr. Portner then reviewed the notes, exhibits, and schedules contained in the Financial Report. For the first time the Report reflected substantial amounts in relation to the new building. The major portion of expenditure reflected the cost of the site kindly donated by the Government of the United States of America. That amount of \$1,092,150 was shown both as income and as expenditure in 1963, since the Organization did not retain buildings and land as assets on the balance sheet. The generous loan of \$5,000,000 from the W. K. Kellogg Foundation

had been received and was shown as income to the Building Fund in 1963.

Dr. Portner then presented the Report of the External Auditor, calling attention to the most important portions, in particular the paragraph on budgetary income. The Auditor had complimented the officers of the Organization on having kept down ~~costs~~ relating to the construction of the new building. He had also commented favorably on the Director's financial prudence in establishing reserves for terminal costs for staff members, financed from voluntary contributions and grants. The Auditor had also called attention to the substantial savings realized as the result of recentralization of administrative services.

Dr. Portner read in full the Auditor's statement on quota contributions (page 69) and the summary paragraph (page 75) urging the payment of quotas and reiterating his recommendation for the adoption of a constitutional provision similar to that adopted by the World Health Organization and other international organizations, for possible withholding of privileges and services in relation to Governments in arrears two or more years.

Dr. Portner then presented Document CD15/13 and Addendum I on the current status of quota contributions.

In addition to the payments reported in Addendum I, the following information had just been received: Nicaragua had paid \$9,690, representing a partial payment for 1964; the Dominican Republic had paid its 1964 quota in full; the United Kingdom had paid the balance of 1963 and \$119.38 against 1964. Information had also been received that a payment of \$15,000 by Paraguay was being transmitted.

Dr. Portner then gave the percentages of collections to date; 42 per cent of current quotas had been paid, as compared with 45 per cent at the same time the previous year. Collections of arrears, not counting the late payment of \$1,000,000 previously mentioned, amounted to 16 per cent, as compared with 28 per cent in the same period in 1963.

Dr. WATT (United States of America) thanked Dr. Portner for graphically illustrating the problem that was a matter of concern to his Government. He stated that history was a guide to the future and that the budget discussions should be opened with a discussion of the Financial Report. In that way, the Council would be better able to cope with the budget proposals. He therefore proposed that in the coming year the Auditor's Report be the first item of business and that the budget discussion follow thereafter.

El Dr. SUTTER da lectura al siguiente proyecto de resolución:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes al ejercicio económico de 1963 (Documento Oficial 53),

RESUELVE:

1. Aprobar el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes a 1963 (Documento Oficial 53).
2. Encarecer a los Gobiernos que tengan cuotas pendientes, que las hagan efectivas a la mayor brevedad posible.
3. Encomiar la política de administración prudente seguida por el Director en el sentido de mantener los gastos presupuestarios dentro del nivel de los ingresos."

El PRESIDENTE propone que se incluya en este proyecto la adición solicitada por el Representante de los Estados Unidos de América, en el sentido de que en la próxima reunión del Consejo el primer tema que se examine sea el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo a fin de conocer el estado de la recaudación de las cuotas.

El Dr. ORELLANA (Venezuela) estima que no es indispensable adoptar la proposición que formula el Presidente ya que es la Comisión General la encargada de fijar el orden en que han de examinarse los temas en cada reunión y propone que el deseo expresado por el Dr. Watt conste en acta para que de él tome nota el Comité Ejecutivo.

El Dr. QUIROS (Perú) indica que sería conveniente que el Informe Financiero del Director fuera acompañado, junto al Informe del Auditor Externo, de una auditoría técnica, lo que permitiría conocer qué parte del programa no ha sido cumplida en el período correspondiente.

El PRESIDENTE estima que, en realidad, el Informe Anual del Director constituye una auditoría técnica, puesto que a través de él se puede comprobar qué se hizo en la Oficina en el lapso a que el mismo se refiere.

El Dr. QUIROS (Perú) insiste en sus puntos de vista y afirma que, a su juicio, es necesaria una auditoría técnica.

El PRESIDENTE señala que la petición del Representante del Perú puede verse satisfecha con que el Director reseñe en su Informe lo que los países solicitaron que se hiciera en el período y subraye qué es aquello que no se pudo llevar a cabo.

El Dr. QUIROS (Perú) vuelve a insistir en sus puntos de vista y solicita que el año próximo se proporcione al Consejo Directivo una explicación completa sobre todas las actividades desarrolladas.

El PRESIDENTE hace constar que si la auditoría que solicita el Dr. Quiros consiste en comprobar de un modo directo lo que se está haciendo en cada caso, representará un

trabajo enormemente complicado y costoso. Estima que bastaría con que el Director consigne, en una nota adicional en su Informe, qué es lo que no se pudo realizar por falta de fondos.

El Dr. FERREIRA (Brasil) pregunta al Representante del Perú qué es lo que entiende por auditoría técnica, ya que considera que no es otra cosa que la reseña de actividades realizadas contenida en el Informe del Director.

El Dr. ORELLANA (Venezuela) subraya que en el Informe Financiero del Director, a partir de la página 53 del mismo, figura la relación de proyectos ejecutados en cada país, de los proyectos interzonas, etc. Si lo que se desea es establecer una comparación --agrega-- bastaría con que se consigne lo que se presupuestó y no se realizó; para tener una idea exacta, sería suficiente comparar el Presupuesto con el Informe Financiero del Director.

El PRESIDENTE declara que constará en acta lo propuesto por el Representante de los Estados Unidos de América y que en cuanto a la ejecución de una auditoría técnica cree que el deseo del Representante del Perú puede verse satisfecho con que el Director elabore una relación de lo que no se pudo llevar a cabo en cada período por falta de fondos.

Dr. WATT (United States of America) stated that a precise technical audit would be more than the Council could handle at that time, even though the principle proposed by the Representative of Peru had been sound. He suggested that the Executive Committee be requested to work with the Director in an attempt to develop the kind of report that would satisfy both the Council and the Representative of Peru.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) manifiesta que todo lo que el Consejo Directivo desee que el secretariado haga para informarse más ampliamente de las actividades de la Oficina, será complimentado. Recuerda que fue la Oficina la que introdujo el método de presupuesto por programa con el objeto de facilitar el análisis total de las actividades. Señala que, en su opinión, lo que el Representante del Perú desea, y se trata de cuestión que ha planteado en tres distintas oportunidades, es que tres documentos esenciales que son parte de la responsabilidad del Consejo, se analicen en forma correlacionada: el Informe Anual, el Programa y Presupuesto para el año siguiente y subsiguiente, y el Informe del Auditor Externo. El interés del Dr. Quirós consiste en comparar lo que el Consejo aprobó este año con lo que la Oficina pudo realizar en el año respectivo; se trata, evidentemente, de un interés muy laudable, importante. Como se da la circunstancia de que la Oficina se esfuerza por

enviar con toda oportunidad tal documentación a cada Gobierno --añade el Dr. Horwitz-- dicho análisis debiera ser exactamente parte de lo que el Dr. Quirós decía: que cada Gobierno estudie y relacione entre sí toda esta información; y así le pareció interpretar los comentarios del Sr. Representante de Venezuela, Dr. Orellana, al aludir al registro de cada proyecto como consta en el Informe Financiero del Director y en el del Auditor Externo, y compararlo con el Informe Anual y, naturalmente, con el Programa y Presupuesto. Declara el Dr. Horwitz que lo que se solicita es que se realice por la Oficina un análisis más, pero entiende que sería mejor que lo hiciera cada Gobierno en particular, lo que daría oportunidad a que se examinase con más detenimiento una documentación que es costosa en esfuerzo y en dinero. Sin embargo --termina diciendo-- como ha quedado registrado en actas, si el Comité Ejecutivo, después de estudiar esta situación estima que se debiera agregar algún tipo de análisis en el sentido solicitado por el Representante del Perú, la Oficina lo haría con todo agrado.

El Dr. QUIROS (Perú) considera que es conveniente que en alguna parte del Informe del Director se indique qué es lo que no se hizo de cada proyecto de la Organización durante el año correspondiente. Señala como ejemplo la referencia al proyecto de la República Argentina, relativo al Instituto Nacional de Microbiología y dice que en esa referencia se

indica la labor realizada, pero nada se informa sobre la que no se ejecutó. Estima que al redactar el Informe se deben consignar estas precisiones en todos los proyectos considerados.

El Dr. AGUILAR (Guatemala) indica que al ampliar los datos del Informe del Director debería señalarse la colaboración prestada por la Oficina y la labor realizada en cada proyecto.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) considera que es prudente que este asunto sea analizado, como lo propone el Dr. Watt, por el Comité Ejecutivo, ya que es cuestión mucho más compleja de lo que a primera vista parece. Precisamente --agrega-- el ejemplo que ha puesto el Dr. Quirós es muy bueno, porque él lo conoce muy bien ya que colaboró como funcionario de la Organización en la Zona VI, con el Instituto Malbrán de Buenos Aires. Es cierto que no se han invertido determinadas partidas en el Instituto en este período, pero ello se debe a que ha cambiado la administración del Instituto y la nueva administración está efectuando una reestructuración total del establecimiento. Su director ha manifestado que todavía no necesita una asesoría directa ni en expertos ni en becas, de tal suerte que la Oficina no puede forzar a ningún Gobierno. Expresa su preocupación porque el acto de informar por escrito a los países de que cualquier Gobierno haya resuelto no

hacer tal o cual cosa en determinado programa podría envolver una crítica por su actuación y es cuestión que merece meditar-se con todo cuidado. Con frecuencia ocurre -- dice el Dr. Horwitz-- que bien por cambio de administración, por cambio de dirección, por modificaciones de política, o por dificultades presupuestarias, los Gobiernos no pueden o no desean o no quieren hacer esto o lo otro, y son soberanos por proceder como lo estimen conveniente. De tal suerte --declara-- se permitiría reiterar que no se expresara en ninguna resolución una situación de esta naturaleza, sino que, como se ha propuesto, las actas del debate sean enviadas al Comité Ejecutivo y la Oficina preparará un documento general, orientador, que permita a dicho Cuerpo adoptar las medidas que crea oportunas.

El Dr. OLGUIN (Argentina) señala que, a su juicio, el tema ha sido suficientemente debatido. Los programas --añade-- son de interés nacional y los Gobiernos los apoyan con todos sus medios. Cada programa implica informes periódicos que son sometidos a la Organización; luego, existe información adecuada sobre cada uno. Es evidente que cada vez hay dificultades para llevarlos a la práctica y, en muchos casos, pueden producirse demoras en su cumplimiento. Pero todos los datos se registran en el Informe del Director, en el Informe Financiero de éste, en el del Auditor Externo; por ello no parecen necesarios los informes complementarios que se están solicitando en el debate.

El Dr. QUIROS (Perú) se muestra conforme en que sus puntos de vista se sometan a la consideración del Comité Ejecutivo. Manifiesta que los planes y proyectos de la Organización deben ser establecidos por los Cuerpos Directivos de ésta, no por los Gobiernos. La Organización debe establecer su plan general.

El PRESIDENTE contesta al Dr. Quirós afirmando que son los Gobiernos los que establecen los planes.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) hace constar su deseo de que se precise que la Organización no ha tenido nunca interés en forzar a los Gobiernos en la elaboración de los planes.

El PRESIDENTE propone que se someta a consideración del Comité Ejecutivo la proposición del Dr. Quirós.

Así se acuerda.
It was so agreed.

Decisión: Por unanimidad se aprueba el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo correspondientes a 1963; se encarece a los Gobiernos que tengan cuotas pendientes, que las hagan efectivas a la mayor brevedad posible, y se recomienda al Director que mantenga en 1965 y 1966 la política de administración prudente que ha seguido en los años anteriores con el objeto de que los gastos presupuestarios se ajusten al nivel de los ingresos.

Decision: It was unanimously agreed to approve the Financial Report of the Director and the Report of the External Auditor for 1963; to urge Governments that had outstanding quotas to pay them as soon as possible; and to recommend that the Director continue in 1965 and 1966 the policy of prudent administration that he had followed in previous years, in order that budgetary expenditures might be maintained within income.

Se levanta la sesión a las 10:15 p.m.
The session rose at 10:15 p.m.



directing council

PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XV Meeting

regional committee

WORLD
HEALTH
ORGANIZATION



XVI Meeting

Mexico, D.F.

Wednesday, 2 September 1964, at 8:15 p.m.

CD15/38 (Eng.)
CORRIGENDUM
5 October 1964
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE FIFTH PLENARY SESSION

Page 7, third paragraph, line 8:

Substitute Incaparina for incipiencia.

Page 12, second paragraph, line 3:

Substitute dada for desde.

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD
XV Reunión

México, D.F.

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD
XVI Reunión



Jueves 3 de septiembre de 1964, a las 9:00 a.m.
Thursday, 3 September 1964, at 9:00 a.m.

CD15/39
5 septiembre 1964
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA SEXTA SESEION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE SIXTH PLENARY SESSION

Presidente
President

Dr. Dionisio González Torres (Paraguay)

Indice
Contents

- Tema 11: Informe sobre la recaudación de las cuotas
(continuación)
- Item 11: Report on the Collection of Quota Contributions
(continuation)

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Actas (Oficina 522, quinto piso) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto, dentro de las 48 horas siguientes a su distribución. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify the Minutes Service (Room 522, fifth floor) within 48 hours after distribution, of any changes they wish to have made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the Meeting.

TEMA 11: INFORME SOBRE LA RECAUDACION DE LAS CUOTAS
(continuación)

ITEM 11: REPORT ON THE COLLECTION OF QUOTA CONTRIBUTIONS
(continuation)

El PRESIDENTE informa que hay el quórum requerido y declara abierta la sesión. Seguidamente pide al Secretario que presente el documento correspondiente.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) informa que el Comité Ejecutivo, en su 50a Reunión, había aprobado las Resoluciones XII y XIII sobre la recaudación de las cuotas, y da lectura al siguiente proyecto de resolución sobre la enmienda al Artículo 6 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, para consideración del Consejo:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado la recomendación de enmienda de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud formulada por la 50a Reunión del Comité Ejecutivo en el Párrafo 8 de su Resolución XII; y

Teniendo en cuenta la Resolución XIII adoptada en la 50a Reunión del Comité Ejecutivo así como lo dispuesto en el Artículo 23 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud,

RESUELVE:

Aprobar la siguiente enmienda al Artículo 6 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud:

1. Incluir, después del actual párrafo A, un nuevo párrafo, que se designará con la letra B, concebido en los términos siguientes:

'B. Si un Gobierno deja de cumplir sus obligaciones financieras con respecto a la Organización, para la fecha de inauguración de la

Conferencia Sanitaria Panamericana o del Consejo Directivo, por tener atrasos que excedan del importe de las cuotas correspondientes a dos años completos, se suspenderán los privilegios de voto de dicho Gobierno. Sin embargo, la Conferencia o el Consejo Directivo podrán permitir que dicho Miembro vote si considera que la falta de pago se debe a condiciones fuera del control del Gobierno.'

2. Designar el actual párrafo B con la letra C."

Continúa diciendo que el Director había enviado la propuesta de enmienda constitucional a los Gobiernos con la anticipación reglamentaria, y que corresponde ahora al Consejo votar sobre dicha propuesta.

El PRESIDENTE solicita comentarios u observaciones sobre el proyecto de resolución presentado.

El Dr. FERREIRA (Brasil) estima que el asunto planteado exige atención especial por parte de los Gobiernos, ya que muchas veces las dificultades para hacer los pagos oportunamente surgen en los Ministerios de Hacienda, que fijan sus propias prioridades al señalar las asignaciones presupuestarias. Juzga que antes de aprobar la enmienda constitucional, se realice una última tentativa, al más alto nivel, y sugiere que el Director gestione el pago de las cuotas personalmente con los Presidentes de los respectivos países, les informe acerca de la situación y trate de ese modo de resolver el problema.

El Dr. BUSTAMENTE (México) recuerda que este tema ha sido objeto de muchas deliberaciones en el seno de las

Reuniones de los Cuerpos Directivos, y que es necesario contar con las cuotas oportunamente para evitar que el Director siga viéndose obligado a hacer ajustes y que se aprueben programas que no se pueden llevar a cabo. Durante la XIV Reunión del Consejo, había participado plenamente en las discusiones, declarando que no sería conveniente aplicar una sanción que consistiera en privar del derecho de voto a los países en mora. Sin embargo, dada la situación de muchos países, cuyos problemas internos y externos los obligan a destinar sus presupuestos a programas más urgentes, y los cambios del valor de la moneda en algunos de ellos, piensa ahora que quizá haya una solución intermedia. Por lo tanto, propone que se estudie la posibilidad de obtener préstamos de las organizaciones internacionales de crédito para que los países puedan cubrir sus cuotas, aunque los tuvieran que reembolsar gradualmente con intereses, lo que permitiría a la Oficina cubrir su presupuesto. Es menester encontrar una solución para lograr el pago de las cuotas atrasadas y llevar a cabo el programa de la Organización.

El Dr. QUIROS (Perú) sugiere que, con el fin de abreviar la discusión, se apruebe en primer término el proyecto de resolución, ya por todos conocido, sin perjuicio de que se estudie la solución propuesta por el Representante de México. Además, propone que se constituya un grupo de trabajo con el objeto de estudiar posibles soluciones y formular proposiciones concretas sobre este problema para presentar al Consejo.

El Dr. MOTEZUMA (Venezuela) considera que la labor de la Oficina Sanitaria Panamericana es de amplio beneficio para todos los Gobiernos y que debe ser compensada mediante el cumplimiento efectivo por parte de los países. Por lo tanto, apoya la enmienda propuesta, así como la sugerencia del Representante de México en cuanto a la posibilidad de recabar fondos para los países que los necesiten.

Dr. WILLIAMS (United States of America), speaking also as a member of the Executive Committee that had recommended the proposed constitutional amendment, stated that the Committee had studied the matter very carefully. It had even considered the use of stronger language, which had later been reduced to its present form. The resolution had been adopted without a single dissenting vote, and represented perhaps the most important single item considered by the Committee at its 50th Meeting.

The purpose of the amendment was essentially a very simple and a very important one: to ensure that necessary funds were available to maintain the health and the integrity of the Organization. The intention was to give Health Ministries additional assistance in approaching the official bodies that were responsible for providing funds.

Another point to be stressed was that the Council or the Conference would act, in cases where it appeared to be necessary, as a court of appeal. Those Governing Bodies clearly had the authority to consider carefully the conditions and the circumstances under which the problems arose, and to restore the vote if they deemed it appropriate and necessary to do so.

Moreover, as had been made clear in the Executive Committee discussion, the loss of the vote in such cases in no way involved loss of participation in the affairs of the Organization or in those of the Council or the Conference meetings; in particular, it specifically did not involve the loss or abridgement of any services by the Organization.

The United States Delegation believed it appropriate to adopt some intermediate measure, perhaps to set some date in the future, for the proposed amendment to come into force, in order to enable Governments currently in arrears to make the necessary arrangements.

He expressed agreement with the suggestions made by the Representative of Mexico, and supported the Representative of Peru's proposal on forming a working party to explore the possibility of securing additional financing through loan funds from one or more of the international lending agencies.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) informa que para aceptar una enmienda constitucional se requirieron dos tercios

de votos de los delegados presentes. Sugiere que se lea el Artículo 28 de la Constitución de la OPS sobre este asunto.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al Artículo 28 citado sobre las Enmiendas a la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud.

Decisión: Por 18 votos a favor, ninguno en contra y 2 abstenciones, se aprueba el proyecto de resolución sobre la enmienda al Artículo 6 de la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud.

Decision: By a vote of 18 in favor, none against and 2 abstentions, the draft resolution on the amendment to Article 6 of the Constitution of the Pan American Health Organization was approved. 7

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) pregunta si es voluntad del Consejo que la enmienda aprobada entre en vigor de inmediato o en una fecha futura.

El Dr. FERREIRA (Brasil) declara que si se establece un grupo de trabajo para estudiar posibles soluciones al pago de las cuotas, estaría dispuesto a retirar su sugerencia para que el grupo la presente al Consejo, junto con otras que juzgue conveniente, en una fecha posterior.

Dr. WILLIAMS (United States of America) considered that the constitutional amendment had been adopted. Under the provisions of the amendment, however, the Council had the authority to restore the vote at any time. He proposed that for the remainder of the present Council meeting,

Members which were in arrears for more than two years should be permitted to vote.

Los Dres. BUSTAMANTE (México), MOTEZUMA (Venezuela) y QUIROS (Perú) apoyan la moción del Representante de los Estados Unidos de América.

El Dr. VILLAMAR (Ecuador) observa que en la América Latina no se presta el interés debido a los graves problemas sanitarios y que los Gobiernos no atienden debidamente el cumplimiento de sus obligaciones. Por lo tanto, sugiere que, antes de hacer otra gestión tendiente a conseguir apoyo financiero por parte de organismos crediticios internacionales, se incite a los Gobiernos el pago de sus cuotas atrasadas.

Se levanta la sesión a las 9:40 a.m.
The session was adjourned at 9:40 a.m.

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD
XV Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD
XVI Reunión



México, D.F.

Jueves, 3 de septiembre de 1964, a las 2:35 p.m.
Thursday, 3 September 1964, at 2:35 p.m.

CD15/40

3 septiembre 1964

ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA SEPTIMA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE SEVENTH PLENARY SESSION

Presidente: Dr. Dionisio González Torres Paraguay
President:

(Después): Dr. José Alvarez Amézquita México
(Later):

Indice
Contents

Tema 11: Informe sobre la recaudación de las cuotas
(conclusión)
Item 11: Report on the Collection of Quota Contributions
(conclusion)

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Actas (Oficina 522, quinto piso) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto, dentro de las 48 horas siguientes a su distribución. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión.

Note: These précis minutes are provisional. The Representatives are therefore requested to notify the Minutes Service (Room 522, fifth floor) within 48 hours after distribution, of any changes they wish to have made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the Meeting.

Indice (Cont.)
Contents (Cont.)

- Tema 8-B: Proyecto de Programa y Presupuesto de la Región de las Américas, Organización Mundial de la Salud, para 1966 (Conclusión)
- Item 8-B: Proposed Program and Budget of the World Health Organization for the Region of the Americas for 1966 (Conclusion)
- Tema 18: Examen del programa de la Organización, basado en una muestra de proyectos a largo plazo
- Item 18: Report of Program Review of a Sample of Long-Term Projects of the Organization
- Tema 12: Enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana
- Item 12: Amendments to the Staff Rules of the Pan American Sanitary Bureau
- Tema 23: Informe sobre la racionalización administrativa de la Oficina Sanitaria Panamericana
- Item 23: Progress Report on Administrative Rationalization in the Pan American Sanitary Bureau
- Tema 20: Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas, y cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la Organización Panamericana de la Salud para la Erradicación de la malaria
- Item 20: Report on the Status of Malaria eradication in the Americas and Estimated Requirements for the Special Malaria Fund of the Pan American Health Organization

- TEMA 11: INFORME SOBRE LA RECAUDACION DE LAS CUOTAS
(Conclusión)
- ITEM 11: REPORT ON THE COLLECTION OF QUOTA CONTRIBUTIONS
(Conclusion)

El PRESIDENTE da la bienvenida al Dr. Oscar Vargas Méndez, Director Regional del UNICEF para las Américas. Expresa que, al levantar la sexta sesión plenaria, había sido aprobada una enmienda constitucional, que tiene validez inmediata, y en virtud de la cual aquellos Países Miembros que tienen cuotas atrasadas de más de dos años no podrían votar durante el resto de la presente reunión del Consejo Directivo. Agrega que el Representante de los Estados Unidos de América, no obstante, había presentado un proyecto de resolución encaminado a permitir que dicha medida quedara en suspenso respecto a la presente Reunión del Consejo.

El Dr. WILLIAMS (Estados Unidos de América) read the draft resolution, as follows:

"THE DIRECTING COUNCIL

Bearing in mind the amendment to the Article 6 of the Constitution;

Taking into account the opinions expressed by the Representatives of the Governments with respect to the application of the said amendment; and

Noting the report on the collection of quota contributions (Document CD15/13 and Addendum I).

RESOLVES:

To suspend the application of the said amendment for the period of the XV Meeting of the

Directing Council of the Pan American Health Organization, XVI Meeting of the Regional Committee of the World Health Organization."

"EL CONSEJO DIRECTIVO

Teniendo en cuenta la enmienda al Artículo 6 de la Constitución;

Teniendo en cuenta las opiniones expresadas por los Señores Representantes en relación a la aplicación de dicha enmienda; y

Teniendo en cuenta el informe sobre la recaudación de las cuotas (Documento CD15/13 y Addendum I),

RESUELVE:

Dejar en suspenso, a título transitorio y respecto de la XV Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud y XVI Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, la aplicación de la enmienda constitucional aprobada."

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.

Decision: The draft resolution was approved.7

EL PRESIDENTE luego somete a votación el proyecto de resolución A referente al tema 11 (Informe sobre la recaudación de las cuotas), que dice así:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe sobre la recaudación de las cuotas (Documento CD15/13 y Addendum I), así como la información y las observaciones sobre esta materia contenidas en el Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondiente a 1963 (Documento Oficial 53); y

Teniendo en cuenta la importancia del pago puntual y completo de las cuotas, a fin de asegurar el apoyo financiero para la ejecución de la totalidad del programa aprobado,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe sobre la recaudación de las cuotas (Documento CD15/13 y Addendum I), así como de la información y las observaciones sobre esta materia contenidas en el Informe Financiero del Director e Informe del Auditor Externo correspondientes a 1963 (Documento Oficial 53).

2. Encarecer a los Gobiernos que en sus presupuestos incluyan las asignaciones necesarias para el pago de sus cuotas y que las hagan efectivas lo más pronto posible cada año, ya que éstas son pagaderas el 1 de enero del año correspondiente.

3. Encomendar al Director que persista en sus gestiones, ya sea directamente o por conducto de los Jefes de Zona y los Representantes de la OPS en los respectivos países, para que se abonen las cuotas del ejercicio en curso con puntualidad y las atrasadas lo antes posible.

4. Encomendar al Director que prosiga sus esfuerzos en el sentido de realizar gestiones con los países que tienen cuotas atrasadas en más de dos años, al objeto de llegar a un acuerdo sobre un plan financiero para el pago, dentro de un plazo definido, de las cuotas pendientes.

5. Encomendar al Director y a los respectivos Ministros de Salud que señalen a la atención de las autoridades y organismos encargados de la política fiscal y económica (Ministerios de Hacienda, del Tesoro, etc.) la utilidad de los programas de salud como parte del desarrollo económico y la importancia de prestar apoyo financiero adecuado a la Organización Panamericana de la Salud, con el fin de evitar la interrupción del programa de dicha Organización."

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having considered the report on the collection of quota contributions (Document CD15/13 and Addendum I), as well as the information and comments on quotas contained in the Financial Report of the Director and the Report of the External Auditor for 1963 (Official Document 53); and

Considering the importance of prompt and full payment of quota contributions to assure financial support for the entire approved program,

RESOLVES:

1. To take note of the report on the collection of the quota contributions (Document CD15/13 and Addendum I) and of the information and comments on quotas contained in the Financial Report of the Director and the Report of the External Auditor for 1963 (Official Document 53).

2. To urge Governments to make budgetary provision for their quota assessments and to pay quotas as early as possible each year, since they are due on 1 January each year.

3. To request the Director to make continuous efforts, directly and through PAHO Zone Chiefs and Country Representatives in the respective countries, to have the payment of quotas effected on a current basis and to have arrearages paid as soon as possible.

4. To request the Director to continue his efforts to make arrangements with countries having quotas in arrears more than two years to adopt a financial plan for the payment of outstanding quotas within a definite period.

5. To request the Director and the respective Ministers of Health to bring to the attention of officials and organizations responsible for dealing with economic and fiscal policies (Ministries of Finance, Treasure, etc.) the value of health programs as a part of economic development and the importance of providing adequate financial support for the Pan American Health Organization, with the object of preventing the interruption of the program of PAHO."

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Decision: The draft resolution was unanimously approved.7

- TEMA 8-B: PROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA REGION DE LAS AMERICAS, ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD PARA 1966.
- ITEM 8-B: PROPOSED PROGRAM AND BUDGET OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION FOR THE REGION OF THE AMERICAS FOR 1966

El PRESIDENTE seguidamente pone a consideración el proyecto de resolución sobre el tema 8-B, que dice así:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el Programa de Asistencia Técnica de la OMS que, se prevé, será financiado con fondos del Programa Ampliado de Asistencia Técnica de la las Naciones Unidas y que figura en el Documento Oficial 52 de la Organización Panamericana de la Salud;

Teniendo en cuenta que, además de los proyectos solicitados por los países directamente a la Junta de Asistencia Técnica, existen proyectos regionales que benefician a países de todas las Américas; y

Considerando también que el porcentaje de proyectos de salud solicitados por los Gobiernos dentro del Programa Ampliado de Asistencia Técnica ha continuado disminuyendo,

RESUELVE:

1. Aprobar los proyectos regionales propuestos para el bienio de 1965-1966 y apoyar la presentación de los mismos a la consideración de la Junta de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas.

2. Encarecer a los Gobiernos que tomen plenamente en cuenta la importancia de las actividades de salud en el desarrollo social y económico, y que, en el futuro, aumenten la proporción de proyectos de salud solicitados dentro del Programa Ampliado de Asistencia Técnica."

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having examined the WHO Program of Technical Assistance expected to be financed under the United Nations Expanded Program of Technical Assistance, which appears in Official Document 52 of the Pan American Health Organization;

Noting that in addition to projects requested by countries direct to the Technical Assistance Board there are regional projects which benefit countries throughout the Americas; and

Noting also that the percentage of health projects requested by Governments within the total Expand Program of Technical Assistance has continued to decrease,

RESOLVES:

1. To approve and support for submission to the United Nations Technical Assistance Board the proposed regional projects for the biennium 1965-1966.

2. To urge that Governments give full consideration to the importance of health activities in social and economic development, and that in the future they increase the proportion of health projects requested within the Expanded Program of Technical Assistance."

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) expresa que desea aportar algunos antecedentes adicionales, a fin de complementar lo expresado en la sesión anterior por el Dr. Portner. El hecho concreto, señala, es que año tras año la proporción de fondos que se destinan a la salud entre los proyectos financiados mediante el Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas ha venido disminuyendo, y ha llegado actualmente a su nivel más bajo, que representa sólo un 13% del total, cuando en años anteriores se había pasado del 22%. Ahora bien -prosigue- los Ministerios de Salud, en las juntas interministeriales en donde se dispone la distribución de estos fondos, no siempre tienen la actitud vigorosa que requiere no sólo para defender nuevos programas, sino también para la continuación de los ya

existentes. Se da el caso de que existen proyectos que han sido especialmente solicitados por los Gobiernos, y que sin embargo no fueron incluidos por esos mismos Gobiernos en las solicitudes de apoyo económico formuladas a la Junta de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas.

El objeto del proyecto de resolución, expresa el Dr. Horwitz, es el de llamar la atención de los Gobiernos sobre esta situación. Con frecuencia debemos referirnos a los problemas de financiación de nuestros programas; no obstante, existen posibilidades de financiación, como los fondos de la Junta de Asistencia Técnica, a las cuales los Gobiernos recurren en menor escala que lo que fuera de desear.

Por lo que hace a la Oficina, agrega, es de notar que, mucho antes del momento en el que los proyectos y solicitudes de apoyo deben ser presentados a la Junta de Asistencia Técnica, se envía a cada país toda la documentación concerniente a proyectos en materia de salud, a fin de que el país pueda decidir sobre su inclusión en la mencionada solicitud a la Junta.

Repetimos -destaca- que esa decisión se formula generalmente en las juntas interministeriales de cada país, y en ellas debe escucharse la voz de los Ministerios de Salud en defensa de sus necesidades. Tal es el sentido del proyecto de resolución presentado, con el que se quiere

proponer claramente esta situación a la atención de los señores Representantes.

Decisión: Por 18 votos a favor, ninguno en contra, y una abstención, se aprueba el proyecto de resolución.
Decision: By 18 votes in favor, none against, and 1 abstention, the proposed resolution was approved. 7

El PRESIDENTE manifiesta que el Representante del Perú había propuesto la formación de un comité o grupo de estudio que tendría por misión estudiar los medios por los cuales los países atrasados en el pago de sus cuotas podrían regularizar esa situación. Al respecto, agrega, el Representante de México había sugerido la posibilidad de obtener préstamos de agencias bancarias internacionales, criterio que compartía el Representante de los Estados Unidos de América; ese tema podría, en efecto, ser considerado por el grupo a formarse, a favor del cual también se expidió el Representante del Brasil. El Presidente propone que se forme el referido grupo de trabajo, y que el mismo esté integrado por los Representantes del Brasil, los Estados Unidos de América, México, el Perú y Venezuela.

Así se acuerda.
It was so agreed.

TEMA 18: EXAMEN DEL PROGRAMA DE LA ORGANIZACION, BASADO
EN UNA MUESTRA DE PROYECTOS A LARGO PLAZO
ITEM 18: REPORT OF PROGRAM REVIEW OF A SAMPLE OF LONG-
TERM PROJECTS OF THE ORGANIZATION

El Dr. DROBNY (Jefe, Oficina de Evaluación e Informes, OPS), al presentar el Documento CD-15/8, manifiesta que éste fue distribuido con bastante anticipación y hace referencia al método utilizado en la selección de los proyectos que se analizan, método que corresponde al sugerido por el Representante de los Estados Unidos de América en la XIV Reunión del Consejo Directivo. En el estudio se eligieron 26 proyectos, o sea aproximadamente el 10% del total de los existentes (sin considerar aquéllos dedicados exclusivamente a becas) que han figurado en los programas y presupuestos de la Organización por más de diez años. El orador indica a continuación cuáles son los proyectos elegidos, por materia y por país.

Señala que, por tratarse de proyectos antiguos, la mayoría se refieren al control de enfermedades o vectores, transformados más tarde en programas de erradicación. Entre éstos figuran siete programas de erradicación del Aedes aegypti, que comenzaron siendo programas de control de este vector en forma combinada con el control de la malaria. Doce de los programas analizados son de erradicación de la malaria, y el desarrollo de los mismos se detalla en el documento.

Agrega que dos de los proyectos son de control de la fiebre amarilla, y se realizan mediante subvenciones a

institutos de fabricación de vacuna y estudios epidemiológicos y de laboratorio relacionados con la enfermedad. Uno de ellos trata de la erradicación de la frambesia, y el otro del control de la fiebre aftosa, utilizando las actividades del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. También se incluyen un proyecto de adiestramiento en bioestadística, un programa de servicios nacionales de salud, y referencia de las actividades que en materia de nutrición desarrolla el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

Expresa que la información obtenida se basa en el estudio de documentos oficiales e informes de consultores, ya que, en la época de iniciación y desarrollo de estos programas, no existía un sistema metódico y organizado para la evaluación y el análisis de los proyectos. Al respecto, manifiesta, desde hace poco más de un año la Oficina ha iniciado, en forma metódica, el proceso de evaluación de los programas, en cuyo desarrollo coopera con los Gobiernos. Espera que este proceso se extienda con la mayor rapidez posible, ya que es muy necesario para el mejor aprovechamiento de los recursos asignados a cada programa.

Termina afirmando que el tema que está siendo considerado fue analizado por el Comité Ejecutivo en su 50a. Reunión, celebrada en abril de 1964, y que este Cuerpo tomó nota del documento y aprobó una Resolución que ha sido distribuida entre los Representantes.

Dr. WILLIAMS (United States of America) explained that the request for the program review had been made by the United States of America. The review had been very useful, and it was to be hoped that the staff of the Bureau would undertake similar ones periodically in the future.

The purpose of the review was to ascertain whether older projects should or should not be continued. Those projects could be classified in four categories: 1) Eradication projects, such as those against malaria, Aedes aegypti, and yaws, which could be terminated only through achievement of eradication or by abandonment of that objective, and which therefore should be continued. 2) Projects such as those for the provision of yellow fever vaccine, assistance in combating foot-and-mouth disease, and training programs, which were designed to provide regional services and were thus intended for continuation. 3) Long-term support of health services, that is, projects that played a part in the development of health services over an extended period, and whose continuation was therefore appropriate. 4) Projects such as INCAP, a nutrition project in a limited area, the continuation of which was intended.

He congratulated the Director and Dr. Drobny on the program review and proposed the following resolution:

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having examined the report of the Director on the program review of a sample of long-term projects of the Organization (Document CD15/8); and

Considering Resolution IV of the 50th. Meeting of the Executive Committee and the discussions held by the Committee on this subject,

RESOLVES:

1. To take note of the report of the Director on the review of the program of the Organization (Document CD15/8); and to express its satisfaction with the general progress of the projects covered by the review.

2. To request the Director to continue the evaluation of the Organization's program, extending it to all country projects in which the Organization co-operates, and making a continuing review of the project activities in all stages of their development."

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre el examen del programa de la Organización, basado en una muestra de proyectos a largo plazo (Documento CD15/8); y

Teniendo en cuenta la Resolución IV aprobada en la 50a. Reunión del Comité Ejecutivo y las deliberaciones del mismo sobre dicho análisis,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe presentado por el Director sobre el examen del programa de la Organización (Documento CD15/8) y expresar su satisfacción por el progreso general en los proyectos comprendidos en dicho examen.

2. Encomendar al Director que prosiga la labor de evaluación del programa de la Organización, que la haga extensiva a todos los proyectos de los diversos países en los que coopere la Organización, y que examine continuamente las actividades de los proyectos en todas las etapas de su desarrollo."

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Decision: The draft resolution was unanimously approved.7

TEMA 12: ENMIENDAS AL REGLAMENTO DEL PERSONAL DE LA OFICINA
SANITARIA PANAMERICANA
ITEM 12: AMENDMENTS TO THE STAFF RULES OF THE PAN AMERICAN
SANITARY BUREAU

Dr. PORTNER (Chief of Administration, PASB) presented Documents CD15/2 and CE50/6 on the item. The amendments introduced by the Director in the Staff Rules and confirmed by the Executive Committee at its 50th. Meeting (Resolution VI), in accordance with the provisions of Staff Rule 030, were being submitted to the Directing Council for information. The Director-General of the World Health Organization had introduced similar changes in the WHO Staff Rules and they had been confirmed by the Executive Board at its Thirty-Third Session (Resolution EB33.R23).

Dr. Portner commented on the pattern of uniformity that existed in matters of conditions of employment, since the Pan American Sanitary Bureau followed as closely as possible the action taken by WHO, which was in turn guided by the decisions of the United Nations.

He then explained in detail the changes introduced in Staff Rules 210.3, 230, 230.1, 230.2, 230.3, 230.4, 230.5, 265.1, 265.2, 270, 270.1, 270.2, 270.3, 450.2, 730.3, and 740. Five of the changes were editorial, five involved the renumbering of existing Rules, and six changes were of a substantive nature.

He also mentioned certain discussions that had been held with the World Health Organization and with the Consultative Committee on Administrative Questions, on the matter of the education grant.

El PRESIDENTE somete a votación el siguiente proyecto de resolución:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto lo dispuesto en el Artículo 12.2 del Estatuto del Personal,

RESUELVE:

Tomar nota de las enmiendas al Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana, presentadas por el Director en el Anexo del Documento CE50/6, y confirmadas por el Comité Ejecutivo en su 50a. Reunión"

"THE DIRECTING COUNCIL,

Bearing in mind the provisions of Staff Regulation 12.2,

RESOLVES:

To take note of the amendments to the Staff Rules of the Pan American Sanitary Bureau presented by the Director in the annex to Document CE50/6, and confirmed by the Executive Committee at its 50th. Meeting"

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Decision: The draft resolution was unanimously approved. 7

TEMA 23: INFORME SOBRE LA RACIONALIZACION ADMINISTRATIVA
EN LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
ITEM 23: PROGRESS REPORT ON ADMINISTRATIVE RATIONALIZATION
IN THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU

Dr. PORTNER (Chief of Administration, PASB) presented Documents CD15/18 and CE50/17, containing a progress report on the program for the rationalization of the administrative organization and processes of the Pan American Sanitary Bureau. The report described the development of the program in accordance with the plans and schedule outlined in statements to the Governing Bodies during the meetings in 1963.

It was to be noted that the rationalization program had advanced to the point where virtually all of the basic administrative activities previously performed in the Zone Offices had been transferred to the headquarters establishment, thereby completing the movement begun on 1 January 1963. It should be emphasized that the technical activities in the Region and within the Zones had in no way been modified by the program; on the contrary, the designation of representatives at the country level had enhanced the total development and coordination of all public health matters, ensuring a much broader and truer regional character to the technical responsibilities of the Organization. As the result of the appointment of Country Representatives, the Zone Chiefs have been given greater opportunity for exploring new areas of health activity for the countries in the respective Zones and for assuring effective

evaluation of the work done. The revised regional structure therefore permitted both a more penetrating program operation and a greater assurance of realizing the goal of health as a leading element in social and economic development.

The centralization of administrative activities of the Zone Offices had permitted the elimination of more than 70 positions formerly assigned for the administrative tasks in both the field and the Washington establishment, representing annualized savings of more than \$550,000. Therefore, it was possible to employ those funds for direct program assistance to Governments.

Since the presentation of the report to the 50th Meeting of the Executive Committee, the program of administrative rationalization had been extended to the Institute of Nutrition of Central American and Panama (INCAP), in view of the Bureau's responsibility for coordinating the administrative activities of the Institute. An initial review of the administrative structure clearly indicated that a reduction of 21 posts could be effected immediately, making possible annualized savings of \$53,000 for personnel services.

Dr. Portner stated that further simplification of systems and procedures and the introduction of computer techniques would continue in the future and would be the subject of further reports to the Governing Bodies.

El Dr. FERREIRA (Brasil) expresa que quiere hacer uso de la palabra para pensar en voz alta sobre el proceso a que se ha hecho referencia y que, más que de racionalización, llamaría de milagrería administrativa. Considera que conseguir una reducción que llega al 10% del personal, sin alterar las funciones que se vienen realizando y continuando todos los programas, es en efecto una suerte de prodigio. Para nuestros países, dice, sería sumamente interesante que existiera la posibilidad de aprovechar esas experiencias; al menos en el Brasil, es muy difícil obtener una reducción de cargos que no incida adversamente sobre las condiciones de rendimiento. En general, agrega, la tendencia actual es la de aumentar y no de disminuir el número de cargos.

La mejora de los servicios de salud pública constituye un problema por varios motivos. Su importancia justifica ampliamente la búsqueda de cierta forma de participación de los organismos internacionales. Si los funcionarios que tienen a su cargo este proceso de racionalización en la esfera internacional regresan a sus países -se pregunta- ¿podrían llevar a cabo la misma tarea? Es posible que no, y eso precisamente indica la importancia del problema.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) en relación con los comentarios del Dr. Ferreira, señala que en el programa consta un tema referente a las prácticas administrativas en los servicios nacionales de salud. Los Representantes tendrán así

la oportunidad de discutir este problema en sus dimensiones nacionales. El tema en consideración, en cambio, se refiere exclusivamente a las actividades de racionalización administrativa cumplidas en el seno de la Oficina Sanitaria Panamericana.

El Dr. QUIROZ (Perú) manifiesta que cuando se discutió este tema en la última reunión del Comité Ejecutivo, él formuló algunas observaciones referentes tanto a la exposición del Dr. Portner sobre racionalización administrativa, como al Informe del Auditor Externo, las cuales quedaron consignadas en el Informe Final de esa reunión (Documento CE48/18, Rev. 1). Afirma que, para él, dicho informe del Auditor Externo es un tanto confuso ya que si bien es cierto que por una parte se consigna que se realizaron economías, por la otra hay programas que no ha sido posible cumplir. Destaca que está de acuerdo con todo esfuerzo que se realice a fin de disminuir o suprimir gastos innecesarios. Pero, al mismo tiempo, es preciso examinar con mucho cuidado ciertos aspectos a fin de no ocasionar daños a actividades fundamentales de la Organización, como son las reuniones de los Cuerpos Directivos. Cita como ejemplo el mencionado Informe del Comité Ejecutivo, en el que -dice- hubo demoras que determinaron que dicho documento llegara a su poder sólo 20 días antes de celebrarse la presente reunión del Consejo. Afirma que por análogos motivos de economía, las actas de la actual reunión del Consejo Directivo son también mucho más resumidas que las de reuniones anteriores. Termina reiterando la necesidad de que no se cause perjuicio a ciertas actividades de suma importancia.

Mr. BYRNES (United States of America) said that his Government had watched with interest the development of the administrative structure in PAHO, as a model of efficiency for international organizations. He recognized that it would be some time before the full effects of the rationalization would be felt, but he wished to commend the effort that was being made and said that its progress would be followed with interest.

El Dr. OLGUIN (Argentina) expresa que, indudablemente, un proceso de racionalización administrativa como el que ha emprendido la Organización requiere un lapso mínimo para que los resultados alcanzados puedan estimarse con la objetividad necesaria. Agrega, sin embargo, que después de haber tenido oportunidad de conocer los informes periódicos al respecto, es sumamente satisfactorio para él poder expresar que dichos informes revelan continuo progreso y mejora en los aspectos administrativos. Indudablemente estas actividades deben ir ligadas al mantenimiento de la jerarquía y eficiencia técnicas, sin que por ello disminuyan las funciones que son fundamentales para la existencia misma de la Organización.

Concluye manifestando que su delegación ha estudiado el documento en consideración a la luz de informes anteriores sobre el mismo asunto, y que la impresión general es altamente satisfactoria. Por este motivo, además de expresar sus congratulaciones, hace votos por la continuación de este proceso.

El Dr. BUSTAMANTE (México) señaló que para aclarar ideas sobre ese punto, desearía que se indicase la relación existente entre el Jefe de Zona y el Representante de la OPS/OMS en el país, cuando ambos coinciden en un país determinado. Desearía conocer si esta situación está perfectamente aclarada, o si la misma forma parte de los estudios que todavía se están realizando. A su juicio es preciso conocer con exactitud cuáles son las funciones de esos dos funcionarios, ya que es un asunto de íntima relación con el proceso administrativo de la racionalización.

El Dr. AGUILAR (Guatemala) expresa que él deseaba formular una pregunta similar. Se ha dispuesto de información insuficiente sobre ese punto, y por ello, a veces el Gobierno de su país no ha sabido exactamente a quién de esos dos funcionarios debe dirigirse. Concuerdá, pues, con el Dr. Bustamante en que es preciso conocer con mayor exactitud las funciones de cada uno.

Dr. PORTNER (Chief of Administration, PASB) thanked the Representatives for their kind words and assured them that the efforts toward greater efficiency in the administrative sphere would continue. He assured the Representative of Peru that the administrative rationalization program had in no way had any impact on the service to Governing Bodies, and explained that a greater qualitative and quantitative effort was being undertaken in that regard than ever before. In response to the queries of

the Representatives of Mexico and Guatemala he detailed the functions and responsibilities of the Zone Chief and the Country Representative, and said that the respective responsibilities of those two officers had been carefully defined in the Country Representative Manual. In essence, the Country Representative was the chief technical officer in a country, with primary responsibility for associations with the ministry of health in that country. The Zone Chief had wider responsibilities and was the representative of the Director in a large geographic area, with broad functions in planning and coordination.

El Dr. BUSTAMANTE (México) expresa que desea insistir, ya que ese punto es el primero, en su larga asociación con la Oficina, sobre el que abriga dudas de interpretación. La explicación ofrecida por el Dr. Portner, dice, es ideal o teórica; pero en la realidad el asunto no se soluciona tan fácilmente, pues hay problemas de un país determinado que a veces tienen una categoría y a veces otra. Corresponde preguntarse, pues, cuándo son de la jurisdicción del Jefe de Zona y cuándo del Representante en el país. Sugiere que quizá convenga, por ello, considerar este punto en la próxima reunión del Comité Ejecutivo, ya que la coincidencia de preocupaciones con el Representante de Guatemala señala que el problema es real.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) manifiesta que con todo agrado someterá a consideración de la próxima reunión del Comité Ejecutivo los planteamientos presentados por los

Representantes de México y Guatemala, ya que nada es más agradable para la Oficina que constatar el interés existente por estos problemas de organización. Añade que concuerda con el pensamiento del Dr. Bustamante, puesto que el Manual del Representante de la OPS/OMS es un documento bastante extenso cuyo estudio posiblemente convenga más al Comité Ejecutivo que a la reunión presente.

La designación de Representantes en los Países, agrega el Dr. Horwitz, está relacionada con tendencias y criterios que se observan en el seno de la Organización Mundial de la Salud que la Oficina procura aprovechar e incorporar a sus prácticas. Se ha considerado, en efecto, que en la Región de las Américas el momento es oportuno para establecer en forma precisa esos distintos niveles operacionales: el nivel del Representante en el País y el nivel intermedio del Jefe de Zona que, en su opinión, sigue siendo indispensable. Una región tan extensa, donde hay tantos programas en ejecución simultánea y actividades tan diversas requiere, en su sentir, los mismos tres niveles que tienen las estructuras nacionales de salud. Todo ello, reitera, justifica ampliamente la presentación de este asunto a la consideración del Comité Ejecutivo.

El Dr. FERREIRA (Brasil) manifiesta que, además de adherirse a las expresiones de satisfacción formuladas por otros Representantes ante la labor realizada en esta materia, desea presentar el siguiente proyecto de resolución:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre la racionalización administrativa en la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento CD15/18);

Considerando los progresos realizados en la simplificación de la estructura, procedimientos y técnicas en las actividades administrativas de la Oficina;

Teniendo en cuenta las muy considerables economías obtenidas como resultado de dicho programa de racionalización, así como la posibilidad de invertir las citadas economías en los servicios prestados a los Gobiernos para el desarrollo de los programas; y

Reconociendo el alto grado de iniciativa que ha demostrado la Secretaría al emprender y llevar a cabo satisfactoriamente una reestructuración tan fundamental de la administración de los programas de campo,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe presentado por el Director sobre la racionalización administrativa en la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento CD15/18).
2. Expresar su reconocimiento a la Secretaría por la iniciativa demostrada y encomiar al Director y al personal de la Oficina por el éxito de la labor realizada hasta la fecha para efectuar importantes economías en la administración.
3. Encomendar al Director que prosiga aplicando el programa de racionalización y que informe a futuras reuniones de los Cuerpos Directivos sobre los progresos logrados a este respecto."

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having examined the report of the Director on administrative rationalization in the Pan American Sanitary Bureau (Document CD15/18);

Noting the progress made in streamlining structure, procedure, and techniques in the administrative activities of the Bureau;

Bearing in mind the very considerable economies made as a result of the program of rationalization and the opportunity offered for the investment of those funds in services rendered to Governments in the development of programs; and

Recognizing the high degree of initiative displayed by the Secretariat in undertaking and successfully achieving such a fundamental restructuring of the administration of field programs,

RESOLVES:

1. To take note of the report of the Director on administrative rationalization in the Pan American Sanitary Bureau (Document CD15/18).

2. To express its appreciation for the initiative of the Secretariat and to commend highly the Director and the staff of the Bureau for the success of their efforts to date in effecting substantial economies in administration.

3. To request the Director to continue the program of rationalization and to report progress to future meetings of the Governing Bodies."

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Decision: The draft resolution was unanimously approved.7

Se suspende la sesión a las 4:00 p.m.

y se reanuda a las 4:25 p.m.

The session was recessed at 4:00 p.m.

and resumed at 4:25 p.m.

TEMA 20-A: INFORME SOBRE EL ESTADO DE LA ERRADICACION DE LA
MALARIA EN LAS AMERICAS
ITEM 20-A: REPORT ON THE STATUS OF MALARIA ERADICATION IN
THE AMERICAS

El Dr. da SILVA (Jefe, Departamento de Erradicación de la Malaria, OSP) presente el Documento CD15/5, que constituye el XIII Informe acerca del estado de la erradicación de la malaria en las Américas en el período que cubre hasta diciembre de 1963.

Empieza el Dr. da Silva señalando que la situación puede compararse con la registrada en las postrimerías de 1962, que se refleja en los Mapas 1 y 2 y en el resumen que figura en el Cuadro 1.

En 1963, alrededor de 700.000 Km² del territorio inicialmente malárico, en el que viven 8 millones de personas, pasaron de la fase de ataque a la de consolidación, lo que implica un aumento del 30,8% en el número de habitantes que viven en áreas en la fase de consolidación.

A fines de 1963 el Gobierno del Brasil anunció, súbitamente, una reducción considerable de su área en fase de ataque, clasificándola como en fase preparatoria. En ese área el rociado se había venido realizando sin el rigor técnico y periódico de una campaña de erradicación, habiendo medido lo mismo en áreas antes consideradas como en fase de mantenimiento, pero donde las medidas de vigilancia no se

consideraban adecuadas. Este retroceso originó un desajuste en el análisis de la situación en el resto de los países y así, para restablecer el balance, hubo que considerar tales áreas provisionalmente en fase preparatoria, extendiéndose esta corrección al año de 1962.

Indica que, examinando los Cuadros 2 y 3 puede observarse cómo las áreas maláricas del Hemisferio han ido pasando de la fase de ataque a la de consolidación y de ésta a la de mantenimiento con la erradicación presunta o certificada. En los Cuadros 3 y 4 figuran los detalles por países, y en el Cuadro 5 una distribución general por fases.

Casi 50 millones de personas viven en áreas en las cuales se afirma que la malaria estaba erradicada con anterioridad a la iniciación de la campaña en todo el Hemisferio. Salvo en lo que se refiere a estas áreas, la mayoría de las campañas activas de erradicación en las Américas se han realizado durante el tiempo suficiente para que dichas zonas pudieran incorporarse a la fase de consolidación o estar a punto de ingresar en la misma; relativamente pocas han tenido tiempo de terminar la fase de ataque y el requerido tiempo de consolidación.

Los últimos datos indican que 30 millones de personas, o sea el 20%, viven en áreas sometidas a la fase preparatoria (cifra muy exagerada por la reclasificación temporal de grandes

áreas del Brasil); 32 millones (21%), en zonas sometidas a la fase de ataque (cifra asimismo afectada por la retirada de la fase de ataque de sectores que comprenden unos diez millones de personas en el Brasil); 32 millones (22%) en áreas que son objeto de consolidación y casi 57 millones (37,0%) en áreas en las cuales se afirma que la erradicación ha sido alcanzada.

Determinadas áreas pasaron de la fase de ataque a la consolidación en once países, en ocho de los cuales, extensos sectores del territorio y numerosas poblaciones resultaron afectadas.

En los Cuadros 6 a 10 figura el personal dedicado a las actividades de erradicación de la malaria, clasificado por tipo de trabajo y categoría de actividad.

En lo que se refiere a los transportes, existe una tendencia cada vez mayor a prescindir de choferes cuando un evaluador o inspector viaja solo y a facilitar a éstos motocicletas en lugar de "jeeps". Tal tendencia puede observarse en el Cuadro 11, en el que figuran detalladamente los medios de transporte utilizados por cada programa de campo. El número de motocicletas en uso ha aumentado en un 58,0 por ciento.

En el Cuadro 12 figuran datos relativos a los presupuestos nacionales de erradicación de la malaria para

1962 y 1963, y obligaciones contraídas para 1964, por países en su equivalencia en dólares. Estas cifras presupuestarias pueden considerarse adecuadas en países cuyos programas progresan sin dificultad; pero en lo que se refiere a otros, especialmente aquéllos donde se plantean graves problemas que requieren medidas especiales y complementarias, los fondos asignados por los Gobiernos resultan insuficientes. Dichos programas se indican en el cuadro con un asterisco.

El Cuadro 13 demuestra que la búsqueda activa de casos mediante la organización de puestos de notificación es más productiva en el descubrimiento de casos que la pasiva.

A partir de la página 21 (del texto en español), la Oficina ha tratado de presentar los datos de cada país en forma que difiere un poco de la empleada en los informes anteriores.

La labor realizada en cada programa, junto con una breve relación de datos básicos, se indica en una serie de cuadros y gráficos de cada país. Al principio de estos cuadros se presenta un resumen de la población y área protegidas por el programa, y un mapa de la distribución de áreas dentro del país, ambos por fases, al 31 de diciembre de 1963; una lista de personal y un cuadro que indica la clase y cantidad de los medios de transporte existentes en

cada categoría principal de operaciones. En la sección siguiente figuran datos relativos a las áreas en fase de ataque que hay en el país. Se indican, por ciclos, las operaciones de rociamiento desde su iniciación y se presenta también un gráfico en el que figuran todos los datos, a fin de que puedan apreciarse con más facilidad los antecedentes y realizaciones hasta la fecha. En el gráfico se indican, asimismo, la población total cuya protección directa se considera necesaria en el área sometida a la fase de ataque y el número de personas reales y directamente protegidas por medio de rociamiento de acción residual.

También se exponen con detalle, en un cuadro, las operaciones de evaluación realizadas en el área en la fase de ataque. El número de frotis sanguíneos que deben recogerse y el método preferido de muestreo varían en los distintos años de la fase de ataque, siendo un dato fundamental el porcentaje de placas que resultan positivas. Las cifras relativas a placas examinadas y el número de las positivas se han tabulado y se presentan por especie y por año de cobertura total.

En la sección siguiente del cuadro del respectivo país se indican las operaciones de las áreas sometidas a la fase de consolidación. Se considera que la población de estas áreas ha de ser objeto de un muestreo uniforme mediante la toma de frotis sanguíneos, a un ritmo habitual de

alrededor del uno por ciento de la población por mes, durante la época de transmisión, siendo indicación del progreso logrado, el porcentaje de láminas positivas decreciente que se registre. Este dato debe interpretarse teniendo también en cuenta la cantidad y calidad de la toma de placas así como el origen de la infección determinado mediante detenida investigación de cada caso: autóctono, recaída, importado, etc.. En forma tabulada, se ofrecen estos datos trimestrales relativos a la población de las áreas en fase de consolidación, placas examinadas y placas positivas, por especies y origen de la infección.

A continuación se presentan en forma similar datos, también trimestrales, acerca de las operaciones en las áreas en fase de mantenimiento.

El Dr. da SILVA indica que desea también llamar la atención de los Representantes sobre la evidente reinfección de áreas que se encontraban anteriormente libres de transmisión pero que no han podido ser mantenidas en este estado porque los países afectados carecían de recursos económicos para atacar debidamente aquellas áreas todavía infectadas.

A partir de la página 102 (texto en español), se señalan los problemas técnicos especiales conocidos y los esfuerzos realizados para neutralizarlos utilizando métodos de ataque suplementarios.

El problema más grave que impide la erradicación de la malaria en ciertas áreas de América Central y en México sigue siendo la resistencia del vector Anopheles albimanus al DDT. Este problema se ha extendido ligeramente, llegando a afectar, en 1963, sectores de nuevos departamentos del sudoeste de Guatemala y una pequeña zona cercana de México, en el Estado de Chiapas, y ha experimentado un ligero aumento en El Salvador y Honduras. La totalidad de las nuevas áreas resistentes está directamente relacionada con la muy reciente introducción del cultivo del algodón en gran escala.

En 1963 se lograron grandes progresos en lo relativo a la medición del grado de excito-repelencia (una función de la irritabilidad) del Anopheles albimanus al DDT. La creación de la Caja de Pruebas de Excito-Repelencia por uno de los grupos de investigación de la Organización ha hecho posible que se comprenda mejor la capacidad de algunas cepas de este mosquito para eludir el contacto con el DDT antes de recibir una dosis letal.

Hasta la fecha, ninguno de los nuevos insecticidas ha tenido efectos tan duraderos como el DDT en paredes de barro absorbente. La durabilidad del malatión varía de algunos días a tres meses, según la clase de barro de que se trate. Siendo así, este insecticida tiene posibilidades muy limitadas como sustituto del DDT en el área rural de la América Central.

Además continúan siendo problemas en ciertas áreas: la construcción de nuevas viviendas y reparación de las antiguas; la migración humana de áreas en que sigue prevaleciendo la malaria hacia las áreas en fase de consolidación o punto de entrar en la misma, y la existencia de algunas cepas de plasmodium falciparum resistentes a la cloroquina.

De todos los métodos de ataque experimentados para vencer la persistencia de la transmisión de la malaria, el que ha dado resultados más promisorios es la administración colectiva de drogas.

En circunstancias más limitadas, según se indica detalladamente en el informe, el malati6n ha sido efectivo en una ciudad de Nicaragua y las medidas antilarvarias fueron satisfactorias en áreas muy limitadas de Guatemala, Honduras, Nicaragua y en la ciudad de Guayaquil, Ecuador.

Con referencia a investigaciones acerca de la malaria realizadas por la Oficina en colaboraci6n con algunos Gobiernos, destaca las siguientes:

a) El Grupo de Epidemiología de la OFS terminó sus actividades en El Salvador después de tres años de estudios bajo la direcci6n del Dr. René Guimarães Rachou. En los dos primeros años, el Dr. Rachou trató de estudiar la situaci6n en dos localidades en las que persistía la

transmisión de la malaria, con el fin de descubrir todas las causas posibles para justificar tal ocurrencia; en el tercer año aplicó los conocimientos adquiridos, en forma sintética, con el propósito de realizar en un año el estudio de un grupo de localidades representativas de todas las áreas epidemiológicas de El Salvador.

La muerte le sorprendió antes de que terminase de redactar sus informes y actualmente, el Dr. Kerr (Jefe de Investigaciones, Departamento de Erradicación de la Malaria, OSP) está terminando esos manuscritos para su oportuna publicación.

Considera el Dr. da SILVA que los "Estudios sinópticos epidemiológicos quincenales de la malaria en El Salvador" son una contribución valiosa para investigar la epidemiología de la malaria en cualquier parte del mundo, siempre que se hagan las adaptaciones adecuadas. En ellos se armonizan los estudios ecológicos del hombre, el vector y el parásito.

b) El Grupo de Pruebas de Insecticidas de la OPS continuó sus actividades en El Salvador durante todo el año, dedicando principal atención a tres materias: la evaluación del empleo de larvicidas como medida suplementaria de erradicación de la malaria; la evaluación de diversos insecticidas en varias clases de paredes, como posibles sustitutos

del DDT en las zonas en que el vector muestra excito-repelencia y resistencia fisiológica a dicho insecticida; y estudios de laboratorio acerca de la eficacia de la Caja de la OPS para Pruebas de Excito-repelencia como medida comprobadora.

c) En 1963 se estableció en Ribeirao Preto, Sao Paulo, Brasil, un Centro para el estudio de cepas de los plasmodios humanos de malaria resistentes a las drogas. Este Centro funciona bajo los auspicios del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria, del Departamento Psiquiátrico del Servicio de Salud del Estado de Sao Paulo, y con el apoyo económico y técnico de la OPS.

Hasta ahora sólo se ha estudiado el P. falciparum, por ser el único que ha demostrado resistencia al tratamiento clásico.

Se han hecho observaciones relativas a cuatro cepas brasileñas y a dos colombianas, sometiéndolas a repetidos experimentos con distintas drogas.

En el informe se indican las cepas estudiadas y su comportamiento ante las varias drogas antimaláricas disponibles.

d) El proyecto piloto para el estudio del insecticida fumigador diclorvos (DDVP) terminó en junio del presente

año, con resultados poco promisorios. Su realización fue posible gracias a la cooperación del Centro de Enfermedades Transmisibles del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, del AID, la OPS y el Gobierno de Haití.

e) Continuaron los estudios, en el Brasil, para evaluar el empleo de arseniato de calcio como bromelicida aplicado por avión. En el primer rociamiento realizado produjo una gran destrucción de las bromelias que son criaderos de A. (kerteszia) cruzii y A. (kerteszia) bellator. Se está llevando a cabo la evaluación completa de los resultados: botánico, entomológico y epidemiológico.

f) Finalmente, los experimentos acerca del uso de los discos reguladores de presión en las condiciones existentes sobre el terreno no han dado los resultados prometedores obtenidos en estudios preliminares. Actualmente se han iniciado nuevos estudios, en México y Guatemala, utilizando un disco de material nuevo. En Guatemala el estudio se realiza con la cooperación del Centro de Enfermedades Transmisibles del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, en representación del AID. Los primeros datos derivados de estos estudios son alentadores.

El Dr. da SILVA señala a continuación que los programas de desarrollo, tales como los de colonización,

irrigación, construcción de represas para obtener energía hidroeléctrica y otros similares, suelen llevarse a cabo en áreas maláricas o potencialmente maláricas, y que si no se adoptan previamente las medidas que corresponde, pueden sufrir situaciones de tipo epidémico capaces de hacer que fracasen totalmente los mencionados programas, por esta razón, se considera necesario estudiar en ellos mismos la forma en que el problema de la malaria puede dificultar su realización. Así, los trabajos de erradicación de dicha enfermedad deberán formar parte de los planes de desarrollo, y preverse en ellos qué recursos serán necesarios para financiarlos en forma adecuada. Señala que la mayor parte de los programas de erradicación tropiezan precisamente con problemas de financiamiento.

Agrega que si se tuvieran en cuenta los beneficios directos que la erradicación de la malaria proporciona tanto a los individuos como a las empresas industriales y explotaciones agrícolas y ganaderas parecería lógico que se pudieran encontrar recursos adicionales mediante la aportación económica de dichas empresas o explotaciones al financiamiento de la campaña, pagando los gastos originados por el trabajo que ésta realiza dentro del área territorial en que dichas empresas desarrollan sus actividades. Hace constar que iniciativas de esta índole han sido ya ensayadas con éxito en algunos países.

Por último, subraya que los Cuadros 15 a 20 informan sobre la cooperación internacional que están recibiendo los Gobiernos Miembros para erradicar la malaria de sus países o territorios.

EL PRESIDENTE manifiesta que, por haberse incorporado al recinto de sesiones el Representante de México, Dr. Alvarez Amézquita, le invita a asumir la Presidencia. El Dr. Alvarez Amézquita así lo hace.

El Dr. AGUILAR (Guatemala) comentando el informe sobre la situación del paludismo en las Américas, manifiesta que en su país hubo en 1964 un gran aumento de la incidencia palúdica debido a que la falta de recursos económicos no permitió controlar los siguientes problemas: resistencia marcada del vector al DDT en la faja costera del Pacífico; intensa actividad migratoria entre el área problema y el área en consolidación; cambios biológicos del vector (exofilia y excito-repelencia) y, finalmente, construcción de viviendas temporales por los trabajadores agrícolas.

Añade que el 64% de los casos son de las áreas problema y que las áreas en consolidación, que se consideran en situación satisfactoria, tienen el 20% de los casos. Estos son en su mayoría importados de la costa del Pacífico.

La búsqueda de casos dio un 8,6% de láminas en la población del área malárica en los primeros siete meses, de 1964. El índice parasitario fue de 7,8% en las áreas problema y de 2,2% en las de consolidación. La proporción de Plasmodium falciparum disminuyó en el presente año.

Agrega que ante la imposibilidad, por falta de recursos económicos, de realizar el tratamiento colectivo en la costa del Pacífico, la lucha antilarvaria donde fuera aconsejable, y rociados más frecuentes en algunas áreas, el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria continúa con los rociamientos semestrales con DDT en 250.000 casas, rociamiento de localidades positivas en áreas de consolidación tratamiento colectivo a 35.000 personas de la costa del Pacífico, tratamiento radical de los casos en áreas en consolidación, lucha antilarvaria en la cabecera departamental de Jalapa y las actividades rutinarias de entomología y educación sanitaria.

El Dr. HYRONIMUS (Francia) después de felicitar al Director de la Oficina por el informe presentado, manifiesta que el paludismo se erradicó en Martinica desde hace dos años, que los casos de Guadalupe son importados y que en la Guayana Francesa hay algo de resistencia del vector. Se cree que los casos encontrados pueden estar influenciados por los movimientos migratorios a través de las frontera

con el Brasil y Surinam. Consigna que, a pesar del uso de tratamientos, la erradicación no es un problema fácil.

Informa que han descubierto nuevos insecticidas que aún están en proceso de desarrollo e industrialización y que se están utilizando algunos productos para pulverizar por medio de aviones; los resultados de estas experiencias están siendo estudiados.

Agrega sin embargo, que, tiene la convicción de que con el uso de insecticidas y la quimioterapia se puede lograr la erradicación.

El Dr. MARTINEZ RODRIGUEZ (Cuba) felicita a la Oficina por el informe presentado y expresa que, aunque con dificultades para obtener equipo de rociado y transportes el programa de erradicación está avanzando. Los ciclos de rociado se han escalonado dando prioridad a las áreas de mayor incidencia y ya se ha cumplido un 25% del quinto ciclo. Se ha incrementado el número de láminas, duplicando en el primer semestre de 1964 el número de láminas tomado en igual período del año anterior. La positividad del área malárica en este semestre fue de 0,5%, correspondiendo 14 casos al área no malárica y 402 al área malárica, contra 17,4% registrado en enero de 1961. Se dio tratamiento radical a más del 80% de los casos encontrados.

Se refiere también al problema de la migración entre la provincia de Oriente y el resto de la Isla, lo que exige una búsqueda de casos constante en esta población. Hay algunas áreas sin casos desde hace 18 meses y no se han registrado casos de P. falciparum desde hace dos años. Informa finalmente que el presupuesto inicial de 1.800.000 pesos en 1964 se aumentaría a más de 2.000.000 de pesos en el próximo año fiscal para efectuar el tratamiento radical de todos los casos, ampliar el personal de evaluación epidemiológica y para los gastos de sostenimiento de los nuevos transportes que suministrará UNICEF.

El Dr. PINEDA (El Salvador) manifiesta que su país es posiblemente en las Américas el más afectado por el problema del paludismo debido a su densidad de población (127 habitantes por km²).

El problema de la persistencia de la transmisión ha sido exhaustivamente estudiado por el Dr. René Rachou, epidemiólogo de la Oficina Sanitaria Panamericana, en colaboración con el personal técnico nacional. El Gobierno de mi país, -expresa- lamenta profundamente el fallecimiento de tan eminente técnico, que sin duda representa una pérdida importante para la campaña mundial contra la malaria.

En 1962, por dificultades económicas, se suspendió el rociado, manteniéndose la vigilancia. La morbilidad por paludismo disminuyó en un 60%, descendiendo considerablemente la mortalidad. Se hicieron ensayos de tratamiento colectivo primeramente en un área de 10.000 habitantes y luego en otra de 70.000, con resultados muy satisfactorios.

En el segundo semestre de 1963 se solicitó a la OSP una revisión del estado de la campaña, lo que fue prontamente atendido; funcionarios de la Oficina, bajo la dirección del Jefe del Departamento de Malaria, después de un estudio exhaustivo determinaron que la persistencia de la transmisión se debía a cambios biológicos del vector (resistencia contra los insecticidas, irritabilidad y exofagia). Esto hizo necesario dar un nuevo enfoque a la lucha, por lo cual se decidió rociar, a partir de enero de 1964 sólo hasta 200 metros de altitud y acortar los ciclos a 3 meses. En el área entre 0 y 100 metros de altura se está empleando como principal medida de ataque el tratamiento colectivo, cuyos resultados han sido bastante alentadores. En la zona costera fronteriza con Guatemala ya se ha suspendido el tratamiento en un área con 38.000 habitantes. Las renuencias han sido menores del 10 por ciento. Actualmente siguen en tratamiento 135.000 personas; se espera que la evaluación de esta medida, en el segundo semestre del presente año, dé resultados satisfactorios. Con esta esperanza se destinará el 80% del presupuesto del SNEM para 1965 a tratamientos colectivos.

Se refiere a continuación a la amplia red de notificación constantemente incrementada, indicando que a los 1.913 puestos existentes en el año anterior se agregaron 714 en este año, los cuales recogieron 372.890 muestras con 15.892 positivas (6% de positividad contra 10% en 1963), el índice más bajo obtenido en el país. Finaliza expresando que la erradicación es un problema económico y que puede lograrse si se cuenta con los fondos necesarios.

El Dr. ROBLETO PEREZ (Nicaragua) después de felicitar a la Oficina por el informe presentado, expresa que hasta el 30 de junio de 1964, el 71% del territorio palúdico original estaba en consolidación; el 14%, forma un área intermedia donde se continúan los rociados semestrales y el 15% es el área problema con resistencia del vector al DDT, la cual está sometida a diversas medidas de ataque: tratamiento colectivo en 60.000 habitantes en los departamentos de Madris y Estelí, con resultados tan satisfactorios que ya se suspendió en el 70% de las localidades, efectuándose en algunas de las restantes, medidas antilarvarias y tratamientos de cura radical; en algunas áreas se hacen rociamientos con malatión y en la ciudad de Managua, medidas antilarvarias, búsqueda intensa de casos y su tratamiento radical. El resto del área problema se encuentra en receso de ataque, habiéndose preparado un plan de medicación

colectiva, rociados con malatión y medidas antilarvarias en forma aislada o combinada para ser realizados cuando hubiere recursos económicos.

Añade que para los planes futuros se deberá considerar la aplicación de medidas diferentes al rociado con DDT en el área problema, tales como tratamientos colectivos, rociados con malatión y medidas antilarvarias que, aunque costosas, podrán llevar a la consolidación en un período de tres años si se logra financiarlas.

El Dr. QUIROS (Perú) manifiesta que se están confrontando nuevos problemas en la epidemiología del paludismo en relación con las diversas condiciones ecológicas, del vector y del ser humano. Así, en las regiones costeras del Perú, áridas, con un vector sensible y población estable, se han alcanzado las fases de consolidación y de mantenimiento; en cambio en las tierras altas, del otro lado de los Andes, así como en las selvas bajas de la Amazonia, las condiciones ecológicas y los vectores diversos, lo mismo que la presión demográfica que determina migraciones de población, están produciendo verdaderas epidemias de malaria.

El Perú tiene bajo cultivo solamente el 1,5 de su extensión territorial, siendo cultivable el 15 por ciento. Debido al crecimiento acelerado de la población, el Gobierno está tratando de habilitar nuevas tierras mediante la reforma

agraria, la colonización y la construcción de caminos, lo cual ha de traer como consecuencia que se agrave el mencionado problema de la malaria.

A medida que el programa avanza surgen nuevos problemas, entre los cuales el más importante es la entrega de la responsabilidad de la vigilancia epidemiológica en las áreas en consolidación y mantenimiento a los servicios generales de salud, asunto que fue tratado en un Seminario organizado por la OSP y que se realizó en Poços de Caldas, Brasil. Este problema es agudo en vista de la poca penetración que tienen los servicios de salud en el área rural.

Finaliza el Dr. QUIROS proponiendo que cuando se elabore el proyecto de resolución que resuma las discusiones de este tema se incluyan dos recomendaciones. Dice la primera, que juntamente con el financiamiento de las obras de colonización, reforma agraria y construcción de caminos, debe contemplarse la financiación de los programas de erradicación de la malaria y en general de salud que sea necesario realizar para asegurarles el debido éxito. La segunda recomendación insta a los organismos internacionales que colaboran en el programa de erradicación de la malaria a que consideren una nueva fase, tal como se ha hecho en los países que van a iniciar estos programas y que no disponen de servicios de salud, a fin de organizar en las

áreas rurales los servicios mínimos de salud que garanticen la vigilancia epidemiológica en las áreas de las que se ha erradicado la malaria.

El Dr. DELGADO (República Dominicana) informa que en agosto de 1963 se firmó el plan tripartito de operaciones para la lucha contra la malaria. En enero de 1964 se creó el SNEM, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Social. Un Consejo de Malaria, presidido por el Secretario de Salubridad y Asistencia Social, planifica la campaña. Hay dos Co-Directores, uno nacional y otro de la OSP.

Para 1964 el presupuesto es de 1.282.998 pesos y se tiene además el aporte habitual de UNICEF en equipos y materiales y de la OSP en personal técnico y drogas antimaláricas.

Las actividades desarrolladas incluyen la reestructuración de los servicios, tanto en la forma física como en la organización piramidal del personal. Se dividió el área malárica en dos zonas: Norte, con sede en Santiago de los Caballeros, y Sur, con sede en Santo Domingo.

El rociado comenzó en abril del presente año y hasta el 15 de agosto se habían rociado 513.888 casas. En actividades de evaluación se recogieron 56.358 láminas de sangre hasta dicha fecha y se encontraron 206 positivas, entre ellas 45 a P. falciparum.

Al comienzo del año había un laboratorio con siete microscopistas en la ciudad de Santo Domingo y desde julio existe otro también con siete microscopistas en Santiago.

El PRESIDENTE subraya que erradicar es sacar algo de raíz y que en una campaña de erradicación no puede haber medios tonos: o se triunfa o se fracasa.

Las campañas de erradicación -agrega- se enfrentan con múltiples problemas: viviendas precarias, tribus indígenas, migraciones internas y externas, cambios biológicos del vector, etc. Todos los Representantes han hablado sobre los tratamientos colectivos; éste es un procedimiento caro, sobre todo en países, como México, caracterizados por su extensión. Se ha hablado también de las plantaciones de algodón como factor de la resistencia fisiológica, lo cual hace necesario que se establezca una coordinación con los Ministerios de Agricultura; de las dificultades económicas, comunes a todos; y del problema fronterizo, que trae a la discusión la posibilidad y conveniencia de la regionalización de los programas.

Menciona a continuación que todos estamos esperando que la droga inyectable estudiada en los Estados Unidos de América pueda ayudar a resolver en gran parte nuestros problemas. La erradicación podrá ser cara y quizá no se obtenga pronto, pero es útil, sobre todo si se considera su

repercusión económica. Hace notar que en México las pérdidas anuales por ausentismo debido a la malaria se estiman en 400 millones de pesos y que en los siete años de la campaña apenas se han gastado 400 millones de pesos. Eso indica, pues, que es un buen negocio.

Finalmente, manifiesta el Dr. ALVAREZ AMEZQUITA que se deben proseguir sin desmayo las campañas de erradicación de la malaria, tanto por el objetivo de salud en sí como para lograr un mejor desarrollo económico.

Dr. WEDDERBURN (Jamaica) reported that the malaria eradication program initiated six years ago in Jamaica had been brought to a very successful conclusion. He was confident that later in the year PASB officers would be able to certify the complete eradication of the disease. He expressed his Government's appreciation to PAHO, WHO, and UNICEF for all the assistance received in terms of money, equipment, and technical advice in the course of the program.

The Malaria Eradication Training Center, established in Jamaica, had also made expert advice readily available, and the fact that the program had been used as a demonstration in malaria eradication techniques for experts from all over the world had ensured its success.

With the certification of malaria eradication in sight, Jamaica had begun the reassignment of expertly trained

staff to other programs in the health department. Some were being utilized in the Aedes aegypti campaign, which was limited to control operations because of the difficulties that were being encountered in combating that vector. The campaign was planned in such a way as to ensure against reintroduction of the disease on the island.

Dr. WEDDERBURN then proposed the following resolution:

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having examined the report of the Director on the estimated requirements for the Special Malaria Fund of PAHO (Document CD15/6);

Bearing in mind the efforts of the Governments to eradicate malaria in their territories in order to attain the objectives established in Title One of the Charter of Punta del Este and in Resolution A.2 appended to the Charter;

Considering that despite the progress achieved, there are still problem areas in which the transmission of malaria persists and which require greater technical assistance from PAHO;

Bearing in mind that UNICEF continues to provide assistance and is even increasing it wherever supplementary measures are necessary;

Bearing in mind the extremely valuable voluntary contributions to the PAHO Special Malaria Fund of certain Governments, in particular the Government of the United States of America, through the Agency for International Development (AID); and

Considering that, in making regular contributions to the PAHO Special Malaria Fund, the countries and territories which are already completely or partially free of malaria transmission will indirectly protect their own areas against the reintroduction of this endemic disease,

RESOLVES:

1. To take note of the amounts needed to meet the requirements of the Special Malaria Fund of PAHO in 1965, as indicated in Document CD15/6.

2. To express appreciation to UNICEF for its decision to continue and even to increase its financial aid for the eradication of malaria in those countries which are in need of special assistance in order to interrupt transmission in areas in which there are technical problems.

3. To urge the Governments of the countries or territories which are already wholly or partially free of malaria to contribute regularly to the PAHO Special Malaria Fund.

4. To again thank the Governments that have contributed to the Special Malaria Fund, especially that of the United States of America, for their continued contributions to the Fund, which have enabled the Pan American Sanitary Bureau to provide the technical assistance requested by the Governments of the Hemisphere.

5. To again emphasize to the Governments of the Americas that malaria eradication should be considered an essential factor in economic development in rural areas, and that they should make every effort to promote the malaria campaign until eradication has been achieved".

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre el "Cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria" (Documento CD15/6);

Teniendo en cuenta los esfuerzos que realizan los Gobiernos para erradicar la malaria de sus territorios, con miras a lograr los objetivos establecidos en el Título Primero de la Carta de Punta del Este y en la Resolución A.2 de dicha Carta;

Considerando que a pesar de los progresos alcanzados, existen áreas con problemas de persistencia de transmisión que requieren mayor asistencia técnica por parte de la OPS;

Teniendo en cuenta que el UNICEF continúa proporcionando asistencia e incluso ampliándola en aquellos casos en que es necesario adoptar medidas complementarias;

Teniendo en cuenta las inestimables aportaciones voluntarias al Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria efectuadas por algunos Gobiernos, especialmente el de los Estados Unidos de América por intermedio de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID); y

Considerando que al contribuir regularmente al Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria los países o territorios que ya estén libres en su totalidad o en parte de la transmisión de la malaria, protegerán indirectamente sus propias áreas contra la reintroducción de la endemia,

RESUELVE:

1. Tomar nota de las cantidades que se consideran necesarias para atender a los requerimientos del Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria en 1965, según se indica en el Documento CD15/6.

2. Expresar su agradecimiento al UNICEF por la decisión de continuar e incluso aumentar su ayuda económica para la erradicación de la malaria en aquellos países que requieren asistencia especial para interrumpir la transmisión en las áreas donde se plantean problemas técnicos.

3. Encarecer a los Gobiernos de los países o territorios que ya estén total o parcialmente libres de la malaria, que efectúen regularmente una aportación al Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria.

4. Reiterar su agradecimiento a los Gobiernos que han contribuido al Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria y en especial al

Gobierno de los Estados Unidos de América por sus constantes aportaciones a dicho Fondo, a fin de que la Oficina Sanitaria Panamericana pudiera proporcionar la asistencia técnica solicitada por los Gobiernos del Hemisferio.

5. Reiterar a los Gobiernos de las Américas la necesidad de que consideren la erradicación de la malaria como un elemento primordial del desarrollo económico de las zonas rurales y que se esfuercen por impulsar la campaña de erradicación de la enfermedad hasta lograr el objetivo establecido".

El Dr. ACOSTA BORRERO (Colombia) manifiesta que, en su país, se presentan problemas en el campo de la malaria comunes con los de otros países del Hemisferio, y que por ello coincide con el resumen hecho por el Presidente. Es evidente, dice, que el objetivo de las campañas de erradicación de la malaria no se puede alcanzar en forma absoluta en escala nacional. Por ello, la Organización tiene que comenzar a estudiar un mecanismo en virtud del cual se borren las fronteras que separan a los distintos países. De ahí que -dice- se adhiere al proyecto de resolución presentado por el Representante de Jamaica en ese sentido.

Se levanta la sesión a las 6:05 p.m.
The session rose at 6:05 p.m.

directing council

PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XV Meeting

regional committee

WORLD
HEALTH
ORGANIZATION

XVI Meeting

Mexico, D.F.



Thursday, 3 September 1964, at 2:35 p.m.

CD15/40 (Eng.)
CORRIGENDUM
5 October 1964
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE SEVENTH PLENARY SESSION

Page 3, first paragraph, line 6:

Change: "... que tienen cuotas atrasadas de más de dos años..."
to read: "... cuyos atrasos excedan de las cuotas que se asignaron para los años 1962 y 1963..."

Page 20, at the end of the statement by the Representative of Peru:

Add the following paragraph:

"Señaló que, de acuerdo con los párrafos 13.2 y 13.3 que figuran en la página 77 del Informe del Auditor Externo, se habían eliminado muchos puestos durante el proceso de recentralización, obteniéndose importantes economías, pero que éstas habían ido acompañadas del pago tanto de indemnizaciones como de horas extraordinarias al personal, por lo que no era posible formarse todavía una idea exacta de lo que, en realidad, significaba esta medida como una economía efectiva."

Page 22, second paragraph, lines 3, 4 and 5:

Should read as follows: "... y, por ello, hay ocasiones en que no se sabe exactamente a cuál de esos dos funcionarios debe acudir para efectuar las gestiones pertinentes. Concuera, ...".

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD
XV Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD
XVI Reunión



México, D. F.

Jueves, 3 de septiembre de 1964, a las 8:05 p.m.
Thursday, 3 September 1964, at 8:05 p.m.

CD15/41

5 septiembre 1964

ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA OCTAVA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRÉCIS MINUTES OF THE EIGHTH PLENARY SESSION

Presidente: Dr. José Alvarez Amézquita México
President:

Indice
Contents

Tema 20-A: Informe sobre el estado de la erradicación de la
malaria en las Américas (Continuación)
Item 20-A: Report on the Status of Malaria Eradication in
the Americas (Continuation)

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruego a los señores Representantes tengan a bien comunicar al Servicio de Actas (Oficina 522, quinto piso) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto, dentro de las 48 horas siguientes a su distribución. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify the Minutes Service (Room 522, fifth floor) within 48 hours after distribution, of any changes they wish to have made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the Meeting.

Indice (Cont.)
Contents (Cont.)

Tema 20-B: Cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la Organización Panamericana de la Salud para la Erradicación de la Malaria

Item 20-B: Estimated Requirements for the Special Malaria Fund of the Pan American Health Organization

Tema 13: Resoluciones del Consejo Ejecutivo y de la Asamblea Mundial de la Salud, de interés para el Comité Regional

Item 13: Resolutions of the Executive Board and the World Health Assembly of Interest to the Regional Committee

TEMA 20-A: INFORME SOBRE EL ESTADO DE LA ERRADICACION DE
LA MALARIA EN LAS AMERICAS (Continuación)
ITEM 20-A: REPORT ON THE STATUS OF MALARIA ERADICATION
IN THE AMERICAS (Continuation)

EL PRESIDENTE declara abierta la sesión y anuncia que va a proseguir el debate sobre la erradicación de la malaria.

El Dr. OLGUIN (Argentina) hace notar la gran utilidad que se obtiene en las reuniones técnicas internacionales, mencionando en forma especial el Seminario celebrado a mediados de este año en Poços de Caldas, Brasil, en el cual se trató lo pertinente a la participación de los servicios generales de salud pública en las campañas de erradicación.

Manifiesta luego que en el área palúdica del nordeste de su país, debido a problemas técnico-administrativos, hay que ampliar las actividades, con la colaboración de la OSP y UNICEF, habiéndose dado a la campaña nacional toda la atención que ella merece.

Dr. WILLIAMS (United States of America) congratulated the Director and Dr. da Silva on the excellent report presented. He expressed satisfaction with the general good progress of malaria eradication in the Hemisphere, and felt confident that the leadership provided to the progress would produce the hoped for results.

The Organization should continue to give very careful attention to the difficult problems occurring in Central America and Mexico with regard to both vector resistance to insecticide and resistance to antimalaria drugs. While those problems were serious, they did not appear to be insurmountable, research should be continued for their solution.

With respect to the possible utilization of regional organizations, such as the proposed Malaria Eradication Service of the Central American Isthmus (SEMICA), the United States of America continued to endorse such cooperative programs for eradicating malaria, in the Americas as well as in other parts of the world. It would continue to support malaria eradication in the Western Hemisphere, both through the Agency for International Development and through the multilateral campaign of PAHO/WHO.

He was pleased to announce that it was the intention of the U. S. Government to make a financial contribution to the PAHO Special Malaria Eradication Fund for 1965 in the amount of \$1,800,000. He recognized that in itself might not be sufficient for carrying out the Organization's obligations, and believed that the Director should be requested to undertake, perhaps with the WHO Director-General, a very careful study of the financial requirements and possible sources for financing the program, especially during the next two or three years.

He then read the following draft resolution:

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having considered the report of the Director on the progress made in the malaria eradication program in the Americas;

Having noted the financial position of the Special Malaria Fund, which heretofore has been financed on the basis of voluntary contributions;

Taking account of the fact that the malaria eradication program in the Americas is a crucial element in the world-wide malaria eradication program which was established as an objective of the World Health Organization at the Eight World Health Assembly, held in Mexico in 1955 (Resolution WHA8.30);

Noting the resolution of the Fourteenth World Health Assembly, held 1961, which made provision for incorporating the costs of the malaria eradication program into regular budget of the World Health Organization (Resolutions WHA14.38 and WHA14.15); and

Believing that it is important to keep constantly in mind the essential element of urgency in malaria eradication programs, and that adequate organization and assured financial support are indispensable,

RESOLVES:

1. To request the Director to consult, together with the Director-General of the World Health Organization, with regard to finding an appropriate method of assuring the financing of the malaria eradication program in the Americas.

2. To request the Director to report on this subject to the 52nd Meeting of the Executive Committee."

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe del Director sobre la marcha del programa de erradicación de la malaria en las Américas;

Teniendo en cuenta la situación financiera del Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria, que hasta la fecha ha sido mantenida a base de aportaciones voluntaria;

Reconociendo que el programa de las Américas es un elemento decisivo en la campaña de erradicación mundial de la malaria, que quedó establecida como uno de los objetivos de la Organización Mundial de la Salud, en la Octava Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en México en 1955 (Resolución WHA8.30);

Teniendo en cuenta las Resoluciones (WHA14.38 y WHA14.15) de la 14a Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 1961, por las que se acordó incluir los gastos del programa de erradicación de la malaria en el presupuesto ordinario de la OMS; y

Considerando que es indispensable tener siempre presente el carácter de urgencia de los programas de erradicación de la malaria, así como contar con una organización adecuada con garantía de apoyo financiero,

RESUELVE:

1. Encomendar al Director que efectúe consultas con el Director General de la Organización Mundial de la Salud, a fin de arbitrar un método apropiado para asegurar el financiamiento del programa de erradicación de la malaria en las Américas,
2. Encomendar al Director que informe sobre este asunto al Comité Ejecutivo en su 52a Reunión".

El Dr. GONZALEZ TORRES (Paraguay) felicita a la Oficina por el informe presentado por el Dr. da Silva. Informa que en su país el rociamiento con dieldrín se suspendió después de tres años por no haberse logrado resultados satisfactorios, y que actualmente se está preparando un nuevo plan, que se iniciará en breve. Para su elaboración se efectuaron estudios epidemiológicos a fin de delimitar las áreas palúdicas, se realizó un censo de casas y la

medición de las superficies a rociar, y por otra parte se incrementó el número de puestos de notificación. Además se estudiaron adecuadamente el presupuesto y el plan de financiamiento de la campaña.

En lo que se refiere a la situación general del paludismo en su país, informa que el mismo es inestable y de baja endemicidad; que se encuentra en todo el país, con zonas de mayor intensidad en las regiones central y oriental; que la transmisión se efectúa durante todo el año, con un alza estacional estivo-otoñal; y que el vector más importante es el Anopheles darlingi, el cual, aun a densidades bajas, es más peligroso que el A. albitarsis, mucho más abundante y con mayor distribución a lo largo de los ríos Paraguay y Paraná. Agrega que se ha encontrado el Plasmodium vivax como especie predominante, aun cuando en épocas recientes se ha observado un aumento de P. falciparum

El Dr. FERREIRA (Brasil), manifiesta que, si bien el Consejo Directivo no es una reunión técnica sobre malaria, es afortunado observar que muchas delegaciones han traído como asesores a sus técnicos en la materia, y que sus opiniones son muy interesantes e ilustrativas.

Agrega que, si no hubiera existido el esfuerzo internacional, todavía se estaría tratando de pensar qué es lo que se podría hacer en materia de erradicación de

esta enfermedad. Dice que no cabe duda alguna, ni siguiera de naturaleza académica, de que la malaria es erradicable; por añadidura, ya ha sido erradicada en muchos países.

Recuerda que, cuando el Dr. Carlos Alberto Alvarado iniciaba sus esfuerzos para las campañas de erradicación, decía que la misma es más una actitud que un método, y que todo debe hacerse sobre la base de lograr el 100% de resultado en todas las actividades. Cuando hablamos de restablecimiento de la transmisión en áreas en consolidación, entonces, es por lo general debido a que no se alcanzó ese 100% en las operaciones; mientras no llegemos a ese desiderántum debemos hablar enfáticamente de problemas de otra naturaleza. Estamos, agrega, en un momento muy especial, en el que no podemos ya volvernos atrás.

Hace constar su agradecimiento al Dr. Pineda (El Salvador) por sus expresiones sobre la pérdida representada por la desaparición del Dr. Rachou, y dice que la labor por éste realizada en el Brasil y fuera de ese país merece el más profundo respeto.

Agrega el Dr. Ferreira que, en su opinión, las mayores dificultades que se presentan en el momento actual son de naturaleza presupuestaria o financiera, pero que cuando las campañas lleguen a sus últimas etapas pueden

encontrarse otros problemas, cuya solución deberá estudiarse en ese momento.

Finalmente, formula un elogio especial al Director y al Dr. da Silva por la calidad del informe sobre malaria presentado a la reunión.

El Ing. JOVE (Venezuela) manifiesta su deseo de expresar algunos comentarios sobre la influencia de la malaria importada del exterior, en la campaña de erradicación de Venezuela. Considera que ello puede ser de interés para otras naciones ya que a medida que progresan sus campañas podrán encontrar problemas similares a los que expondrá.

Debido a que Venezuela inició su campaña de erradicación antes que los países vecinos, se produjo un desequilibrio entre la endemividad malárica existente entre uno y otro lado de las fronteras. Este desequilibrio se refleja en los siguientes índices: en Venezuela el porcentaje de láminas positivas en la muestra más sensible, que es la que se toma a personas febriles, fué de 2,7 durante el primer trimestre de 1964, mientras que de 342 láminas que se tomaron a transeúntes colombianos, sin síntomas, el 10,8% fueron positivos.

La importancia de estas cifras resalta si se tiene en cuenta que, según notificaron los Dres. Vincke y Pant, consultores a corto plazo de la OPS/OMS, alrededor de 9.000 personas se trasladan mensualmente entre Colombia y Venezuela.

En las áreas fronterizas del país, donde los vectores que transmiten la malaria son vulnerables a los insecticidas, sensiblemente se alcanzó la erradicación, pero la aparición de casos importados obliga a continuar los rociamientos. Este esfuerzo económico impide el restablecimiento de la transmisión, pero resta recursos materiales y humanos que bien podrían estarse aplicando a otros de los múltiples problemas que en el campo de la salud confronta Venezuela.

El estudio de la evolución de la campaña y la respuesta de la transmisión a las medidas adoptadas sustentan la convicción de que, de haber existido una barrera infranqueable para parásitos y vectores, la transmisión no se habría restablecido después de interrumpida, a partir del segundo semestre de 1957. En efecto, se ha comprobado en otras áreas con características epidemiológicas similares a la que priva en la zona fronteriza, que mediante la administración semanal de drogas la malaria se logró erradicar cuando no llegaban casos importados. El trabajo que Gabaldón, Guerrero y García Martín presentaron a los VII Congresos de Medicina Tropical y Malaria celebrados el año pasado en Río de Janeiro sustenta estas afirmaciones.

El mantenimiento de este frente con insecticidas y drogas para evitar que se reinfecten otros municipios ya limpios, representa, desde luego, un considerable esfuerzo económico. Para eliminar la transmisión intradoméstica se

hace necesario rociar insecticidas a ciclo trimestral, ya que las pruebas biológicas sobre las paredes rociadas en esta área revelan que, después del 4o. mes, el porcentaje de mortalidad del vector es bastante menos del 60% aceptado generalmente como un porcentaje crítico. Después del 4o. mes también disminuye la irritabilidad que el insecticida produce en el vector, factor éste de mucha importancia en la disminución del contacto del vector con el hombre dentro de la vivienda.

El uso continuado de drogas durante un período de seis años en contra de la transmisión extradoméstica -continúa el orador- ha producido en gran parte de la población resistencia a aceptarlas. Por otro lado, aun cuando las nebulizaciones insecticidas peridomésticas semanales han dado buen resultado en aquellas regiones donde se pueden utilizar tipo Tifa, éstos no se pueden utilizar en el medio rural disperso.

Los casos importados del exterior, además del peligro de que produzcan nuevas infecciones, pueden introducir especies de parásitos ya erradicados, o de cepas parasitarias diferentes, lo cual podría complicar la epidemiología local.

En la actualidad, señala el Ing. Jove, la epidemiología de la malaria en Venezuela no es la que correpondería a determinada etapa de una campaña de erradicación. Es, más bien, una epidemiología "inducida", reflejo de la situación

malárica en los países vecinos. Así, en regiones donde la transmisión ha desaparecido, incluso la del P. vivax, que es el tipo que tarda más en eliminarse, presentan bruscamente un brote producido por P. falciparum puro, tipo que, normalmente, es el que desaparece primero.

La cepa de P. falciparum autóctona de Venezuela se cura radicalmente con el tratamiento tipo de cloroquina, droga que se utilizaba en el tratamiento de tales infecciones que casi habían desaparecido del país. Pero un día de 1959 llegó a una zona adyacente de Colombia, y seguramente de esa misma procedencia, una cepa de P. falciparum que resiste las dosis usuales de cloroquina. Naturalmente acontecimientos como éste complican considerablemente la campaña que se lleva a cabo en el área.

El Ing. Jove considera también de interés agregar que en el Alto Orinoco, Territorio Federal Amazonas, contiguo al Brasil, durante el primer trimestre de 1964 los misioneros que allí residen, así como el personal de campo de la División de Malariología y Saneamiento Ambiental de su país, denunciaron casos de una enfermedad febril grave entre indios de la tribu Guaica que creyeron no era malaria ya que no respondía al tratamiento con cloroquina.

En un período de cinco años y medio de trabajo en esa zona no se había encontrado P. falciparum. La mayoría de

las láminas eran positivas a P. vivax y algunas a P. malariae. A pesar de las dificultades que presenta esta región, habitada casi exclusivamente por indios nómadas, la malaria se mantuvo controlada con DDT y drogas. El episodio epidemiológico citado coincidió con una excursión que dicha población indígena realizó hacia las fronteras de Brasil y, probablemente, dentro del territorio de este país.

Como resultado de ello se produjo una grave epidemia por P. falciparum en una población de alrededor de 2.000 indios, con un 52% de positividad en las láminas tomadas, todas a P. falciparum. No se ha podido determinar con exactitud el número de muertes debido a los hábitos primitivos de esta población, pero la mortalidad debe haber sido alta porque los cuadros clínicos observados indican, por su gravedad, que dicha población carecía de inmunidad para esta especie parasitaria.

A medida que los grupos de indios regresaban a sus rancherías, eran tratados con cloroquina administrada a dosis de 1.500 mg durante tres días, en el caso de los adultos, y dosis proporcionales a la edad en el caso de niños. A pesar de que la adopción de esta medida tuvo como resultado una considerable reducción en la gravedad de los enfermos, el número de parasitados disminuyó muy poco. Por este motivo se llegó a la conclusión de que el brote producido

entre la población Guaica se debía a una cepa de P. falciparum resistente a la dosis normal de cloroquina, cepa que existe en la parte del Brasil próxima a la frontera con Venezuela.

Con el fin de confirmar esa apreciación y estudiar experimentalmente el comportamiento de dicha cepa ante distintas drogas, se envió sangre de un parasitado al Dr. A. J. Walker, científico que se dedica al estudio de estos problemas, por encargo de la OPS, en Ribeirao Preto, Sao Paulo, Brasil. La primera comunicación del Dr. Walker al respecto confirmó la sospecha de que las infecciones producidas por la muestra de sangre enviada, son resistentes a la cloroquina.

El Ing. Jove considera conveniente añadir que de ninguna manera debe interpretarse su intervención como una crítica a las campañas que llevan a cabo los vecinos países. Comprende perfectamente los graves problemas que ellos enfrentan y los limitados recursos con que cuentan, Si se hizo mención de las experiencias citadas, en Venezuela, fue con el fin de subrayar que no es posible resolver los problemas maláricos fronterizos con un esfuerzo unilateral y que es justo pedir que todo país con focos maláricos que repercutan sobre la buena marcha de la campaña en países vecinos, debe atacar dichos focos con todos los medios posibles.

Termina su exposición manifestando que los problemas que presentan las campañas de erradicación con frecuencia se vuelven más complejos a medida que avanza la campaña. Es por ello que estima que los Gobiernos deben solicitar de los organismos internacionales que prestan asesoramiento y subvencionan esta importante lucha, que continúen su valiosa ayuda. Juzga asimismo que debe pedirse a los Gobiernos que suministren los fondos requeridos para que en ningún momento se estanquen las campañas, ya que cualquier estancamiento puede afectar no solamente al propio territorio sino también al de países vecinos.

El Dr. VARGAS MENDEZ (Director Regional para las Américas, UNICEF) señala que ha escuchado con gran interés las exposiciones de los Representantes que habían intervenido, unos pesimistas y otros optimistas, pero todos conservando su interés en continuar tesoneramente las campañas.

Manifiesta luego que el UNICEF seguirá cooperando en el desarrollo de los programas y que tiene gran confianza en la capacidad del personal nacional e internacional, lo cual constituye para el organismo que representa una garantía de su inversión. Estamos preocupados, añade, por la falta de presupuestos suficientes a nivel nacional y esperamos que los Representantes lleven esta inquietud a sus Gobiernos, para que los programas no sufran en sus gastos locales.

Añade el Dr. Vargas Méndez con referencia al Seminario realizado en Poços de Caldas, donde se consideró la participación de los servicios generales de salud en las campañas de erradicación, que el UNICEF continuará dando ayuda, aunque sea mínima, a esos servicios generales, a fin de fortalecerlos durante la fase de mantenimiento.

El Dr. BONICHE VAZQUEZ (Nicaragua) manifiesta que comparte las inquietudes de los demás Representantes en el sentido de que hay problemas serios que deben ser enfocados. Expresa que la erradicación es posible, y que los problemas existentes pueden y deben resolverse.

Informa que la OSP, el UNICEF y el AID hicieron una evaluación de la campaña de Nicaragua encontrando favorables sus resultados. Añade que posteriormente una comisión independiente formada por técnicos del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América efectuó un estudio exhaustivo de todos los aspectos y problemas de la campaña concluyendo que podrían resolverse en dos o tres años con rociamientos y drogas.

Prosigue expresando que, debido a las dificultades económicas, habrá que echar mano de todos los recursos para mantener los presupuestos y si es posible aumentar sus fondos (lo que puede ser difícil en el caso de Gobiernos interesados en otros problemas: agua, desarrollo económico, etc.) para

lograr la erradicación. Hace notar que el sector privado debería aportar su ayuda ya que empresarios, agricultores, etc., se benefician con la campaña.

Finaliza diciendo que el UNICEF contribuye y seguirá contribuyendo a las campañas pero que debe considerarse la posibilidad de obtener ayuda de otras fuentes; por ello presenta, para que sea considerado oportunamente, el siguiente proyecto de resolución:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el XII Informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (Documento CD15/5);

Teniendo en cuenta los progresos alcanzados gracias a los esfuerzos coordinados de los Gobiernos, el UNICEF, la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) de los Estados Unidos de América y de la OPS/OMS;

Teniendo en cuenta, sin embargo, que en las áreas donde existen problemas técnicos de persistencia de la transmisión de la enfermedad, el progreso ha sido lento debido a la falta de recursos económicos adecuados para financiar las medidas complementarias que se requieren a fin de resolver los problemas en su totalidad;

Considerando que la migración interna o internacional de las áreas aún infectadas a las ya libres de la endemia malárica, constituye un constante peligro para la reinfección de dichas áreas, como ya ha ocurrido en algunos lugares;

Teniendo en cuenta la distribución geográfica de las áreas maláricas o potencialmente maláricas del Continente, que son susceptibles de crear situaciones epidémicas que obstaculicen e incluso den lugar al fracaso total de los programas de desarrollo económico y social emprendidos en ellas;

Teniendo en cuenta las ventajas directas e inmediatas que derivan las explotaciones agrícolas y ganaderas, así como las empresas industriales, de las campañas de erradicación de la malaria, ejecutadas en el medio en el cual se desarrollan sus actividades; y

Teniendo en cuenta las investigaciones realizadas por la Oficina Sanitaria Panamericana, en cooperación con diversos Gobiernos y la necesidad de continuar y ampliar los estudios, con el fin de establecer métodos económicos para acelerar la erradicación de la malaria en las áreas que plantean problemas,

RESUELVE:

1. Tomar nota del XII Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (Documento CD15/5).
2. Expresar su satisfacción por los progresos alcanzados y reiterar su esperanza de que el UNICEF y la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) continuarán cooperando en la campaña hasta que se logre erradicar la malaria del Hemisferio.
3. Manifestar su preocupación por la falta de recursos económicos adecuados para intensificar la lucha en las áreas de persistencia de transmisión de la enfermedad, debido a problemas técnicos.
4. Reiterar la necesidad de que los Gobiernos, al aportar fondos para las campañas de malaria, tengan en cuenta el problema de la migración humana de las áreas aún infectadas (con o sin problemas técnicos) hacia las áreas ya libres de la enfermedad, lo que hace que éstas vuelvan a infectarse con la consiguiente pérdida de las inversiones y de los esfuerzos llevados a cabo.
5. Reiterar a los Gobiernos que, en la preparación de los programas de desarrollo económico y social (colonización, irrigación, construcción de carreteras, etc.) se estudie con todo el detenimiento, la repercusión que en los mismos pueda tener el problema de la malaria.

6. Recomendar a los Gobiernos la conveniencia de estudiar la posibilidad de obtener aportes financieros de las empresas públicas o privadas, de carácter industrial, agrícola o ganadera situadas en áreas maláricas o potencialmente maláricas.

7. Recomendar al Director que haga lo posible para que se intensifique el programa de investigaciones que realizan algunos Gobiernos con la cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana, especialmente con miras a establecer métodos aún más económicos que permitan erradicar la malaria en áreas que plantean problemas."

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having examined the XII Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau on the status of malaria eradication in the Americas (Document CD15/5);

Noting the progress that has been achieved as the result of the coordinated efforts of the Governments, UNICEF, the Agency for International Development (AID) of the United States of America, and PAHO/WHO;

Mindful, however, of the fact that progress has been slow in areas where the persistent transmission of the disease poses technical problems, owing to the lack of sufficient funds to finance the supplementary measures required for the total solution of the problem;

Considering that both internal and international migrations from infected areas to others that are free of endemic malaria represent a constant threat of reinfection of these areas, and that this has already occurred in some places;

Considering the wide geographic distribution of malarious or potentially malarious areas in the Hemisphere that can give rise to epidemic situations that may hamper the economic and social development programs undertaken there, or even bring them to a total halt;

Bearing in mind that agricultural and stock-raising activities, as well as industrial undertakings, benefit immediately and directly from eradication programs conducted in the areas in which they operate; and

Aware of the research carried out by the Pan American Sanitary Bureau, in cooperation with certain Governments, and the need to maintain and expand these investigations so as to devise economical methods for speeding up malaria eradication in problem areas,

RESOLVES:

1. To take note of the XII Report on the status of malaria eradication in the Americas (Document CD15/5).

2. To express its satisfaction with the progress that has been achieved and to reiterate the hope that UNICEF and the Agency for International Development (AID) will continue to support the campaign until malaria is eradicated from the Hemisphere.

3. To express its concern over the shortage of sufficient funds to intensify the campaign in areas where the transmission of the disease persists because of technical problems.

4. To again draw the attention of the Governments to the fact that, in providing funds for malaria programs, regard must be had to the problem of human migration from infected areas (with or without technical problems) to areas that are free of the disease, since this can lead to reinfection and thus nullify the results of previous efforts and investments.

5. To recommend to the Governments that, in drawing up their economic and social development programs (land settlement, irrigation, road building, etc.), they give careful attention to the possible repercussions of malaria on such programs.

6. To recommend to the Governments the desirability of studying the possibility of obtaining financial contributions from public or private enterprises engaged in industrial, agricultural, or stockraising activities in malarious or potentially malarious areas.

7. To recommend to the Director that he do everything possible to intensify the research programs undertaken by certain Governments with the assistance

of the Pan American Sanitary Bureau, in particular with a view to devising still more economical methods for the eradication of malaria in problem areas."

El Dr. AGUILAR (Guatemala) manifiesta que su país atraviesa una situación grave, que necesita urgente solución. El Consejo Nacional de Malaria de Guatemala, dice, se reunió recientemente para estudiar dicha situación. Agrega que el informe presentado por la Oficina sobre la situación del paludismo en Guatemala no refleja la gravedad del actual estado de cosas, el que puede apreciarse en sus verdaderas dimensiones si se advierte que, en lo que va del año, se han registrado más de 15.000 casos. Solicita que se deje clara constancia en actas de esta situación.

El Dr. GUZMAN GALARZA (Bolivia) informa que la campaña de erradicación de la malaria en su país está progresando satisfactoriamente, gracias a los esfuerzos combinados del Gobierno, la OSP, la AID y el UNICEF. Comentando las manifestaciones del Dr. Boniche Vázquez respecto de los inconvenientes de los movimientos de migración interna, manifiesta que esos movimientos, cuando tienen su origen en la apertura de nuevas áreas a la colonización, son beneficiosos para la economía del país y deberían ser realizados previo estudio de la salud de los migrantes. Termina diciendo que Bolivia sigue su lucha contra la malaria en las áreas fronterizas, junto con los países limítrofes.

TEMA 20-B: CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS DEL FONDO ESPECIAL
DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA
LA ERRADICACION DE LA MALARIA
ITEM 20-B: ESTIMATED REQUIREMENTS FOR THE SPECIAL MALARIA
FUND OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION

El Dr. da SILVA (Jefe, Departamento de Erradicación de la Malaria, OSP) presenta el documento titulado "Cálculo de los Requerimientos del Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria, Revisión 3". Resume los antecedentes correspondientes, expresando que el Consejo Directivo en su XIII Reunión, celebrada en Washinton en octubre de 1961, aprobó la Resolución XXVI, referente a este asunto, en la que se encomendaba al Director la preparación de revisiones anuales de estos cálculos para su debido estudio por el Consejo.

Afirma que ya en noviembre de 1960 se preparó un documento titulado "Cálculo de los Requerimientos del Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria", con el propósito de que sirviera de ayuda en la tarea de formular un pronóstico de los futuros requerimientos del programa y presupuesto. En dicho documento se analizaba el progreso alcanzado en la erradicación de la malaria en cada uno de los programas en que colaboraba la Organización y se señalaba la forma en que se prestaría tal colaboración en el futuro. Las revisiones 1 y 2 fueron presentadas en 1961 y 1963, respectivamente.

Al presentar ahora la tercera revisión del documento, subraya que los cuadros que en el mismo figuran indican, para cada uno de los programas en que participa la OPS, el cálculo de los requerimientos en materia de personal, suministros y equipo, becas y subvenciones y otros gastos. Se enumeran además las actividades regionales, se ha utilizado el método de cálculos presupuestarios corriente en la OPS y se acompaña para cada programa un cuadro de personal, a fin de dar a conocer la distribución del mismo durante el período de que se trate. Asimismo, se presenta una breve descripción del estado de cada programa y, además, se exponen los planes actuales de la OPS para su futura colaboración.

Cuando procede, se indica también la participación del UNICEF y del AID en los programas. No se incluye el cálculo del costo de aquellos otros en que la Organización no participa directamente (Venezuela y Trinidad y Tabago). Los cálculos revisados se prepararon en junio de 1964 y se fundan en la información de que se disponía en dicha fecha, tanto sobre la marcha del programa como respecto a la duración que cabe prever para las actividades en cada caso. La experiencia obtenida hasta la fecha muestra que, principalmente en Centroamérica, factores imponderables hacen indispensable una frecuente evaluación y una correspondiente revisión de los futuros requerimientos. Hace constar que, ante los problemas que han surgido, el presente cálculo debe

considerarse como el mínimo probable de los requerimientos basados en la información más fidedigna existente en el momento de su recopilación. Todas las cifras se consignan en dólares de E.U.A.

Advierte que, en documentos anteriores, se ha puesto de relieve que la erradicación de la malaria en las Américas tropieza con varios problemas. Durante el año pasado no se planteó ninguno nuevo, pero los de años anteriores subsisten en muchos lugares. El problema de la administración que comprende organización, dotación del personal y finanzas, sigue siendo causa de dificultades en algunos programas, aun cuando en otros se ha registrado mejoramiento.

Afirma que los resultados de la labor experimental y de los estudios piloto efectuados durante el pasado año han abierto un cauce para la solución de los problemas técnicos. Mediante el tratamiento colectivo de casos en escala limitada, se ha conseguido interrumpir en algunos países de Centroamérica la transmisión en las zonas en que dicho tratamiento ha sido debidamente utilizado, y agrega que el empleo de malatión indica que este insecticida puede resultar valioso en algunos lugares. En uno de los países, el cambio consistente en aplicar DDT dos veces por año en vez de dieldrín una vez al año, ha dado buenos resultados y el tratamiento inter-ciclos de nuevas viviendas y paramentos alterados se está llevando a cabo en ciertos sitios para mejorar la protección.

En algunas zonas, es necesario ahora utilizar diversas combinaciones de los métodos y medios existentes para lograr la erradicación. Se han propuesto diversos planes para este fin, pero la aplicación de los mismos ha sido lenta debido al aumento de los costos y a la dificultad de financiación. Actualmente se está considerando la posibilidad de obtener empréstitos para subsanar tal dificultad.

Señala que si se establece una comparación con la "Revisión 2", se advertirá que, en el período 1964-1967, el cálculo indica una reducción de \$4.7 millones, lo que representa la suma de una proyectada disminución de \$1.9 millones en costos locales y suministros importados y una reducción de \$2.8 millones en costos de la OPS, debida principalmente a la supresión de un anteproyecto de asistencia especial en las áreas en que todavía existe el problema.

El cálculo de los gastos de la OPS figura detalladamente en los cuadros adjuntos al documento. En general, se considera que los servicios de asesoramiento en operaciones de rociamiento y entomología podrán suprimirse cuando las últimas áreas comprendidas en los programas de los países entren en la fase de consolidación; en cambio, los servicios de asesoramiento en epidemiología y evaluación deberán continuarse hasta la terminación de esa fase.

Por último, se presentan los costos de los programas interpaíses ejecutados por la OPS, que en su mayoría consisten en actividades de investigación y de asistencia técnica complementaria, así como de supervisión del personal que colabora en proyectos de países. Sólo se indican los costos estimados de los compromisos que se atienden por medio del Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria; en cambio, no figuran en el documento los que se financian con cargo al presupuesto ordinario de la OPS y de la OMS, o a través de la Junta de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas.

El PRESIDENTE agradece al Dr. da Silva la presentación del informe y declara que, en su opinión, el asunto ya había sido exhaustivamente discutido durante la presentación del XII informe sobre el estado actual de la malaria en las Américas. Anuncia que en la próxima sesión plenaria se presentará un proyecto de resolución sobre el tema.

- TEMA 13: RESOLUCIONES DEL CONSEJO EJECUTIVO Y DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, DE INTERES PARA EL COMITE REGIONAL
- ITEM 13: RESOLUTIONS OF THE EXECUTIVE BOARD AND THE WORLD HEALTH ASSEMBLY OF INTEREST TO THE REGIONAL COMMITTEE

Dr. CUTLER (Deputy Director, PASB), in introducing Document CD15/9 and Addendum I on the item, reviewed the series of resolutions of the WHO Executive Board and the World Health Assembly of interest to the Regional Committee for the Americas. He pointed out that, in its policy and programs, the Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of WHO, was acting in accord with those recommendations.

He made special reference to the report mentioned in Resolution EB34.R25 (Program Review: Epidemic Treponematoses of Childhood and Venereal Diseases), which had particular relevance to agenda Item 33 of the current meeting (Review of the Status of the Venereal Disease Problem and Control Programs in the Americas), and would be considered in detail when the Directing Council discussed that item.

With regard to Resolution WHA17.20, Large-Scale Development Programs, which had been introduced at the request of the Representative of Peru, the Director was taking action to call the attention of international credit agencies to the health aspects of projects that they had under consideration. Moreover, PASB zone and country staff

had been instructed to cooperate with Governments to assist them in determining health-related aspects of large-scale development projects undertaken as part of the national planning process. It was expected that the health ministries would plan the necessary measures to deal with those problems or to take advantage of the opportunities offered to extend health services in a well-planned and balanced manner.

In addition, the staff of the Bureau had further occasion to focus attention on health aspects through participation in the various steps of the review of national plans.

Further details on that subject would be given in the discussion of Item 14, on the Second Annual Meetings of the Inter-American Economic and Social Council.

El PRESIDENTE manifiesta que, tratándose de un asunto de mero trámite, en el que sólo corresponde tomar nota, pide al Dr. Cutler que dé lectura al proyecto de resolución preparado sobre este tema.

El Dr. CUTLER (Director Adjunto, OSP) da lectura al siguiente proyecto de resolución:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el Documento CD15/9 y su Addendum I, en el cual el Director somete a la atención del Comité Regional para las Américas varias resoluciones adoptadas por la 17a Asamblea Mundial de la Salud y por el Consejo Ejecutivo en sus 33a y 34a Reuniones; y

Habida cuenta de que la Oficina Sanitaria Panamericana ya se ocupa de las materias a que se refieren las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo,

RESUELVE:

Tomar nota de las siguientes resoluciones contenidas en el Documento CD15/9 y su Addendum I: WHA17.2, Informe sobre la ausencia de un miembro en las reuniones del Consejo Ejecutivo; WHA17.20, Programas de desarrollo en gran escala; WHA17.21, Presentación de los futuros proyectos de programa y presupuesto; WHA17.22 y EB33.R12, Informe sobre la marcha del programa de erradicación del paludismo; WHA17.24 y EB33.R6, Situación de la Cuenta Especial para la Erradicación del Paludismo; WHA17.25, Incorporación de la Cuenta Especial para la Erradicación del Paludismo al Fondo de Donativos para el Fomento de la Salud; WHA17.33, Relación de Estados Miembros que tienen atrasos de contribuciones de bastante consideración para que resulte aplicable lo dispuesto en el Artículo 7 de la Constitución; WHA17.39, Evaluación clínica y farmacológica de los medicamentos; WHA17.40, Programa de abastecimiento público de agua; WHA17.41 y EB33.R28, Normas para los medicamentos; WHA17.43, Programa de erradicación de la viruela; WHA17.19 Programa y Presupuesto para 1965: Fondo de Donativos para el Fomento de la Salud; WHA17.38 Programa General de trabajo para un período determinado; WHA17.47, Coordinación con el Organismo Internacional de Energía Atómica y EB34.R25, Examen del programa: treponematosis endémicas de la infancia y enfermedades venéreas."

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having examined Document CD15/9 and Addendum I, in which the Director brought to the attention of the Regional Committee for the Americas a number of

resolutions adopted by the Seventeenth World Health Assembly and the Thirty-Third and Thirty-Fourth Sessions of the WHO Executive Board; and

Bearing in mind that the Pan American Sanitary Bureau is already dealing with the matters covered by the resolutions of the World Health Assembly and the Executive Board,

RESOLVES:

To take note of the following resolutions in Document CD15/9 and Addendum I: WHA17.2, Report on Absentee Member of the Executive Board; WHA17.20, Large-Scale Development Programs; WHA17.21, Presentation of Future Program and Budget Estimates; WHA17.22 and EB33.R12, Report on Development of Malaria Eradication Program; WHA17.24 and EB33.R6, Malaria Eradication Special Account; WHA17.25, Placement of the Malaria Eradication Special Account in the Voluntary Fund for Health Promotion; WHA17.33, Members in Arrears in the Payment of their Contributions to an Extent which may Invoke Article 7 of the Constitution; WHA17.39, Clinical and Pharmacological Evaluation of Drugs; WHA17.40, Community Water Supply Program; WHA17.41 and EB33.R28, Standards of Drugs; WHA17.43, Smallpox Eradication Program; WHA17.19 Program and Budget Estimates for 1965: Voluntary Fund for Health Promotion; WHA17.38 General Program of Work Covering a Specific Period; WHA17.47 Coordination with the International Atomic Energy Agency; EB34.R25 Program Review: Endemic Treponematoses of Childhood and Venereal Diseases."

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución presentado.

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.7

Se levanta la sesión a las 9:40 p.m.
The meeting rose at 9:40 p.m.



directing council

PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XV Meeting

regional committee

WORLD
HEALTH
ORGANIZATION

XVI Meeting



Mexico, D. F.

Thursday, 3 September 1964, at 8:05 p.m.

CD15/41 (Eng.)
CORRIGENDUM
5 October 1964
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE EIGHTH PLENARY SESSION

Page 3:

Replace the statement of the Representative of Argentina by the following:

"El Dr. OLGUIN (Argentina) hace notar la necesidad de persistir hasta el alcance de la erradicación y la importancia de la coordinación de las acciones. En este sentido, es fundamental el intercambio que significan las reuniones internacionales, tales como el Seminario celebrado a mediados de este año en Poços de Caldas, Brasil, en el cual se trató lo pertinente a la participación de los servicios generales de salud pública en las campañas de erradicación; y las reuniones periódicas de los Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria.

Manifiesta luego que en el área palúdica del nordeste de su país, se han intensificado las acciones y, ante dificultades técnico-administrativas, se ha ampliado el programa de actividades, con la colaboración de la OSP y del UNICEF. La campaña nacional recibe toda la atención que el problema merece, con las previsiones técnicas y administrativas que las acciones requieren."

Page 7, second paragraph, lines 9, 10, 11, and 12:

After "... de los ríos Paraguay y Paraná.", the text should read: "Agrega que los parásitos encontrados fueron el Plasmodium vivax y el P. falciparum, especialmente éste, y sólo dos casos de P. malariae, el último registrado en diciembre de 1960."

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XV Reunión

México, D. F.

Sábado, 5 de septiembre de 1964, a las 9:15 a.m.
Saturday, 5 September 1964, at 9:15 a.m.

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XVI Reunión



CD15/42

6 septiembre 1964

ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA NOVENA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE NINTH PLENARY SESSION

Presidente: Dr. José Alvarez Amézquita México
President:

Indice
Contents

Tercer Informe de la Comisión de Credenciales
Third Report of the Committee on Credentials

Tema 21: Elección de tres Gobiernos Miembros para integrar
el Comité Ejecutivo por haber llegado a su término
el mandato de Nicaragua, Perú y Uruguay

Item 21: Election of Three Member Governments to the Executive
Committee on the Termination of the Periods of Office
of Nicaragua, Peru and Uruguay

Epilepsia en las Américas
Epilepsy in the Americas

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los
señores Representantes tengan a bien comunicar al
Servicio de Actas (Oficina 522, quinto piso) las mo-
dificaciones que deseen ver introducidas en el texto,
dentro de las 48 horas siguientes a su distribución.
Los textos completos de las actas resumidas, en inglés
y español, se publicarán en las Actas de la Reunión.

Note: These précis minutes are provisional. The representa-
tives are therefore requested to notify the Minutes
Service (Room 522, fifth floor) within 48 hours after
distribution, of any changes they wish to have made
in the text. The full texts of the précis minutes,
in both English and Spanish, will be published in the
Proceedings of the Meeting.

Indice (Cont.)
Contents (Cont.)

Tema 8-C: Anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1966 (conclusión)

Item 8-C: Provisional Draft of the Proposed Program and Budget of the Pan American Health Organization for 1966 (conclusion)

Tema 20-A: Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (conclusión)

Item 20-A: Report on the Status of Malaria Eradication in the Americas (conclusion)

Tema 20-B: Cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la Organización Panamericana de la Salud para la Erradicación de la Malaria (conclusión)

Item 20-B: Estimated Requirements for the Special Malaria Fund of the Pan American Health Organization (conclusion)

Tema 31: Estado de los planes nacionales de salud

Item 31: Status of National Health Planning

El PRESIDENTE declara abierta la sesión y anuncia que se va a examinar en primer lugar el Tercer Informe de la Comisión de Credenciales.

TERCER INFORME DE LA COMISION DE CREDENCIALES
THIRD REPORT OF THE COMMITTEE ON CREDENTIALS

El Dr. AGUILAR (Guatemala), en su calidad de Relator de la Comisión de Credenciales, da lectura al Tercer Informe de dicha Comisión, que dice así:

"La Comisión de Credenciales integrada por el Dr. Victorio Vicente Olguín (Argentina), Presidente; el Dr. Francisco J. Aguilar (Guatemala), Relator; y el Dr. Roberto Acosta Borrero (Colombia) celebró su tercera sesión el día 5 de septiembre de 1964.

La Comisión examinó y aprobó la credencial presentada por el Dr. Orestes Vidovich, Representante del Uruguay en la XV Reunión del Consejo Directivo".

Decisión: Se aprueba por unanimidad y sin modificación el Tercer Informe de la Comisión de Credenciales.
Decision: The Third Report of the Committee on Credentials was unanimously approved without change./

- TEMA 21: ELECCION DE TRES PAISES MIEMBROS PARA INTEGRAR EL COMITE EJECUTIVO POR HABER LLEGADO A SU TERMINO EL MANDATO DE NICARAGUA, PERU Y URUGUAY
- ITEM 21: ELECTION OF THREE MEMBER COUNTRIES TO THE EXECUTIVE COMMITTEE ON THE TERMINATION OF THE PERIODS OF OFFICE OF NICARAGUA, PERU AND URUGUAY

El PRESIDENTE anuncia que se va a proceder a la elección de tres Países Miembros para integrar el Comité Ejecutivo, por haber llegado a su término el mandato de Nicaragua, Perú y Uruguay, y pide a la Secretaría que compruebe si hay quórum.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) informa que se hallan presentes los Representantes de 23 Gobiernos de la Organización y que, por tanto, hay quórum. Seguidamente dá lectura al Artículo 15 de la Constitución, relativo a la composición del Comité Ejecutivo y se refiere al párrafo B del Artículo 11 de dicha Constitución, que alude a las votaciones del Consejo Directivo, y a los Artículos 40, 41 y 45 del Reglamento Interno del Consejo, que contienen normas sobre la misma cuestión.

El Presidente invita a los Representantes a que propongan candidaturas para la elección.

El Dr. GONZALEZ TORRES (Paraguay) manifiesta el deseo de su país de formar parte del Comité Ejecutivo, alegando al respecto el sentido de responsabilidad y espíritu de colaboración de que ha venido dando muestras en el seno de la OPS, desde que participa en sus tareas y se refiere asimismo al interés que para la Organización debe tener una distribución geográfica equitativa de las responsabilidades del Comité.

El Dr. VILLAMAR (Ecuador) propone a la República Dominicana para ocupar uno de los puestos que quedan vacantes, en atención a la labor que viene desarrollando en el curso de los últimos años para solucionar los problemas de salud que afectan a su país.

El Dr. ACOSTA (Colombia) presenta la candidatura de la República de Panamá.

Dr. WILLIAMS (United States of America) proposed that Jamaica be elected to fill one of the vacancies on the Executive Committee. That country had been a Member only a short time but for many years its representatives had participated actively in the meetings of the Governing Bodies.

El Dr. DELGADO (República Dominicana) propone a Venezuela.

El Dr. QUIROS (Perú) se adhiere a la propuesta formulada por el Representante de los Estados Unidos de América en favor de la designación de Jamaica.

El PRESIDENTE, designa escrutadores al Dr. Aguilar (Guatemala) y al Dr. Roldán (El Salvador).

Se procede a la votación con el siguiente resultado: número de votantes, 23, número de votos emitidos, 22 y uno en blanco, votos obtenidos: Venezuela, 18; Panamá, 15; Jamaica, 11.

Se consideran, por tanto, elegidos Venezuela y Panamá, no teniendo Jamaica el número de votos reglamentario. En consecuencia se procede a una segunda votación para cubrir el tercer puesto, participando en ella 25 Representantes. Jamaica obtiene 13 votos, con lo que queda asimismo elegida.

A vote was taken, with the following results: number of Representatives casting ballots, 23; number of ballots cast, 22 and one blank ballot. Votes received: Venezuela, 18; Panama, 15; Jamaica, 11.

Venezuela and Panama were therefore considered elected. Since Jamaica did not receive the required number of votes, a second vote was taken to fill the third vacancy, with 25 Representatives participating in the voting. Jamaica received 13 votes and was therefore considered elected.

Decisión: Los Gobiernos de Venezuela, Panamá y Jamaica quedan elegidos para formar parte del Comité Ejecutivo, por un período de tres años, y el Consejo acuerda expresar su agradecimiento a los Gobiernos de Nicaragua, Perú y Uruguay por los servicios prestados a la Organización por sus Representantes en el seno del Comité Ejecutivo.

/Decision: The Governments of Venezuela, Panama, and Jamaica were elected to membership on the Executive Committee for a period of three years, and the Directing Council extended its thanks to the Governments of Nicaragua, Peru, and Uruguay for the services rendered to the Organization by their representatives on the Committee./

El Dr. MOTEZUMA (Venezuela) agradece la designación de que se ha hecho objeto a su país y promete prestar la colaboración que le sea posible en las actividades que le están encomendadas a la Organización.

El Dr. ROJAS (Panamá) expresa su reconocimiento a las delegaciones por haber sido elegido su país para formar parte del Comité Ejecutivo y subraya, en especial, su gratitud al Representante de Colombia que propuso la candidatura de Panamá.

Dr. WEDDERBURN (Jamaica) thanked the Council for having elected his country to serve on the Executive Committee. Although Jamaica had been a Member of the Organization but for a short time,

it was well aware of the responsibilities assumed by those appointed to membership on that Governing Body. He assured the Council that Jamaica would live up to those responsibilities.

LA EPILEPSIA EN LAS AMERICAS
EPILEPSY IN THE AMERICAS

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al siguiente proyecto de resolución sobre este tema, presentado por el Representante de los Estados Unidos de América:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado la sección del Informe Anual del Director (Documento Oficial 56) relativo a la salud mental;

Considerando que en el mencionado documento se da cuenta del establecimiento dentro de la Oficina Sanitaria Panamericana, de un Centro de Información en Salud Mental de Latinoamérica que constituye un valioso servicio para el acopio, análisis y la distribución de información sobre salud mental;

Teniendo en cuenta que la epilepsia constituye un problema de salud de considerable importancia en muchas zonas; y

Teniendo en cuenta que en casi todos los sectores del Hemisferio existen una serie de conceptos erróneos y de discriminaciones de carácter legal o de otra índole, que impiden un enfoque inteligente y humano de los programas de tratamiento de este trastorno,

RESUELVE:

Solicitar del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que efectúe un estudio de la incidencia y distribución de la epilepsia en las Américas, así como de las discriminaciones de carácter legal y de otra índole de que son objeto los pacientes de esta enfermedad y que obstaculizan el desarrollo de programas encaminados a resolver los problemas planteados en este aspecto.

THE DIRECTING COUNCIL,

Having noted the section of the Annual Report of the Director (Official Document 56) relating to mental health;

Noting that this document reports the creation, within the Pan American Sanitary Bureau, of a "Mental Health Information Center on Latin America", which is providing a useful service in the collection, analysis and distribution of information on mental health;

Bearing in mind that epilepsy constitutes a health problem of appreciable significance in many areas; and

Recognizing that there exist in virtually every part of the Hemisphere, burdens of misunderstanding and of legal and other discrimination which are contrary to an enlightened, humane approach to programs for the management of this condition,

RESOLVES:

To request the Director to study the occurrences and distribution of epilepsy in the Americas, and the legal and other discriminations to which sufferers from this condition are subject and which impede programs directed at the solution of the problem of epilepsy.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución presentado.

/Decision: The draft resolution was unanimously approved./

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) manifiesta que en la resolución que acaba de adoptarse hay, a su juicio dos aspectos perfectamente definidos: uno, relativamente sencillo de resolver en la medida en que los Gobiernos de la Organización tomen las disposiciones del caso, para que la Oficina pueda reunir la información pertinente en cuanto a las discriminaciones de

carácter legal y de otra índole de que son objeto los pacientes de epilepsia, y otro aspecto, que no es tan sencillo, es el relativo a la incidencia de la epilepsia en las Américas. Aunque no sea agradable que la epilepsia sea incluida entre las enfermedades mentales -agrega el Dr. Horwitz- el hecho es que lo está, y puesto que el Consejo ha resuelto que se lleve a cabo un estudio sobre la cuestión, es evidente que tal tarea no puede separarse de un análisis sobre las enfermedades mentales. Se trata de una materia que está a debate en muchos países del mundo; las dificultades estriban esencialmente en que los especialistas en psiquiatría no han llegado a un acuerdo para formular sobre ella definiciones ni siquiera operacionales. La verdad es que los términos de uso frecuente en la patología de las enfermedades mentales no encuentran en el pensamiento ni en el diagnóstico de los psiquiatras una identidad o por lo menos una concordancia. Estima que la resolución propuesta por el Representante de los Estados Unidos de América, confirma a su juicio, las medidas que la Oficina Sanitaria Panamericana está aplicando con el propósito de convocar en el curso del año próximo a un grupo de expertos del Continente a fin de que se pongan de acuerdo en una serie de definiciones operacionales que permitan distinguir, en muestras seleccionadas de población, particularmente de núcleos urbanos, las enfermedades mentales más frecuentes. Cree que sin esta etapa previa, dicho estudio

sería difícil de realizar, ya que sólo quedaría reducido al de la grave enfermedad que es la epilepsia. Considera, pues, que el interés del Gobierno de los Estados Unidos de América abarca a todas aquellas formas de epilepsia o reacciones, incluidas las electroencefalográficas que se asemejan a dicha enfermedad o que pueden considerarse de carácter epileptoide. El estudio podría realizarse una vez superada la etapa previa en la que se llegue a definiciones operacionales que permitan identificar a estos enfermos como a otros de proceso mental. Subraya que los estudios epidemiológicos de muestras de población son caros y no es posible efectuarlos con recursos muy reducidos. Por ello hace constar que cuando se llegue a la elaboración de un compendio de carácter técnico por especialistas en la materia y algunos países estén dispuestos a iniciar investigaciones de ese tipo, será menester invertir cierta cantidad de fondos para acometer seriamente tales estudios, interpretando debidamente el espíritu de la resolución que se ha aprobado. Mientras tanto, se puede consultar a los Gobiernos sobre los aspectos de carácter legal de la misma.

Dr. WATT (United States of America) stated that, in introducing the resolution, it had been the intention of his Delegation to begin with the simple, plausible phases, rather than attempt to broach the complicated and time-consuming ones. Simple working definitions of what constituted epilepsy were

currently available. In all parts of the world there were laws dealing with that disease, and all countries had some kind of working definition which was used to carry out their responsibilities under those laws. The intention was to begin with the definitions that already existed, rather than consider those which might be applied if more complicated, sophisticated ways were used to approach the problem. In the initial stage, it was extremely important not to be diverted into the sometimes fascinating and clearly important studies which were being carried on in the laboratory. Attention would be focused only on what the administrative health officer could and should do to fulfill his responsibility under the existing laws. That would make it possible to establish a baseline, and subsequently, at the appropriate time, research could be undertaken together with the laboratories which were currently working on the problem.

El PRESIDENTE precisa que, sin perjuicio de recoger oportunamente las opiniones de los expertos en cuanto a la terminología y otros aspectos de la epilepsia, se pueden recabar de los países informaciones de tipo estadístico sobre la enfermedad.

- TEMA 8-C: ANTEPROYECTO DE PROGRAMA Y PRESUPUESTO DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA 1966 (Conclusión)
- ITEM 8-C: PROVISIONAL DRAFT OF THE PROPOSED PROGRAM AND BUDGET OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION FOR 1966 (Conclusion)

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al siguiente proyecto de resolución presentado sobre este tema:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el Documento Oficial 52, presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana en el que aparece el anteproyecto de Programa y Presupuesto que servirá de base para la preparación del Proyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1966, que se someterá a la consideración de la 52a. Reunión del Comité Ejecutivo y de la XVI Reunión del Consejo Directivo;

Teniendo en cuenta que dicho anteproyecto contiene proyectos de salud muy necesarios y bien planeados;

Teniendo en cuenta la conveniencia de aumentar el aporte de la Organización Panamericana de la Salud al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), con el fin de asegurar el normal desarrollo de esta Institución que viene prestando servicios, no sólo a los países de América, sino también a los de otros Continentes;

Teniendo en cuenta las recomendaciones y observaciones formuladas por varios Representantes durante el examen del mencionado anteproyecto; y

Considerando lo dispuesto en el Artículo 3.4 del Reglamento Financiero de la OPS,

RESUELVE:

1. Tomar nota del anteproyecto de Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1966, contenido en el Documento Oficial 52.

2. Agradecer a los Gobiernos de Centro América y Panamá el apoyo moral y económico que han venido prestando al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP).

3. Agradecer al Gobierno de Guatemala el aporte adicional que hace al INCAP, proporcionándole un nuevo edificio que le permitirá disponer de los medios y servicios necesarios para el mejor cumplimiento de sus fines.

4. Autorizar al Director a que aumente el aporte, de la Organización al INCAP en una suma adicional de \$200.000 y a que la incluya en el Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS para 1966.

5. Recomendar al Director que al someter a la 52a. Reunión del Comité Ejecutivo el Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS para 1966, tome en consideración los ingresos presupuestarios reales y previstos para la distribución de los proyectos de acuerdo con prioridades.

6. Encomendar al Director que preste la debida consideración a las recomendaciones y observaciones formuladas por varios representantes, tanto en la preparación del Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS para 1966, como al consultar con los Gobiernos en relación al mismo."

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having examined Official Document 52 presented by the Director of the Pan American Sanitary Bureau, which contains the provisional draft of the Proposed Program and Budget that will be used to prepare the Proposed Program and Budget of the Pan American Health Organization for 1966, to be submitted to the 52nd Meeting of the Executive Committee and the XVI Meeting of the Directing Council;

Noting that this provisional draft contains soundly conceived and much needed health projects;

Bearing in mind that it would be advisable for the Pan American Health Organization to increase its contribution to the Institute of Nutrition of Central America and Panama (INCAP) so as to ensure the normal development of the Institute, which is supplying services not only to the nations of the Americas, but to those of other continents as well;

Taking into account the recommendations and comments made by various representatives at the time the provisional draft was considered; and

Considering the provisions of Regulation 3.4 of the Financial Regulations of PAHO,

RESOLVES:

1. To take note of the provisional draft of the Proposed Program and Budget of the Pan American Health Organization for 1966, contained in Official Document 52.
2. To thank the Governments of Central America and Panama for the moral and financial support that they have given to the Institute of Nutrition of Central America and Panama (INCAP).
3. To thank the Government of Guatemala for the additional contribution it is making to INCAP by providing it with a new building which will enable the Institute to have the necessary means and services at its disposal for the better fulfillment of its purposes.
4. To authorize the Director to increase the contribution of the Organization to INCAP by \$200,000 and to include this sum in the Proposed Program and Budget of PAHO for 1966.
5. To recommend to the Director that, in submitting the Proposed Program and Budget of PAHO for 1966 to the 52nd Meeting of the Executive Committee, he take into account both actual and anticipated budgetary income in deciding on program priorities.
6. To instruct the Director to give due consideration to the recommendations and comments made by the various representatives, both in his preparation with the Governments on this matter."

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución presentado.

Decision: The draft resolution was unanimously approved.

TEMA 20-A: INFORME SOBRE EL ESTADO DE LA ERRADICACION DE
LA MALARIA EN LAS AMERICAS (Conclusión)
ITEM 20-A: REPORT ON THE STATUS OF MALARIA ERADICATION IN
THE AMERICAS (Conclusion)

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al siguiente proyecto de resolución sobre este tema, presentado por el Representante de Nicaragua:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el XII Informe del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (Documento CD15/5);

Teniendo en cuenta los progresos alcanzados gracias a los esfuerzos coordinados de los Gobiernos, el UNICEF, la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) de los Estados Unidos de América y de la OPS/OMS;

Teniendo en cuenta, sin embargo, que en las áreas donde existen problemas técnicos de persistencia de la transmisión de la enfermedad, el progreso ha sido lento debido a la falta de recursos económicos adecuados para financiar las medidas complementarias que se requieren a fin de resolver los problemas en su totalidad;

Considerando que la migración interna o internacional de las áreas aún infectadas a las ya libres de la endemia malárica, constituye un constante peligro para la reinfección de dichas áreas, como ya ha ocurrido en algunos lugares;

Teniendo en cuenta la distribución geográfica de las áreas maláricas o potencialmente maláricas del Continente, que son susceptibles de crear situaciones epidémicas que obstaculicen e incluso den lugar al fracaso total de los programas de desarrollo económico y social emprendidos en ellas;

Teniendo en cuenta las ventajas directas e inmediatas que derivan las explotaciones agrícolas y ganaderas, así como las empresas industriales, de

las campañas de erradicación de la malaria, ejecutadas en el medio en el cual se desarrollan sus actividades; y

Teniendo en cuenta las investigaciones realizadas por la Oficina Sanitaria Panamericana, en cooperación con diversos Gobiernos y la necesidad de continuar y ampliar los estudios, con el fin de establecer métodos económicos para acelerar la erradicación de la malaria en las áreas que plantean problemas,

RESUELVE:

1. Tomar nota del XII Informe sobre el estado de la erradicación de la malaria en las Américas (Documento CD15/5).
2. Expresar su satisfacción por los progresos alcanzados y reiterar su esperanza de que el UNICEF y la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) continuarán cooperando en la campaña hasta que se logre erradicar la malaria del Hemisferio.
3. Manifestar su preocupación por la falta de recursos económicos adecuados para intensificar la lucha en las áreas de persistencia de transmisión de la enfermedad, debido a problemas técnicos.
4. Reiterar la necesidad de que los Gobiernos, al aportar fondos para las campañas de malaria, tengan en cuenta el problema de la migración humana de las áreas aún infectadas (con o sin problemas técnicos) hacia las áreas ya libres de la enfermedad, lo que hace que éstas vuelvan a infectarse con la consiguiente pérdida de las inversiones y de los esfuerzos llevados a cabo.
5. Reiterar a los Gobiernos que, en la preparación de los programas de desarrollo económico y social (colonización, irrigación, construcción de carreteras, etc.) se estudie con todo el detenimiento, la repercusión que en los mismos pueda tener el problema de la malaria.
6. Recomendar a los Gobiernos la conveniencia de estudiar la posibilidad de obtener aportes financieros de las empresas públicas o privadas, de carácter industrial, agrícola o ganadero situadas en áreas maláricas o potencialmente maláricas.

7. Recomendar al Director que haga lo posible para que se intensifique el programa de investigaciones que realizan algunos Gobiernos con la cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana, especialmente con miras a establecer métodos aún más económicos que permitan erradicar la malaria en áreas que plantean problemas."

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having examined the XII Report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau on the status of malaria eradication in the Americas (Document CD15/5);

Noting the progress that has been achieved as the result of the coordinated efforts of the Governments, UNICEF, the Agency for International Development (AID) of the United States of America, and PAHO/WHO;

Mindful, however, of the fact that progress has been slow in areas where the persistent transmission of the disease poses technical problems, owing to the lack of sufficient funds to finance the supplementary measures required for the total solution of the problem;

Considering that both internal and international migrations from infected areas to others that are free of endemic malaria represent a constant threat of reinfection of these areas, and that this has already occurred in some places;

Considering the wide geographic distribution of malarious or potentially malarious areas in the Hemisphere that can give rise to epidemic situations that may hamper the economic and social development programs undertaken there, or even bring them to a total halt;

Bearing in mind that agricultural and stockraising activities, as well as industrial undertakings, benefit immediately and directly from eradication programs conducted in the areas in which they operate; and

Aware of the research carried out by the Pan American Sanitary Bureau, in cooperation with certain Governments, and the need to maintain and expand these investigations so as to devise economical methods for speeding up malaria eradication in problem areas,

RESOLVES:

1. To take note of the XII Report on the status of malaria eradication in the Americas (Document CD15/5).
2. To express its satisfaction with the progress that has been achieved and to reiterate the hope that UNICEF and the Agency for International Development (AID) will continue to support the campaign until malaria is eradicated from the Hemisphere.
3. To express its concern over the shortage of sufficient funds to intensify the campaign in areas where the transmission of the disease persists because of technical problems.
4. To again draw the attention of the Governments to the fact that, in providing funds for malaria programs, regard must be had to the problem of human migration from infected areas (with or without technical problems) to areas that are free of the disease, since this can lead to reinfection and thus nullify the results of previous efforts and investments.
5. To recommend to the Governments that, in drawing up their economic and social development programs (land settlement, irrigation, road building, etc.), they give careful attention to the possible repercussions of malaria on such programs.
6. To recommend to the Governments the desirability of studying the possibility of obtaining financial contributions from public or private enterprises engaged in industrial, agricultural, or stockraising activities in malarious or potentially malarious areas.

7. To recommend to the Director that he do everything possible to intensify the research programs undertaken by certain Governments with the assistance of the Pan American Sanitary Bureau, in particular with a view to devising still more economical methods for the eradication of malaria in problem areas."

El Dr. BUSTAMANTE (México) propone que en el segundo párrafo de la parte expositiva del proyecto de resolución se cambie el orden de las Organizaciones que participan en los programas de erradicación de la malaria y que se haga figurar en primer término a la OPS/OMS, seguida por el UNICEF y, por último, la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América (AID). Añade que en el párrafo tercero se haga mención no sólo a los problemas técnicos, sino a los de otra índole que se plantean en la realización de los programas.

Dr. WATT (United States of America) supported the proposal of the Representative of Mexico. Moreover, he felt that the paragraph which cited technical problems did not quite reflect the sense of urgency that had been evidenced during the discussions; if the problems were not solved now they would become much more difficult later on. He therefore proposed that the draft resolution convey the sense of urgency felt by all members of the Council.

El PRESIDENTE sugiere que se consigne en la resolución el carácter urgente de los problemas tanto técnicos como de otra clase y que se altere el orden de los Organismos

que intervienen en la realización de los programas en la forma propuesta por el Representante de México.

Decisión: Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución con las modificaciones sugeridas en el curso del debate.

Decision: The draft resolution was unanimously approved with the changes proposed during the discussion.7

- TEMA 20-B: CALCULO DE LOS REQUERIMIENTOS DEL FONDO ESPECIAL DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA (Conclusión)
- ITEM 20-B: ESTIMATED REQUIREMENTS FOR THE SPECIAL MALARIA FUND OF THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (Conclusión)

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) da lectura al siguiente proyecto de resolución sobre este tema, presentado por el Representante de los Estados Unidos de América:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe del Director sobre la marcha del programa de erradicación de la malaria en las Américas;

Teniendo en cuenta la situación financiera del Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria, que hasta la fecha ha sido mantenida a base de aportaciones voluntarias;

Reconociendo que el programa de las Américas es un elemento decisivo en la campaña de erradicación mundial de la malaria, que quedó establecida como uno de los objetivos de la Organización Mundial de la Salud, en la Octava Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en México en 1955 (Resolución WHA8.30);

Teniendo en cuenta las Resoluciones (WHA14.38 y WHA14.15) de la 14a. Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1961, por las que se acordó incluir los gastos del programa de erradicación de la malaria en el presupuesto ordinario de la OMS; y

Considerando que es indispensable tener siempre presente el carácter de urgencia de los programas de erradicación de la malaria, así como contar con una organización adecuada con garantías de apoyo financiero,

RESUELVE:

1. Encomendar al Director que efectúe consultas con el Director General de la Organización Mundial de la Salud, a fin de arbitrar un método apropiado para asegurar el financiamiento del programa de erradicación de la malaria en las Américas,

2. Encomendar al Director que informe sobre este asunto al Comité Ejecutivo en su 52a. Reunión".

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having considered the report of the Director on the progress made in connection with the malaria eradication program in the Americas;

Having noted the financial position of the Special Malaria Fund, which heretofore has been financed on the basis of voluntary contributions;

Taking account of the fact that the malaria eradication program in the Americas is a crucial element in the world-wide malaria eradication program which was established as the objective of the World Health Organization at the Eighth World Health Assembly, held in Mexico in 1955 (Resolution WHA8.30);

Noting the resolutions of the Fourteenth World Health Assembly, 1961, which made provision for incorporating the costs of the malaria eradication program into the regular budget of the World Health Organization (Resolutions WHA14.38 and WHA14.15); and

Believing that it is important to keep constantly in mind the essential element of urgency in malaria eradication programs, and that adequate organization and assured financial support are indispensable,

RESOLVES:

1. To request the Director to consult, together with the Director-General of the World Health Organization, with regard to finding an appropriate method of assuring the financing of the malaria eradication program in the Americas.

2. To request the Director to report on this subject to the 52nd Meeting of the Executive Committee.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución presentado.

Decision: The draft resolution was unanimously approved.7

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) se refiere al anuncio hecho por el Representante de los Estados Unidos de América, en la octava sesión plenaria, de que su Gobierno estaría dispuesto a efectuar una nueva aportación voluntaria de \$ 1.800.000 indica que, con esta partida, el total de las aportaciones voluntarias de dicho Gobierno para el programa continental de la erradicación de la malaria va a llegar a la suma de \$ 15.800.000 y manifiesta que otros países del continente han hecho aportaciones voluntarias a la Organización Panamericana de la Salud; destaca en este sentido a Venezuela, a la República Dominicana, a Colombia y a Haití, resultando que, evidentemente, la contribución fundamental ha procedido del Gobierno de los Estados Unidos de América. Sin tal aportación -afirma el Director- la labor de la Oficina Sanitaria Panamericana no habría podido realizarse, cualquiera que sea el significado que ésta haya tenido y tenga hoy para la erradicación de la malaria en el continente.

Expresa en nombre de los técnicos de la Oficina, la profunda gratitud y la esperanza de que, de acuerdo con el contenido de esta resolución, se pueda llegar a una forma de financiamiento que asegure la continuidad de las actividades hasta su terminación total, porque la erradicación es un concepto absoluto.

El Dr. SUTTER (Subdirector, OSP) dá lectura al siguiente proyecto de resolución, presentado por el Representante de Jamaica:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre el "Cálculo de los requerimientos del Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria" (Documento CD15/6);

Teniendo en cuenta los esfuerzos que realizan los Gobiernos para erradicar la malaria de sus territorios, con miras a lograr los objetivos establecidos en el Título Primero de la Carta de Punta del Este y en la Resolución A.2 de dicha Carta;

Considerando que a pesar de los progresos alcanzados, existen áreas con problemas de persistencia de transmisión que requieren mayor asistencia técnica por parte de la OPS;

Teniendo en cuenta que el UNICEF continúa proporcionando asistencia e incluso ampliándola en aquellos casos en que es necesario adoptar medidas complementarias;

Teniendo en cuenta las inestimables aportaciones voluntarias al Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria efectuadas por algunos Gobiernos, especialmente el de los Estados Unidos de América por intermedio de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID);

Considerando que al contribuir regularmente al Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria los países o territorios que ya estén libres en su totalidad o en parte de la transmisión de la malaria, protegerán indirectamente sus propias áreas contra la reintroducción de la endemia.

RESUELVE:

1. Tomar nota de las cantidades que se consideran necesarias para atender a los requerimientos del Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria en 1965, según se indica en el Documento CD15/6.

2. Expresar su agradecimiento al UNICEF por la decisión de continuar e incluso aumentar su ayuda económica para la erradicación de la malaria en aquellos países que requieren asistencia especial para interrumpir la transmisión en las áreas donde se plantean problemas técnicos.

3. Encarecer a los Gobiernos de los países o territorios que ya estén total o parcialmente libres de la malaria, que efectúen regularmente una aportación al Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria.

4. Reiterar su agradecimiento a los Gobiernos que han contribuido al Fondo Especial de la OPS para la Erradicación de la Malaria y en especial al Gobierno de los Estados Unidos de América por sus constantes aportaciones a dicho Fondo, a fin de que la Oficina Sanitaria Panamericana pudiera proporcionar la asistencia técnica solicitada por los Gobiernos del Hemisferio.

5. Reiterar a los Gobiernos de las Américas la necesidad de que consideren la erradicación de la malaria como un elemento primordial del desarrollo económico de las zonas rurales y que se esfuercen por impulsar la campaña de erradicación de la enfermedad hasta lograr el objetivo establecido."

THE DIRECTING COUNCIL,

Having examined the report of the Director on the estimated requirements for the Special Malaria Fund of PAHO (Document CD15/6);

Bearing in mind the efforts of the Governments to eradicate malaria in their territories in order to attain the objectives established in Title One of the Charter of Punta del Este and in Resolution A.2 appended to the Charter;

Considering that, despite the progress achieved, there are still problem areas in which the transmission of malaria persists and which require greater technical assistance from PAHO;

Bearing in mind that UNICEF continues to provide assistance and is even increasing it whenever supplementary measures are necessary;

Bearing in mind the extremely valuable voluntary contributions to the PAHO Special Malaria Fund of certain Governments, in particular the Government of the United States of America, through the Agency for International Development (AID);

Considering that, in making regular contributions to the PAHO Special Malaria Fund, the countries and territories which are already completely or partially free of malaria transmission will indirectly protect their own areas against the reintroduction of this endemic disease,

RESOLVES:

1. To take note of the amounts needed to meet the requirements of the Special Malaria Fund of PAHO in 1965, as indicate in Document CD15/6.

2. To express appreciation to UNICEF for its decision to continue and even to increase its financial aid for the eradication of malaria in those countries which are in need of special assistance in order to interrupt transmission in areas in which there are technical problems.

3. To urge the Governments of the countries or territories which are already wholly or partially free of malaria to contribute regularly to the PAHO Special Malaria Fund.

4. To again thank the Governments that have contributed to the Special Malaria Fund, especially that of the United States of America, for their continued contributions to the Fund, which have enabled the Pan American Sanitary Bureau to provide the technical assistance requested by the Governments of the Hemisphere.

5. To again emphasize to the Governments of the Americas that malaria eradication should be considered an essential factor in economic development in rural areas, and that they should make every effort to promote the malaria campaign until eradication has been achieved.

Dr. FRAZER (United Kingdom) stated that his Government would continue in principle to oppose the financing

by means of voluntary contributions of any program which could conceivably be financed from the regular budget. In his opinion, reliance on voluntary contributions made it most difficult to assign priorities for many of the programs. The support of regular funds was deemed indispensable, and his Government would therefore not be making any voluntary contributions.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución sobre el cálculo de los requerimientos para el Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria.

Decision: The draft resolution on the estimated requirements for the Special Malaria Fund was approved.7

Se suspende la sesión a las 10:40 a.m.

y se reanuda a las 10:55 a.m.

The session was recessed at 10:40 a.m.

and resumed at 10:55 a.m.

TEMA 31: ESTADO DE LOS PLANES NACIONALES DE SALUD
ITEM 31: STATUS OF NATIONAL HEALTH PLANNING

Dr. McKENZIE-POLLOCK (Chief, Office of National Health Planning, PASB) presented Document CD15/4 on the item. He stated that the national health planning methods that were being developed by the Latin American countries when vigorously pursued, were offering a new outlook to the theory and practice of public health. The introspection and stock-taking of current services involved in the planning process had already resulted in substantial reorganization of services in many of the countries, even before plans were fully developed or implemented.

The planning process was also resulting in the modification of traditional imported technical norms, and was bringing them into line with the cultural and economic environment they were intended to serve. With population increases threatening to outstrip the gains from economic development, it was necessary to streamline the methods of dispensing personal and environmental health services so as to achieve maximum results from available resources. The "simplified medicine" approach, on which experiments were being carried out in Venezuela, was of particular interest in that regard.

There were many direct, positive benefits accruing from the planning process. However, some disquieting facts were also being brought to light through the analysis of

national health in its economic context. In some countries, so many additional people living at the periphery were demanding health services that over the next 10 years it was going to be difficult to find the resources needed to extend even the present inadequate standards of service to meet demands.

The different countries of Latin America were developing at different rates, and some could afford greater increases in government spending than others. In the case of countries whose real national product per capita had increased at the rate of 1% per annum or less, the economists had voiced serious doubt that major expansion of health activities could be financed by the Governments. That further emphasized the need to achieve more output from existing facilities and staff through planning followed by better organization and administration.

The economists admitted that their science was as yet not well developed in the analysis and projection of the benefits of investment in the social sector, of which health was a part. Health technicians, therefore, while working in close association with their economic planning colleagues, should not bow blindly to economic despondency, so prevalent at the current time. They should have the conviction, substantiated by the historical past, that economic and social progress, which included balanced health development

should go hand-in-hand. The neglect of one was a drag on the other.

The emphasis on planning was now shifting from problems of diagnosis and plan formulation to problems of implementation and execution. That, in turn, meant greater emphasis on the logistic and financial aspects.

In the document presented to the Council, an attempt was made (Table 1) to give an interpretation of the status of national health planning, as of mid-1964, in 16 of the countries that had sought the assistance of the Organization in the planning process. Activities were developing so fast, however, that that table might already be out of date.

In Table 2 an attempt was made to correlate relative central government expenditures on health with absolute expenditures. That analysis had been based on published figures, which were far from complete. Studies were being pursued in conjunction with national administrations in an endeavor to delineate the part of the gross national expenditure devoted to health. That included expenditure in the private sector and the medical aspects of social security, as well as governmental expenditures. It was hoped that more comparative information could be presented to the Council at its next meeting.

Finally, Table 3 gave a breakdown of the utilization of health planners who had been trained with PAHO assistance.

By the end of 1964, more than 100 trained health planners would be putting their new-found skills to use.

El Dr. VILLAMAR (Ecuador) señala que en vista de que en el Documento CD15/4 (Cuadro 1) no consta el plan revisado de su país, desea dar a conocer un resumen del plan nacional de salud que se encuentra ya incluido dentro del marco del plan general de desarrollo del Ecuador.

Este plan, señala el orador, está técnicamente concebido y armoniza con la tasa de crecimiento económico y crecimiento demográfico del país. A pesar de que este último podría resultar explosivo y peligroso, se trata de aprovechar al máximo los recursos disponibles, concordando así con las manifestaciones del Dr. McKenzie-Pollock, y se procura hacer evaluaciones constantes del programa para reajustarlo a la realidad nacional.

Respecto al plan de salud, señala que comprende tres capítulos: situación actual, objetivos y metas y el programa en sí.

En el primer capítulo, dentro del campo de la salud, las condiciones actuales del país pueden calificarse de deficientes y se traducen en elevadas tasas de morbilidad y mortalidad, sobre todo, infantil, que disminuyen el potencial humano con que cuenta el Ecuador. Cita entre las principales causas de las condiciones existentes: a) las actividades

mínimas que se realizan en materia de medicina preventiva, pues si se considera la mortalidad infantil, el 40% de ésta se debe a enfermedades infecto-contagiosas. No se han emprendido campañas efectivas contra las principales enfermedades comprendidas dentro de esta categoría, como son: la tosferina, la difteria, el tétanos, las diarreas infecciosas y el sarampión que constituyen las principales causas de mortalidad infantil. Tampoco se ha podido erradicar del país todavía la peste bubónica, que se reconoce como problema nacional. Además, faltan servicios sanitarios adecuados para el 50% de los cantones, cuando menos, y para toda el área rural, donde también hay escasez de personal, equipo y fondos para la mayoría de los servicios existentes.

Los servicios curativos -manifiesta el Dr. Villamarson también escasos, apenas existen unas 10.400 camas de uso público, o sea 2,25 por 1.000 habitantes, cifra que incluye camas de hospitales generales y especializados. Su distribución es insatisfactoria, ya que se concentran en Quito y Guayaquil mientras que en el resto del país existen menos de 1,5 camas por 1.000 habitantes. La situación en cuanto a los dispensarios es similar, pues se carecen de personal y de los medios necesarios para atender debidamente a los 232 que existen en el país. En cuanto al personal preparado, es también exiguo, pues hay aproximadamente 1.670 médicos, 1.000 de los cuales ejercen en Quito y Guayaquil, y la situación en cuanto a enfermeras graduadas

en servicio activo es también muy insuficiente. Los recursos económicos invertidos en actividades de salud, tanto por el Gobierno central como por los municipios y entidades privadas sin fines lucrativos, ascendieron en 1962 a 319.600.000 sucres.

Entre los objetivos de mayor importancia cita la integración de los servicios médicos en el Servicio Nacional de Salud; la expansión de las actividades de salud a todo el territorio del país con prioridad para los servicios básicos curativos y preventivos a nivel cantonal; el mejor aprovechamiento de los adelantos de la medicina moderna; la mayor y mejor utilización de la cooperación internacional; la unificación mediante un convenio de los servicios médicos del Seguro Social con los del Servicio Nacional de Salud, y, finalmente, la necesidad imprescindible de que todas las actividades de salud sean planificadas, programadas y ejecutadas en consonancia con los índices que gobiernan el desarrollo general del país.

Las metas del plan nacional de salud del Ecuador son las siguientes: reducir la mortalidad y morbilidad, especialmente en la infancia, que son excesivas en el país; extender la cobertura de la atención médico-sanitaria a todo el territorio; a facilitar servicios de salud a todos los habitantes; mejorar y sanear las áreas urbanas, así como fomentar la organización y desarrollo de las comunidades; establecer programas especiales de salud que contribuyan al desarrollo económico en sus aspectos agrícolas e industriales.

Se persigue, en síntesis, hacer al país autosuficiente en materia de salud.

Refiriéndose al programa en sí, el Dr. Villamar señala que la primera etapa que comprende los años 1964-1965, se dedicará a la integración de los servicios mediante las reformas pertinentes de carácter jurídico encaminadas a crear el Servicio Nacional de Salud. La segunda etapa abarca el trienio de 1966-1968 y de acuerdo con el lineamiento del plan, se denomina "Racionalización de servicios y acciones de salud", y en él deben iniciarse en su plenitud las actividades sanitarias integradas. Ello implica la creación, dentro del Servicio Nacional de Salud, de un nivel central normativo y la descentralización administrativa zonal. El país sanitariamente se divide en tres zonas: Central, Litoral y Austral.

El plan prevé también la creación de los centros médicos que llevarán a cabo funciones tanto en el campo preventivo como en el curativo, a fin de ofrecer atención de medicina integrada. Los centros en cuestión son de seis tipos, concebidos de acuerdo con el volumen de población e importancia de las zonas que van a atender. Contarán con camas de hospitalización y servicios especializados y algunos de ellos se establecerán en las principales capitales de provincia. Se prevé asimismo la creación de cinco hospitales especializados que se instalarán en Quito,

Guayaquil y Cuenca, algunos de los cuales serán hospitales docentes. Para atender a la población rural existen los puestos de salud y las brigadas móviles que operan en las parroquias de fácil acceso. Según cálculos efectuados, el importe de las inversiones necesarias para el programa asciende a 780 millones de sucres, que es preciso financiar con préstamos o ayuda internacional, y el presupuesto de operaciones se eleva a la suma de 3.179 millones de sucres que se autofinancia sobre la base de las asignaciones para los gastos actuales en materia de salud, merced al proceso de integración.

El PRESIDENTE desea también hacer algunas observaciones sobre el tema que se está examinando. Ante todo, dice, le llama la atención el que se haya hablado de "medicina simplificada", cuando en realidad la medicina no puede ser tal, por ser cosa extremadamente difícil y compleja. Tal vez, sugiere, se pueda hablar en cambio de medicina básica.

En cuanto a la planificación de salud en cada uno de los países del Hemisferio -prosigue diciendo el Dr. Alvarez Amézquita- al llevarla a cabo hay que tomar en consideración el seguro social, los servicios médicos de las fuerzas armadas y todas las demás entidades que presten cualquier tipo de cuidado de salud; y, por otra parte, tiene que existir una oficina normativa a nivel central, que conciba la salud pública como un todo. Para esto es

necesario dar autoridad a un organismo que pueda hacer valer sus puntos de vista a fin de no desperdiciar los recursos disponibles. Es preciso también que ninguna de esas instituciones de salud sea autónoma.

En el caso de México -agrega- por suerte la Secretaría de Salubridad y Asistencia tiene carácter constitucional. Don José María Rodríguez, constituyente de 1917, estableció lo que entonces alguien llamó la "dictadura sanitaria". A ello respondió el Dr. Rodríguez que esa dictadura era la única que aceptaban los pueblos cultos. Claro está que ahora no se trata de instituir una dictadura, sino de formular un plan adecuado y ordenado, en el que se tomen en cuenta todos los factores señalados para una distribución más equitativa de los recursos en materia de salud.

Por otra parte, concluye diciendo el Dr. Alvarez Amézquita, debe tomarse en consideración el hecho de que los planes de salud pública están íntimamente relacionados con el proceso general del desarrollo. Este proceso debe comprender, en forma ordenada, todo lo relacionado con la salud. Es evidente que, en América, es imposible formular un plan de salud sin tomar en consideración su relación con el proceso más amplio de desarrollo integral del país de que se trate.

El Dr. MARTINEZ RODRIGUEZ (Cuba) manifiesta que su país está desarrollando un plan de salud que cubre el cuadrenio 1962-1965, como se aprecia en el Cuadro I del documento que se está examinando. Este plan comprende 15 metas básicas, y se lleva a cabo según conceptos de centralización normativa y descentralización administrativa.

En cuanto al Cuadro 2, observa que no aparece Cuba, quizá debido a la fuente de los datos utilizados, por lo cual expresa el deseo de que la Oficina incluya ese país entre aquellos del segundo grupo de países, es decir, entre los que invierten en salud más del 5% y menos del 10% de su presupuesto nacional.

Por último, hace notar que no se consigna en el Cuadro 3 la existencia en Cuba de ningún personal especialmente adiestrado en planificación. Dice que, sin embargo, tal es el caso del Dr. Dionisio Cruz Alvarez, quien ocupa un cargo con el rango de subsecretaría y que se adiestró en el primer curso de Chile, por lo cual pide que el error sea subsanado en las dos columnas pertinentes del mencionado cuadro.

El Dr. MOTEZUMA (Venezuela) manifiesta que desearía que el Dr. McKenzie-Pollock proporcionara alguna información sobre la influencia que la planificación de salud ha traído consigo en la administración de salud de aquellos países que la han puesto en práctica.

Dice además que una de las bases fundamentales para establecer un plan de salud integral es lograr inicialmente una buena coordinación de los servicios. En el caso de Venezuela, en donde -dice- se ha iniciado un trabajo de planificación en salud, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social puede establecer convenios con todos los organismos que se ocupan de la salud en el país. De esa forma, agrega, en el momento de elaborar el plan de salud se contará con información sobre todos los recursos con que se cuenta.

El PRESIDENTE indica que, al final de la discusión, el Dr. McKenzie-Follock contestará a la consulta formulada por el Representante de Venezuela.

El Dr. CANALES (Nicaragua) señala que también el Gobierno de su país está esforzándose por llevar a efecto su plan nacional de salud pública. Añade que se han realizado actividades en este campo con dos objetivos principales: satisfacer las necesidades efectivas de salud en forma compatible con los planes de desarrollo integral que está realizando el Gobierno, y formular un plan práctico, que asegure sobre todo la factibilidad de su aplicación.

Cronologicamente, -añade el Dr. Canales- el trabajo comenzó con la llegada al país de un técnico en planificación solicitado a la Oficina; luego se creó un comité de coordinación integrado por cinco altos funcionarios del

Ministerio de Salubridad (uno de ellos con adiestramiento especial en planificación), tres altos funcionarios de la Dirección de Asistencia Médica de la Junta Nacional de Asistencia y Previsión Social; un representante del Seguro Social y el asesor internacional. En la actualidad, prosigue diciendo el Dr. Canales, se está trabajando en la formulación del plan de proyectos de inversiones; del plan de actividades, estructuración y reajustes; y de la política sanitaria nacional, todo lo cual dará por resultado el Plan Nacional de Salud del Gobierno de Nicaragua. En ello, agrega, está también colaborando otro asesor proporcionado por la Oficina Sanitaria Panamericana.

El Dr. QUIROS (Perú) manifiesta que el tema de la planificación le parece muy interesante y que, a su juicio, merece ser comentado. En salud pública -dice- ocurre a veces que se pone de moda determinada actividad; se ha acogido el programa de planificación con mucho entusiasmo. En el Perú se cuenta con una oficina sectorial de Planificación en el Ministerio de Salud Pública del Perú que cuenta con nueve planificadores adiestrados.

Nuestro sistema de planificación -añade el Dr. Quirós- es teóricamente perfecto; en él todo ha sido previsto. En el Ministerio de Salud Pública funciona la oficina sectorial mencionada, y en cada uno de los subsectores del sector público independiente se ha organizado

una oficina de programación. También se han organizado cursos para planificadores de salud.

Dice luego el Dr. Quirós que un asunto muy importante es conocer qué criterio ha seguido la Oficina para decir que se ha formulado un plan nacional de salud en un país. Para hacerlo hay que contar con buenas estadísticas; sin embargo, probablemente ningún país latinoamericano dispone de tales estadísticas en forma adecuada. Entiende el Dr. Quirós que los planificadores no han estudiado lo que ellos llaman las áreas programáticas experimentales, pues eso llevaría mucho tiempo, y que en cambio están tratando de simplificar las cosas estableciendo zonas piloto más pequeñas.

El Dr. Quirós añade que quisiera saber cómo clasifica la Oficina un plan que ya ha sido completado, siguiendo toda la hermenéutica que impone la teoría de la planificación. Sin estadísticas adecuadas, insiste, tal cosa no es posible. Formular un plan nacional de salud puede considerarse una tarea muy fácil o muy difícil; fácil si se la plantea meramente en forma teórica, pero muy difícil si se quiere seguir toda la técnica impuesta por la teoría de la planificación. En cuanto a los países que figuran en el documento, dice, desea saber si la planificación realizada debe considerarse en forma completa o meramente teórica.

El Dr. PINEDA (El Salvador) señala que todos los seres humanos, consciente o inconscientemente, para bien o para mal, planifican sus vidas. Ello es mandatorio para los que tienen que hacerlo, ya que la falta de recursos obliga a decisiones y sacrificios. Los que trabajan en actividades de salud -dice el orador- siempre viven conscientes de que por falta de recursos no puede realizarse determinado programa. En los países latinoamericanos las prioridades nunca han sido fijadas teniendo en cuenta las necesidades sino más bien por decisiones políticas. Los técnicos en salud se quejan también de que los Ministerios de Hacienda no proporcionan los fondos necesarios para el desarrollo de programas. No se ha logrado que dichos Ministerios entiendan la terminología de salud pero, justo es reconocerlo, se puede decir lo mismo a la inversa. Había necesidad de hablar un mismo idioma y la fórmula para lograrlo la ha dado la Oficina Sanitaria Panamericana y la OMS, al estudiar los métodos de los economistas. Mejor aún, hoy día se les puede dar cifras bastante correctas sobre los programas, obligarlos a tomar decisiones y responsabilizarlos de sus actividades. El año pasado, por ejemplo, al elaborar el presupuesto se presentaron tres proyectos distintos y se les pudo mostrar el número de muertes que podrían evitarse si se disponía de determinada cantidad de fondos.

En 1963, después de la Reunión de Ministros en Washington, D. C., se obtuvo la anuencia de la Organización

para colaborar en la elaboración de un plan nacional de salud, y a partir de julio de ese mismo año, la OPS designó un funcionario de alta calidad, para ayudar en el desarrollo de dicho plan. Primero se reunió un total aproximado de 100 personas dedicadas a diferentes disciplinas relacionadas con la salud para facilitarles adiestramiento sobre planificación, haciéndoles ver lo que se necesitaba y lo que se deseaba hacer. Terminado el curso, se reunieron 60 personas de los diversos sectores de la salud pública, tales como ingenieros sanitarios, médicos, odontólogos, enfermeras, etc., para formular y ejecutar el plan nacional.

Se sabe que una enorme falla en los países latino-americanos -continúa diciendo el Dr. Pineda- es la falta de información verídica de lo que sucede en el país. En el caso de El Salvador se enfrentaba el dilema de esperar a que pudiera recopilarse información correcta, trabajo que requeriría de seis a ocho años, o bien sacar el plan avante con la información disponible, y corregir ésta poco a poco a medida que las circunstancias lo permitiesen. Esta fué la pauta adoptada.

Se envió al grupo de trabajadores que ya habían recibido adiestramiento a recoger durante un período de 10 días la información correspondiente al período de 1960-1962 y pudo constatarse que el 80% de ella existía en las bodegas de hospitales o en las gavetas de los escritorios. Los datos

se reunieron, revisaron y sometieron a exámen, tabulación, etc. De allí emergió el plan nacional de salud. Se adoptó una decisión y se hizo. Es verdad que había una ventaja en este caso pues El Salvador es un país pequeño, posee buenas vías de comunicación y, además, hay cuatro regiones sanitarias en el país, más o menos similares en extensión y características de población.

No menos importante, hace años se inició la integración de los servicios nacionales de salud, haciendo medicina preventiva y curativa. Con ello y con el personal adiestrado se hizo un diagnóstico de la situación del país en cuanto a salud, habiéndose constatado que ésta difería en las diversas regiones. En unas la mortalidad y morbilidad eran mayores por gastroenteritis; en otras, las tasas mayores se debían a trastornos respiratorios, o de orden nutricional, etc., y en una tercera se encontró, con sorpresa, que la causa eran las violencias resultantes de diversidad de aspectos legales que influían en la situación de la salud, por ejemplo, tierras aún sin deslindar, etc.

Se estableció un pronóstico basado, no en la comparación de El Salvador con ningún otro país de América, puesto que la situación es diferente, ni con países que han logrado alto desarrollo. Se llegó así a comprender que en ciertas regiones del país el deterioro de la salud era inminente

sobre todo a causa de la tuberculosis, y escasez y malas condiciones de las viviendas.

Se encontró que de las regiones del país, la oriental y la central eran aquellas donde el deterioro en salud era más manifiesto. En una de ellas, la occidental, se pudo establecer que la situación permitía esperar un año antes de adoptar medidas eficaces, mientras que en la central las condiciones daban lugar a una espera más larga para beneficios posteriores.

El presupuesto se elaboró de acuerdo con ese pronóstico y todos los recursos humanos para 1963 se trasladaron a la región occidental y a la región central. Comenzó una época intensa de adiestramiento, porque esas 80 personas que formularon el plan se convirtieron en informadores y adiestradores hasta donde sus conocimientos lo permitían. Así, enfermeras adiestraron a enfermeras, inspectores sanitarios a inspectores sanitarios, etc., sobre prioridades y metas del plan nacional de salud, y sobre el desarrollo del plan que se puso en práctica en enero de 1963. Hoy día ya se está ejecutando dicho plan.

Recapacitando sobre los beneficios obtenidos, éstos podrían enumerarse como sigue: 1) se ha logrado la integración, a nivel nacional, de todos los servicios de salud. Los servicios de asistencia social quedaron excluidos ya que aún cuando sus actividades se relacionan con la salud, no están directamente influenciadas por ella. La Dirección General de Sanidad y la Dirección General de Hospitales se aunaron y convirtieron en la Dirección General de Salud que es la ejecutora del plan nacional de salud.

A nivel ministerial existe la llamada Unidad de Planificación que integran miembros del Consejo Nacional de Planificación Económica, de Salud Asistencial, de ANDA que es el organismo que se encarga del suministro de aguas, del Seguro Social, el Director de Sanidad Militar, un miembro de la Facultad de Medicina, otro de la Facultad de Odontología, un funcionario del Colegio Médico y otro del Departamento de Planificación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Se coordinan así las actividades de todas las instituciones privadas que tienen relación con la salud.

El Departamento de Planificación de ese Ministerio tiene por misión evaluar la constitución y ejecución del plan,

normalizando así sus actividades. Fue, pues, reestructurado el Ministerio en 1963 y, consciente de las necesidades, se aceptó el hecho de que era importante cubrir todos los campos que abarca la función médica enfrentándose asimismo la necesidad de establecer prioridades. La reestructuración del Ministerio posiblemente se revise de nuevo en 1965.

El Dr. Pineda se refiere seguidamente a los beneficios inmediatos que el plan nacional de salud ha traído a El Salvador: 1) Se ha logrado la creación de la Dirección General de Salud que hoy se encarga de todos los hospitales y de la realización de los programas que se les designa. 2) Se comprendió que había desperdicio de recursos humanos y de fondos. Los hospitales no aplicaban medicina preventiva alguna, mientras que hoy ya se practica ésta en forma muy provechosa. Basta citar, a manera de ejemplo, la labor de vacunación con BCG que ha emprendido el Hospital de Maternidad en un 95% de los recién nacidos, así como la vacuna contra el tétano que se administra a madres prenatales. Esto mismo sucede en todos los servicios de maternidad de hospitales en el país. 3) Antes, cada hospital tenía una ficha de

consulta distinta con datos que no se podían comparar.

Ahora hay una sola hoja de consulta, una sola ficha clínica para todo el país. 4) Se recibe constantemente un caudal de información que los responsables rinden durante los primeros diez días del mes. Como resultado de que los hospitales hoy informan sobre lo que antes no decían, ha surgido cierta competencia en el suministro de datos, ello ha dado lugar a que el trabajo incremente muchísimo. Hoy día se modifican más de 100.000 consultas mensuales; se ha tenido que establecer centros de salud y adiestrar personal que no tenía la preparación necesaria para evaluar esos datos, así como contratar servicios del sistema IBM etc. Es verdad que se ha contado con la ayuda de la Dirección General de Estadística y Censos, y con la colaboración de técnicos; y la evaluación final de los datos se hace, por supuesto, en la Dirección General de Estadística. 5) Todos los médicos hablan del plan nacional de salud, sea para bien o para mal, es decir, que ya hay conciencia del mismo. Este ha sido revisado en sus primeros cuatro meses de este año, labor en la que se contó con la valiosa colaboración del asesor de la OPS, Desea hacer constar, así mismo, su agradecimiento al Gobierno de México que en dos diversas ocasiones ha tenido a bien proporcionarles los servicios de un gran técnico en planificación el Dr. Ramón Alvarez. 6) Hay metas fijadas ya para

cada uno de los servicios ya para el personal. Se han superado metas de vacunación contra todas las enfermedades prevenibles; se han establecido prioridades; se revisa constantemente el plan y se tiene un presupuesto programa en todo el país que la Dirección General de Salud revisa y del cual deben dar cuenta los interesados cada tres meses. Existe, pues, una doble revisión: Técnico-científica, por un lado, y presupuestaria, por el otro. 7) Ante el Gobierno Central se ha logrado un plan de inversiones: se está remodelando todo lo que no servía, incluso las salas de hospitales, sistemas de higienización, etc., con recursos propios. El Hospital Rosales, por ejemplo, será remodelado; se construirán tres nuevos hospitales con parte de los fondos del Gobierno; y 50 unidades de puestos de salud. Además, para 1966 se espera haber proporcionado al país todos los servicios de salud necesarios.

Por el momento, señala el Dr. Pineda, se necesitan 500 nuevas enfermeras y se ha buscado el modo de prepararlas en menor tiempo y a un costo más bajo; instituyendo el sistema de aceptar alumnas externas en las escuelas de enfermería. A partir de 1964 se ha aumentado el cupo en ambas escuelas, la que funciona en San Salvador, y la de Santa Ana. Lo mismo se ha hecho en el caso de las auxiliares de enfermería y se está elaborando un programa de estudios acorde con las necesidades, en contenido y en tiempo. Con la creación

del ANDA, organismo que tiene responsabilidades en materia de abastecimiento de agua, se están duplicando los servicios de ingenieros sanitarios y con la colaboración de la Oficina se les están enviando al exterior a estudiar ingeniería en salud pública. En la educación médica está ocurriendo una transformación similar ya que de 6 a 7 médicos que antes se graduaban cada año, hoy el número es de 30 a 33, sin contar con los que llegan del exterior. En este último sentido, considera conveniente el Dr. Pineda señalar que el Decano de la Facultad de Medicina de El Salvador ha enviado a todo el cuerpo de profesores de ese centro docente un documento en el que se hace ver que la Facultad no está cumpliendo todas sus funciones y obligaciones con respecto a la salud, desde el punto de vista nacional, al cual da lectura seguidamente.

Manifiesta finalmente el Dr. Pineda que aunque todavía no puede hablar acerca de la evaluación del plan nacional de salud, ya que esto se hará a fin de año, sí puede señalar desde ya, las ventajas que ha proporcionado a su país donde no se dispone de recursos y por ello deben buscarse prioridades. Termina manifestando que aún es muy temprano para hacer una evaluación, pero las ventajas son ya evidentes.

El PRESIDENTE manifiesta que, a su juicio, los convenios que los Ministerios de Salud formulen con todos los demás organismos deben ser con carácter de autoridad; no se les debe rogar su colaboración, sino que debe indicárseles que es preciso que coordinen su acción con la de las autoridades de salud.

Por otra parte, prosigue diciendo, es evidente que nuestros recursos siempre serán limitados; pero no hay que quejarse mucho por tal situación, sino hacer todo lo posible dentro del marco de las posibilidades reales. Sugiere, como consejo amistoso a sus colegas, que la necesaria labor de convencimiento debe realizarse no sólo con respecto a los Ministros de Hacienda, sino preferentemente al nivel del Presidente de la Nación.

Finalmente, señala que con frecuencia se habla en estas reuniones de otorgar o recibir ayuda; "en realidad, -dice- nosotros pertenecemos a organizaciones internacionales a las cuales pagamos nuestras cuotas, razón por la cual es mucho más correcto hablar de cooperación".

El Dr. HORWITZ (Director, OPS) dice que desea agradecer al Dr. Pineda sus repetidas referencias a la labor de la Oficina. En realidad, añade, es la Oficina la que debe expresar su gratitud al Gobierno de El Salvador, por la decisión de poner el país en las condiciones de un campo

experimental para una metodología que es nueva, si no en esencia, al menos en la forma de su realización. Como el proceso de la planificación tiene hondas repercusiones políticas, agrega, es preciso consignar aquí el agradecimiento por tal oportunidad.

Se levanta la sesión a las 12:15 p.m.
The session rose at 12:15 p.m.



directing council

PAN AMERICAN
HEALTH
ORGANIZATION

XV Meeting

regional committee

WORLD
HEALTH
ORGANIZATION

XVI Meeting



Mexico, D.F.

Saturday, 5 September 1964, at 9:15 a.m.

CD15/42 (Eng.)
CORRIGENDUM
5 October 1964
ORIGINAL: ENGLISH-SPANISH

PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE NINTH PLENARY SESSION

Page 23, first paragraph, line 8:

Change the figure \$15,800,000 to \$17,800,000.

Page 37, third paragraph, line 5:

Should read as follows: "... un cargo con el rango de Director en la Secretaría de Economía y Planificación y que se adiestró ...".



consejo directivo

ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XV Reunión

México, D. F.

Lunes, 7 de septiembre de 1964, a las 9:15 a.m.

Monday, 7 September 1964, at 9:15 a.m.

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XVI Reunión



CD15/44

9 septiembre 1964

ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA DECIMA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE TENTH PLENARY SESSION

Presidente: Dr. Bienvenido Delgado República Dominicana
President:

Indice
Contents

Tema 31: Estado de los planes nacionales de salud
(continuación)

Item 31: Status of National Health Planning (continuation)

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar a la Oficina Sanitaria Panamericana (Atención: Jefe de la Sección de Conferencias y Traducciones) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto, antes del 10. de noviembre de 1964. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify to the Pan American Sanitary Bureau (Attention: Chief of Conference and Translations Section) before November 1st 1964, of any changes they wish to have made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the Meeting.

Indice (Cont.)
Contents (Cont.)

- Tema 35: Estudio de las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como otros organismos gubernamentales de salud
- Item 35: Study of the Relationships between Social Security Medical Programs and those of Ministries of Health or Other Official Health Agencies

TEMA 31: ESTADO DE LOS PLANES NACIONALES DE SALUD (continuación)
ITEM 31: STATUS OF NATIONAL HEALTH PLANNING (continuation)

El Dr. QUIROS (Perú) pide que se ponga mayor cuidado en la elaboración de las actas de la reunión; las mismas, afirma, están demasiado resumidas, y además los conceptos expresados por los Representantes no son transcritos con fidelidad. También desea felicitar al Gobierno del Brasil, con motivo de celebrarse en la fecha la fiesta nacional de ese país.

El Dr. FERREIRA (Brasil) agradece el gesto de cortesía y fraternidad del Representante del Perú por la fecha patria de su país, y anuncia que el Ministro de Salud de su país ha llegado a México y pronto se incorporará a las deliberaciones de la reunión.

El PRESIDENTE saluda al Ministro de Asistencia Social y Salud Pública de la Argentina, Dr. Arturo Oñativia, quien se ha incorporado recientemente a la reunión.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) se refiere, como acotación a las palabras del Representante del Perú, a las actas de la reunión. Las mismas, afirma, se distribuyen precisamente para que los Representantes hagan todas las correcciones que consideren necesarias, ya que las actas que se hacen circular son de naturaleza provisional. En reuniones de este tipo, prosigue, no se hacen transcripciones verbales, por

razones obvias de economía, aunque ciertamente se conservan las grabaciones de las intervenciones producidas para fines ulteriores de confrontación si la misma fuera necesaria. Termina sugiriendo que, si el Representante del Perú no está de acuerdo con el contenido de las actas, la Secretaría de la reunión está a su disposición para introducir, en sus intervenciones, las modificaciones que estime pertinentes.

Mr. SIEGEL (Assistant Director-General, WHO) stated that the World Health Organization had for some years been endeavoring to encourage the developing countries to draw up a national health plan within a coordinated plan of economic and social development.

National health planning involved a country's evaluating its needs, correlating them with their resources and envisioning the organization, administration, and utilization of its full capabilities. In so doing, the country also had to take into account the external assistance that could be envisioned to supplement the available basic and enduring internal resources, financial as well as human. A feasible plan would attract resources.

In the Americas that work had been proceeding at a much more rapid pace than in other Regions of WHO. Mr. Siegel wished to compliment the Governments, the responsible persons in the health departments who had made

it possible to give that recognition to the importance of the potentialities of health improvement as the result of practical planning. That would serve well as an example, an illustration of how best to identify the next steps to be taken in the orderly development of health services in countries that had not yet been able to reach the stage of having a national health plan built on practical concepts.

He stated that the subject for the Technical Discussions at the next World Health Assembly in Geneva, in May 1965, was "Health Planning" and it was to be anticipated that the participants from the Americas would be able to make valuable contributions to those discussions.

El Dr. ORTEGA (República Dominicana) se refiere seguidamente al Cuadro 1 del Documento CD15/4, e indica que en la segunda columna figura el plan nacional de salud de la República Dominicana. Señala que ese primer plan nacional de salud, fue preparado en 1962 y su ejecución se llevará a cabo en 1962-1972; se trata de un documento presentado durante la Reunión de Ministros de Salud, Grupo de Estudio, que tuvo lugar en Washington, D. C., en abril de 1963.

El plan en su forma original, era en realidad muy ambicioso, por lo que tuvo que ser revisado con el fin de ajustarlo a las circunstancias actuales. Era imposible,

en primer lugar, cumplir con los objetivos señalados, ya que se carecía de personal capacitado. Por otro lado, los acontecimientos políticos que sacudieron al país debían también tenerse en cuenta. No obstante, el plan ha servido de orientación en los planes futuros de salud. Dadas las circunstancias, se han establecido prioridades inmediatas con atención especial al binomio madre-hijo, y se ha incrementado asimismo, el presupuesto señalado para este propósito.

Este año se integraron tres centros de Salud-Maternidades, pequeños, en lugares distantes donde antes no existía este tipo de unidades, cada una de las cuales está provista de 15 camas y se tiene en proyecto el establecimiento de otras seis para el resto del país. En este respecto señala que la comunidad ha participado en esta obra con interés y actividad, lo que ha dado a la misma mayor valor.

Se ha realizado vacunación en masa de toda la población de niños de seis meses a seis años de edad por ser éste el grupo más afectado por la poliomielitis, y el año actual se consolidará esta campaña mediante la revacunación. La viruela es otro problema que inspira gran preocupación, pues a pesar de que hace 43 años que se registró el último caso en el país, se estima que el índice de protección para

esta enfermedad es sumamente bajo; para elevarlo este año se iniciará una campaña de revacunación.

El abastecimiento de agua potable ha sido otro asunto que preocupa al Gobierno y por ello se creó la Sección de Acueductos Rurales; se le ha dado la mayor flexibilidad y autonomía para la ejecución de los programas y se encuentra ya cubierto su presupuesto para este año. Dicha dependencia tiene ya varios planes en ejecución.

Se comenzaron algunos trabajos en la provincia de Barahona, donde se ha hecho un plan piloto con integración de todos los servicios, el cual se proyecta extender al resto del país tomando al hospital como base de las actividades.

Se inició una campaña de control de alimentos, siendo evidente que la República Dominicana tiene gran necesidad de personal adiestrado en esta materia. Conscientes de esta deficiencia se han impartido cursos para inspectores de saneamiento, para educadores de salud -el plan es preparar un educador para cada zona del país- para enfermeras y para auxiliares de enfermería, todo ello aprovechando al maximum las becas otorgadas por la Organización Panamericana de la Salud.

Como parte de la ejecución del plan decenal a que se ha venido refiriendo, el Dr. Ortega destaca que se ha iniciado ya la integración y la regionalización de todo el país desde el punto de vista sanitario. Por el momento hay seis zonas, cuatro de ellas claramente establecidas.

Señala que, en síntesis, a pesar de los trastornos que puedan sobrevenir y de las circunstancias adversas, se ha podido ir cumpliendo el plan nacional de salud en la República Dominicana. La estructura de la misma Secretaría de Estado está siendo revisada en sus aspectos burocráticos y físicos, trabajo que persigue el mejor desenvolvimiento de este Despacho y en el que se cuenta con la colaboración de dos Consultores en Administración de la OPS/OMS. Se ha creado la integración física en el Departamento; se han obviado trámites burocráticos; se ha establecido un almacén general que se encarga de proporcionar los suministros necesarios a las diversas dependencias y se espera que todo ello se traduzca en un ahorro de 50% de los gastos.

El Dr. GONZALEZ TORRES (Paraguay) expresa que en 1962 se creó en su país una Secretaría de Planificación Técnica dependiente del Poder Ejecutivo, para estudiar y planear los programas del Gobierno de la Nación, sentar las prioridades, estudiar los medios y forma de aplicación,

etc., con representantes de todos los Ministerios. Se recomendó también la creación de organismos análogos en todas las Secretarías de Estado; es así como en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social se creó la División de Planificación, que está formada por la Oficina de Organización y Planeamiento Administrativo y por la Comisión de Presupuesto, por un lado, y por otro de la Dirección de Servicios Normativos, y que constituye una sola unidad planificadora.

Agrega que, desde 1962, se viene planeando el Presupuesto General de la Nación en forma de Presupuesto por Programa, lo que facilita su estudio, ejecución y control, así como la evaluación de los resultados alcanzados.

La División de Planificación comprende los departamentos que antes dependían de la Dirección de Servicios Normativos: de Nutrición, Materno-infantil, Saneamiento, Enfermedades Transmisibles, Asistencia Médica, Educación Sanitaria, Asistencia Social y otros. Todos ellos integran el Consejo de Planificación, formando también parte de él representantes de los organismos internacionales que operan en el país, de la Universidad Nacional, del Instituto de Previsión Social y de la Sanidad Militar.

Además, prosigue el Dr. González Torres, se ha hecho una reestructuración de regiones sanitarias, en armonía

con conceptos modernos sobre regiones, dividiéndolas en áreas programáticas para facilitar el desarrollo de los planes.

Se ha terminado la preparación de un Plan Nacional de Salud para los próximos dos años, como primer paso para la preparación de un Plan Decenal. Pero antes de este Plan se tuvo que hacer el diagnóstico del sector salud, que forma parte del establecimiento del diagnóstico de otros sectores de la administración nacional, realizado por la Secretaría de Planificación del país. La Unidad de Planificación del Ministerio, al realizar el diagnóstico del sector salud, estudió los daños más importantes a la salud de la población, los factores condicionantes, directos e indirectos de tales daños, e hizo un análisis de la política sanitaria para solucionar o modificar esos factores, formulando al mismo tiempo recomendaciones apropiadas.

Como consecuencia de todo ello, expresa el orador, se fijaron las siguientes prioridades: saneamiento ambiental; lucha contra la mortalidad de menores de 5 años; lucha contra las principales enfermedades transmisibles, incluyendo el paludismo; mejoramiento de las estadísticas vitales; adiestramiento de personal; y promoción de servicios sanitarios en las nuevas áreas de colonización de la zona Este del país.

Un problema importante -concluye- es la poca comprensión de parte de los economistas y políticos hacia los problemas sanitarios. Llama la atención sobre el hecho de que en el momento en que en toda América hay serias preocupaciones por los problemas económicos y de desarrollo, los responsables de esos problemas parecen asignar poca importancia al factor salud. Se olvidan que un pueblo enfermo poco puede hacer y producir y que muchas grandes obras de infraestructura o de progreso han fracasado o se han retardado por endemias y epidemias. Felizmente se nota, aunque lenta y un poco tarde, una reacción favorable, y los economistas y responsables de las finanzas y de la política, comienzan a mostrarse más sensibles a los problemas de salud.

El Dr. OÑATIVIA (Argentina) señala la importancia del tema que se refiere a los planes nacionales de salud, elaborados con base en una planificación que trate de fundir, armónica, racional y científicamente todas las actividades de salud pública, tanto en lo asistencial como en lo preventivo y social, así como las actividades de todos los sectores: estatales, paraestatales y privados. Tal planificación ha de ser para los Gobiernos el único instrumento de trabajo capaz de asegurar la salud de sus pueblos mediante un adecuado empleo de recursos y posibilidades.

En el caso de la Argentina, prosigue el Dr. Oñativia, el actual Gobierno entiende así la función de la planificación, y está también de acuerdo en la necesidad de integrar las acciones de salud pública con los planes generales de desarrollo del país. Trátase de hacer realidad la tesis de que, en la política del desarrollo, los diversos componentes de este proceso -el económico, el social, el educativo, la salud pública, etc.- son de igual importancia y deben conjugarse si lo que se busca es el bienestar general de los pueblos. Cabe decir que el desarrollo debe realizarse con la salud pública, y no a costa de ella.

En la Argentina, prosigue el Dr. Oñativia, se está llevando a cabo un Plan Nacional de Salud integrado en la política general del desarrollo nacional. Para esta tarea, aun cuando se había elaborado un plan nacional, éste no era en muchos aspectos más que un enunciado teórico, que no siempre se adaptaba a la realidad nacional.

En su dilatado ámbito geográfico, la Argentina ofrece acusados contrastes en materia de desarrollo: desde un desarrollo acelerado hasta el subdesarrollo en que todavía viven sumidos importantes núcleos de población. Cifras de 1961, elaboradas por la Unión Panamericana, proporcionan una imagen muy favorable del grado de desarrollo nacional, como se desprende de los siguientes indicadores

socio-económicos: ingreso nacional per cápita, 453 dólares; expectativa de vida al nacer, promedio de 59,1 años; tasa de mortalidad infantil, 61,8 por mil nacidos vivos; número de habitantes por médico, 760; promedio de población alfabetada, 87%; porcentaje de matrícula escolar, primaria y post-primaria (5 a 19 años), 70%; consumo en calorías per cápita, 3.090. Sin embargo es indudable, agrega, que estos índices no son la expresión global del país, sino que expresan el promedio de las polarizaciones demográficas, económicas, sociales y culturales frente a la realidad de otra Argentina, que duele en su postergación y en su atraso. En consecuencia, dice, no se cuenta con cifras estadísticas valederas sobre la realidad sanitaria nacional; las existentes son inactuales o incompletas, o muestran falta de uniformidad a distintos niveles.

Se refiere luego el Dr. Oñativia a la pregunta formulada por el Dr. Quirós, a saber, cuáles deben ser los criterios para formular un plan nacional de salud. En otras palabras: ¿basta sólo una información básica en las cuestiones fundamentales de salud pública, una información primaria o rudimentaria, para planificar? No es así, a juicio del orador, si se pretende que un plan nacional de salud tenga considerable vigencia en el tiempo. Por ese motivo, agrega, las autoridades sanitarias de la Argentina intentaron actualizar esa información sanitaria básica.

Lo que busca, explica, es responder a ciertas preguntas elementales, necesarias para planificar y elaborar el Plan Nacional de Salud, como las siguientes: cuál es el estado actual de los recursos materiales y humanos? cuáles son los recursos económicos que como gastos en salud pública realizan los distintos sectores oficiales y privados? cómo se distribuyen? qué sectores de población cubren y qué cantidad y calidad de servicios prestan? La primera pregunta ha sido ya contestada a través de un Catastro de Recursos y Servicios para la Salud, llevado a cabo por el Ministerio; las preguntas segunda y tercera están a estudio del Consejo Nacional del Desarrollo.

En conclusión, dice el Dr. Oñativia, el Gobierno Argentino está actualmente en la etapa que fue previamente señalada, y el año próximo se procederá a la elaboración del Plan Nacional de Salud. Conviene distinguir, dice, entre objetivos inmediatos o a corto plazo, que se pueden resumir en la racionalización de las inversiones y recursos con que se cuenta, y los objetivos de mayor alcance, a largo plazo, integrados en el plan nacional de desarrollo. Los primeros son de alcance fundamentalmente intrasectorial; los segundos implican una transformación que debe realizarse en lo intersectorial. Ambos planes deben ser formulados para que la planificación sea algo posible y realizable, y

no quede como un mero enunciado teórico de una doctrina filosófica de la salud pública.

El Dr. FERREIRA (Brasil) expresa que desea hacer un pequeño comentario sobre la receptividad de la planificación manifestada por los ejecutores que trabajan en esa misma área. Hasta ahora, dice, la planificación formulada es muy poco realista; por ello, hay cierta renuencia a aceptar sus resultados y conclusiones. Pero, como muestra la experiencia de casi la totalidad de los trabajadores de salud pública, en todos los países las necesidades han llegado a ser tan grandes que es indispensable recurrir a la planificación.

Por otra parte, refiriéndose a su propio país, alude a los excelentes resultados obtenidos por primera vez en el Brasil en el campo de la salud pública a través de la planificación nacional. En efecto -dice- se ha creado un Ministerio de Planificación, encargado de la planificación total e integral del país. En un volumen que pone a disposición de los Representantes, informa que ese organismo ha formulado los lineamientos de un plan nacional en el que se consideran los objetivos e instrumentos de acción; los programas, tomando particularmente en consideración los factores económicos; la formulación de la política financiera, los medios de pago, la política tributaria, etc.; los programas de sector, como los de energía eléctrica y otros similares y los de salud.

En lo que se refiere a la salud, el plan considera los siguientes temas: análisis y crítica de la situación actual; criterios y objetivos de acción; selección de proyectos; productos terapéuticos; y aspectos presupuestarios. Este análisis fue realizado por un grupo de expertos de salud pública, con experiencia en este campo. Y es -agrega- que resulta difícil admitir que, hoy en día, los planificadores del desarrollo económico no tengan en cuenta las conclusiones del grupo de salud pública, y a la inversa.

Señala luego que el Representante de la Argentina se había referido a la diferencia existente entre los programas a corto y a largo plazo, y considera que los primeros ejercen una acción terapéutica de emergencia, pero de naturaleza transitoria con respecto a aquellos que son a largo o a larguísimo plazo. Un aspecto esencial de estos últimos consiste, indudablemente, en la necesidad de corregir las deficiencias que todos nuestros países tienen en materia de personal debidamente capacitado.

En cuanto a la integración, afirma que ésta debe hacerse tanto intra-sectorial como extra-sectorial; es decir, no sólo la integración de unos sectores con otros, sino en el seno de un mismo sector.

Finalmente, dice que en el momento actual ningún país puede o debe hacer programas que no tengan el apoyo de las organizaciones internacionales. El trabajo

individual, en materia de salud pública, pertenece al pasado; al presente hay que trabajar en relación con los organismos internacionales para asegurar el éxito cabal de los programas.

Dr. WATT (United States of America) wished to emphasize a problem in communication, a problem of understanding that frequently existed between health officials and those charged with other types of activity within the Governments. In his opinion, the root of that problem was to be found in the difference in the training given to physicians and that given to other professionals. In medical schools, doctors became accustomed to classifying their activities in three broad areas: (1) those directed toward the prevention of disease; (2) those designed to combat disease; and (3) a series of activities designed to assist persons who had suffered disease and recovered to return to normal life.

In contrast, professional groups in other disciplines tended to think of medicine as a single activity. They did not differentiate in their thinking between those activities which would prevent a disease and those which had to be performed once a person became sick.

It was quite common for non-medical planners to see no difference between the investment in a hospital to take care of persons suffering from diphtheria, and an investment

in the purchase of material to immunize the population and thus make unnecessary hospital beds for that purpose. It was therefore most important for responsible health administrators to think and speak quite clearly about those differences. They must be able to show that failure to invest in the prevention of disease would automatically require a greater investment in curative facilities and in the cost of rehabilitation.

A second point, related to the first, was that for each of those three classes of activity there was need for some capital investment for buildings and facilities, and also a need for the continuing expenses related to the use of those facilities. If those points were made clear, it would be much easier to show the different groups in our society when and under what circumstances they appropriately shared in the costs of health activities.

Finally, it would be helpful if, as those exciting new plans were put into effect, the Director of PASB would keep the Directing Council informed of the effect of those actions on the priority of the Bureau's own program.

Dr. Watt believed that one could predict with some certainty that the operation of those plans would show much more precisely the ways whereby an organization such as PAHO could be helpful to the individual Governments as they proceeded with their health programs.

Dr. COMISSIONG (Trinidad and Tobago) noted that in the document under discussion the columns for Trinidad and Tobago had been left blank and he wished to explain why. He stated that interest could not always be recorded in figures, and there were three points he wished to single out.

First, a Health Section had been included in the five-year development program of Trinidad, a fact which showed that attention was being paid to matters of health. That Health Section was at present defective, not so much because the Ministry of Health had not been consulted, but because it was not equipped to establish priorities in health matters.

Secondly, such a statement did not suggest that the amounts of money invested were disproportionate, but indicated that the health services were not satisfied that the spending had been planned taking into account correct priorities. For that reason, there was keen interest in having a Health Planning Section established so that priorities could be decided upon and responsible officials convinced that those were the real priorities. His Government was convinced of the need for such a Health Planning Section, and when the Director of PASB had visited Trinidad recently, the Prime Minister had expressed interest in the matter.

For the time being, the problem was to find a suitable person interested in receiving training in health

planning. His country was currently working on the matter and hoped that a temporary solution to the problem would be found.

El Dr. ROJAS (Panamá) hace constar que, en el Documento CD15/4, página 7, se menciona a Panamá conjuntamente con el Brasil, como uno de los países que cuentan con planes bienales o trienales de desarrollo económico, y señala que Panamá ha establecido además un plan integrado de salud pública. Dicho plan abarca hasta 1970 y considera útil formular sobre el mismo algunas observaciones.

Después de reseñar los resultados de experiencias anteriores en planificación, como el primer plan sexenal mexicano, el primer plan quinquenal de la Unión Soviética y el plan de electrificación de Chile presentado a través de la Corporación de Fomento, indica que está de acuerdo con el Dr. Pineda Martínez en que hay que conformarse con los datos de que se dispone, ya que a medida que se vayan desarrollando los correspondientes planes se harán los ajustes necesarios. A través del plan piloto, en una de las áreas sanitarias de Panamá, se ha comprobado cómo, con el perfeccionamiento de los datos estadísticos básicos, se debe ir, a su vez, perfeccionando el plan.

Agrega que Panamá es un país muy peculiar de las Américas. Si el pasado histórico lo liga a la Gran Colombia,

la realidad geográfica lo vincula a Centroamérica; no tiene las tradiciones culturales de otros países. La tradición académica apenas se inicia en 1937, con la fundación por el maestro Octavio Méndez Pereira de la Universidad Nacional, y ha sido menester hacer un gran esfuerzo para que el país se ponga a tono con otros países de América. En cuanto al plan de desarrollo socio-económico, que fue ya discutido con amplitud precisamente en México, el CIAP aprobó la financiación por la Alianza para el Progreso de las realizaciones de este plan para los años 1965 y 1966; dentro del mismo, el plan sectorial de salud pública fue uno de los mejor presentados.

Actualmente -prosigue- se está entrando en la segunda etapa del plan vial y se realizan los esfuerzos necesarios para terminar el trozo que falta de la Carretera Panamericana, formado por unos 46 kilómetros, el cual será pavimentado en su totalidad, desde Costa Rica a la ciudad de Panamá. Desde luego -subraya- el proyecto del Tapón del Darién es un problema que Panamá no puede resolver. Se trata de un problema de toda América, y en Washington ya se ha resuelto que este gran trecho que falta para poner a Panamá en relación de continuidad con la América del Sur a un costo de alrededor de unos \$500 millones será financiado por todos los países latinoamericanos y por los Estados Unidos de América.

Durante el Gobierno actual al que ha correspondido una etapa de planeamiento, más que de ejecución, se ha aprobado ya la reforma agraria, que es muy importante considerando que el 60% de la población vive en el medio rural; se está financiando el programa de riego del Río de la Villa, que será ejecutado por la reforma agraria. Hay también planes de electrificación con los proyectos de la Yeguada y el proyecto del Río Vayano para impulsar el desarrollo industrial. Asimismo se está llevando a la práctica una reforma tributaria importante, y hay programas de asentamiento rural que van ligados a otros de salud pública que han sido detenidamente estudiados.

La marina mercante va a desarrollarse oficialmente, y ello permitirá que la industria pesquera intensifique sus actividades igual que ha acontecido en los últimos años en el Perú y en Chile; considera que como uno de los grandes problemas de la América es el de la nutrición, es preciso mirar al mar, como lo han hecho esos otros dos países.

En materia de educación se han construido miles de aulas escolares y se realiza una actividad de extensión universitaria en varias ciudades del interior de la República; además, la Universidad ha creado la Facultad de Agronomía y se propone establecer próximamente la de Odontología.

En materia de salud pública, el Dr. Rojas señala que van a ejecutarse obras de considerable importancia, como la del Hospital Regional de Agua Dulce, la modernización de varios hospitales en la región central, el nuevo hospital para crónicos mentales, que constituye un gran problema económico, así como la modernización del Hospital Nacional o la construcción de uno nuevo ligado a la enseñanza de la medicina.

El programa de nutrición aplicada, que se está desarrollando en América Central abre nuevas perspectivas, ya que Panamá, que siempre basó su economía en los recursos que le proporcionaba el Canal, subestimó su importancia como país agrícola cuya producción merece considerarse. Así el programa actual implica la coordinación de tres Ministerios: Educación, Agricultura y Salud. El actual Ministerio del Trabajo, Previsión Social y Salud Pública se dividirá en dos Dependencias desde el 10. de octubre: el Ministerio de Trabajo, y el Ministerio de Salud Pública y Previsión Social.

El programa de nutrición aplicada de la Región Central -prosigue- se está desarrollando en 41 escuelas; tiene un carácter educativo y debe proyectarse a las comunidades. Se han establecido más de 600 huertos caseros familiares, y a fines de este año habrá probablemente 1.000, lo que tiene gran importancia en un país carente de tradición agrícola.

En materia de comunicaciones -continúa diciendo el Dr. Rojas- Panamá utiliza el sistema de micro-ondas, lo que facilita rápidas transmisiones desde cualquier punto de la República.

El nuevo Gobierno de Panamá -señala- se inspira en los postulados de la Carta de Punta del Este, y después del deterioro doloroso de las relaciones con los Estados Unidos de América se advierte una perspectiva extraordinaria: la necesidad de construir un nuevo canal a nivel, y la ruta escogida pasará por Panamá. Al efecto, trabaja una comisión negociadora, y hay una comisión asesora en la que están representados los servicios de Salud Pública. Subraya que un nivel a más o menos 160 o 180 millas del actual, va a crear una situación muy especial en la economía panameña. Hay inversiones en la Zona del Canal por más de \$100 millones, lo que afectará a la economía, la industria, el comercio, el turismo, etc. Resalta el contraste existente entre Estados Unidos de América, país completamente desarrollado, con alta técnica reconocida en el mundo entero y Panamá, país pobre, insuficientemente desarrollado.

Expresa su esperanza de que la situación cambie en el futuro, y estima correcto que la Alianza para el Progreso sólo haya aprobado por dos años el Plan de Desarrollo Socio-Económico de Panamá. Cree que dentro de dos años los trabajos

de la nueva ruta estarán probablemente muy avanzados, lo que repercutirá en la economía del país.

Se suspende la sesión a las 10:45 a.m.
y se reanuda a las 11:05 a.m.
The session was recessed at 10:45 a.m.
and resumed at 11:05 a.m.

El DR. VARGAS MENDEZ (Director Regional para las Américas, UNICEF), manifiesta su deseo de comunicar una noticia que considera de gran importancia. Desea primeramente reiterar que el UNICEF ha seguido cuidadosamente en las Américas el movimiento de planificación, tanto en el ambiente nacional como a nivel sectorial. Hay, para ello, dos razones: Primero, la planificación a nivel nacional y la planificación sectorial en salud, educación, etc. garantizan que los programas en que el UNICEF colabora formen parte de un conjunto armónico. Además, evita que los limitados fondos de dicho Organismo se dediquen a programas de importancia menor.

En segundo lugar, dentro de los principios que regulan el funcionamiento del UNICEF, hay interés en la planificación y se teme que la planificación llamada económico-social sea solo económica. Por eso el UNICEF inició conversaciones con el Instituto Latinoamericano de Planificación con sede en Santiago, Chile, y así como los problemas de educación, UNICEF los plantea a la UNESCO, y los de salud,

a la OMS, el UNICEF propuso a dicho Instituto, ayuda directa que se ha traducido ya en el nombramiento de un sociólogo de alta categoría que colabora en la orientación social de esa planificación. Se trata del Dr. Cardoso, del Brasil.

Además, señala el Dr. Vargas Méndez, el UNICEF ha colaborado con el establecimiento de becas para cursos de postgraduados, a fin de estimular el estudio de los problemas sociales. En el Salvador, por ejemplo, se está iniciando un estudio integral sobre niños y adolescentes, es decir, sobre lo que podría llamarse la nueva generación.

Por otro lado el Dr. Mayobre, Secretario Ejecutivo de la Comisión Económica para la América Latina (CEPAL) en una visita reciente a la ciudad de Nueva York, solicitó la colaboración del UNICEF en la organización de un Seminario Regional sobre la Infancia y la Juventud en la Planificación del Desarrollo, el cual se celebrará en Santiago de Chile en diciembre de 1965, bajo el patrocinio de la CEPAL, del Instituto Latinoamericano de Planificación y del UNICEF. Señala el Dr. Vargas Méndez que este Seminario es el resultado de una recomendación formulada durante la conferencia de mesa redonda que sobre el mismo tema organizó el UNICEF y que tuvo lugar en la ciudad de Bellagio, Italia, en abril del presente año. El UNICEF ha destacado así a un alto

funcionario, el Sr. Albert J. Reynolds, para que colabore en la organización de dicho evento.

Señala el Dr. Vargas Méndez que todos los países de las Américas serán invitados a enviar representantes al Seminario, seleccionados preferentemente entre aquellos expertos que tenga relación directa con la planificación económica y social del desarrollo, o con algún aspecto de política social referido a las necesidades de niños y jóvenes. En el citado Seminario se expondrán los problemas que afecten más directamente a la infancia y juventud de los países respectivos y se invitará a expertos de reconocido prestigio en el campo de la planificación económica y social a que expongan sus puntos de vista.

Se refiere seguidamente, el orador, al Seminario de Bienestar Social que tuvo lugar recientemente en Centro América y al que asistieron, además de personas vinculadas con problemas sociales, otras relacionadas con actividades de planificación, economistas, etc.

El Dr. Vargas Méndez termina su exposición anunciando que el Sr. Reynolds visitará todos los países de América Latina como Coordinador de las actividades del Seminario a que ha venido refiriéndose y solicita al respecto la colaboración de los países representados en esta Reunión del Consejo, ya que la planificación en salud será uno de los

temas más interesantes que se incluyan en el programa.

El Dr. ROLDAN (El Salvador) considera que el tema (Estado de los Planes Nacionales de Salud) ha sido suficientemente discutido y somete a consideración el proyecto de resolución en el que se propone que se apruebe el informe presentado por el Director sobre la colaboración de la Organización con los Gobiernos en la formulación de planes nacionales de salud; tomar nota de la importante asistencia prestada por la Organización en el adiestramiento de personal especializado en planificación de salud y recomendar que se prosiga este tipo de colaboración, y, por último, que se recomiende a los Gobiernos que amplíen el alcance de los cursos nacionales de adiestramiento en planificación destinados al personal de salud de todas las categorías.

Dr. McKENZIE POLLOCK (Chief, Office of National Health Planning, PASB), in commenting on the discussions, said that the accounts of the planning activities in the various countries had been so complete that he had little to add. The PASB was only performing a small catalytic role in that massive national health planning movement.

He thanked the representatives for the information which would make it possible to bring up to date the tables on the status of national health planning.

In reply to the question on how planning fitted into situations where substantial development had already taken place, he said that the analysis phase was more difficult and took more time. It was significant that the more advanced countries in the Hemisphere did not have a document called the plan. It was stressed that planning was a process, not a document.

The process, in brief, consisted in the planning unit completing the first cycle of diagnosing the health situation, developing a provisional set of national technical norms, defining the minimum effort necessary to maintain the current state of health over the next 10 years, outlining the maximum effort thought desirable to produce balanced economic and social development, and producing for implementation an operational plan which the current economy could support.

The implementation phase of planning, on which most countries were now embarking, required the accumulated skills of public health practice and the application of the administrative method. Reference had been made to the scarcity of statistical data on which to plan. Some of the statements had pointed out how health personnel at various echelons could be used to gather essential information that could be regarded as approximations to be corrected as soon as possible by the more profound statistical approach.

It had repeatedly been mentioned that because hospital and other health facilities represented such a large capital and recurrent investment, they required special planning emphasis. Integration of hospitals would be further discussed under the social security item on the agenda. New and reorganized hospital and health facilities were required over the planned period which would perhaps necessitate outside assistance through long-term, low-interest loans. The lending agencies required feasibility studies and pre-investment surveys before committing funds. PAHO could fulfill a helpful role to Governments in that regard.

Planning, like most scientific methods, was first developed as an academic concept. Some of the difficulties mentioned arose from the process of molding that approach for practical application. The statements made by the representatives indicated that planning was offering a new scientific dimension to public health.

EL PRESIDENTE anuncia que el proyecto de resolución propuesto sobre el tema "Estado de los Planes Nacionales de Salud" se hará circular entre los Representantes y será discutido en una próxima sesión.

Así se acuerda.
It was so agreed.

TEMA 35: ESTUDIO DE LAS RELACIONES ENTRE LOS PROGRAMAS
MEDICOS DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL
Y LAS SECRETARIAS O MINISTERIOS DE SALUD ASI
COMO OTROS ORGANISMOS GUBERNAMENTALES DE SALUD
ITEM 35: STUDY OF THE RELATIONSHIPS BETWEEN SOCIAL
SECURITY MEDICAL PROGRAMS AND THOSE OF MINISTERIES
OF HEALTH OR OTHER OFFICIAL HEALTH AGENCIES

El Dr. GARCIA VALENZUELA (Asesor Regional en Educación Médica, OSP) presenta el documento CD15/15, y expresa como antecedente que, en la última reunión del Comité Ejecutivo, el Señor Representante de México se refirió a las débiles relaciones existentes entre los Ministerios o Secretarías de Salud y los Institutos del Seguro Social.

Se preguntó si no habría llegado el momento de obtener un acuerdo explícito del Consejo Directivo que estimule la consideración en profundidad de un problema, que cada día adquiere un contorno más trascendental.

El corto debate que siguió a continuación, dió oportunidad al Director para ilustrarlo con una serie de importantes antecedentes. Hizo presente, además, la necesidad de un estudio posterior, si la Reunión presente del Consejo Directivo así lo determina.

La iniciativa encontró amplia acogida, y fue así como en el anteproyecto del programa se incluyó el tema con el título "Estudio de las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y las

Secretarías o Ministerios de salud, así como otros organismos gubernamentales de salud".

El orador expresa que el documento sometido a la consideración del Consejo Directivo, con el carácter de una contribución preliminar, está destinado a ordenar los principales antecedentes del problema. Se aspira a la consolidación de una política superior de salud y a una planificación que supere la etapa restringidamente ministerial, ampliándola al ámbito nacional en el que deben incluirse los servicios médicos de los seguros sociales y otras entidades gubernamentales y no gubernamentales.

La Organización Panamericana de la Salud constituyó en marzo de 1962 el Grupo Asesor en Atención Médica, con miras a la formulación de una política continental. Se planteó allí por primera vez la discordancia que existe entre las necesidades y los recursos, lo que ha producido en América Latina la intervención creciente del Estado. Se advirtió la participación importante de los seguros sociales como otra demostración de la iniciativa gubernamental. Y no se ocultó las limitaciones que esta acción produce en el ejercicio privado de la profesión médica. Por ello se recomendaba conciliar el resguardo de una profesión digna y el servicio eficiente y oportuno de la comunidad. El informe final hizo un breve análisis de las diferencias

de cobertura de los institutos de seguro social y de la conveniencia de encontrar procedimientos para el financiamiento único de la atención médica en cada país.

En las Discusiones Técnicas en la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana se volvió sobre el tema y el informe final del relator, para el que la Conferencia solicitó la mayor difusión, reconoció el progreso que los seguros sociales han significado para la protección de los riesgos genéricos de la inseguridad; acogió las reservas formuladas a sus costos elevados; hizo notar las diferencias que están alentando en la clase económicamente débil; lamentó la competencia de que se valen para el reclutamiento de su personal profesional y advirtió el obstáculo que crea su legislación autónoma para un régimen de efectiva coordinación de servicios.

La Reunión de Ministros de Salud-Grupo de Estudio, en abril de 1963, al incorporar tales ideas a su Documento Final, las glosó con los inconvenientes que trae aparejada la duplicación de actividades, la separación entre las acciones preventivas y curativas y la dispersión de actividades que es deber del Estado evitar, especialmente en lo que se refiere a las organizaciones semiestatales, autárquicas y autónomas, que presten cualquier tipo de cuidados de salud. Fijó también como principios la integración de la medicina preventiva y la curativa.

Por su parte, los estudios realizados en el seno de la Organización de los Estados Americanos han puesto de manifiesto en los distintos regímenes de seguridad social la cobertura limitada, el financiamiento inadecuado, la falta de reciprocidad internacional, y las frecuentes reclamaciones de los imponentes sobre la calidad y cantidad de la atención médica que esos regímenes reciben. Tales estudios han aconsejado considerar los recursos y necesidades del sector salud como parte de los planes nacionales para el desarrollo económico y social y la revisión de la situación actual con miras a una mayor coordinación. Afirman que si en pasadas épocas circunstancias especiales impusieron soluciones también especiales, el momento presente aconseja una rectificación. Para asegurar una mayor cobertura se requiere un nivel único de servicios, de mayor generalidad, basado en los derechos del individuo como ciudadano.

El orador hace notar, a este respecto, que en los estudios de seguridad social comparada de 17 países sólo 3 exhiben un índice de cobertura aceptable, lo que no significa desconocer la extremada fragmentación de sus esquemas. Los 14 países restantes de la encuesta están por debajo del 25% de la población activa, y 5 de ellos no alcanzan al 10%. En lo que se refiere a la extensión del Seguro Social al área rural, el total de asegurados cotizantes para 12 países era en 1962 la décima parte del total de trabajadores cotizantes.

En abril de 1964, una de las asociaciones internacionales del seguro social (a ellas se refieren nuestras referencias y no a la OIT cuya acción en esta materia es de sobra conocida y reconocida), para ir en auxilio de la población rural, la más abandonada, aconsejó un primer esfuerzo en la protección de los riesgos de maternidad, enfermedad y del trabajo, imposible de cumplir con eficacia si no va precedido, según el caso, de un proceso de coordinación, unificación o integración. Para ellos la orientación de los seguros sociales debe tender a la universalización de sus servicios, sin perder de vista que la meta es la seguridad integral de todos los pobladores de un país. La atención médica, en ella comprendida la rehabilitación, debe ser de tipo integral, sin separación de lo preventivo y lo curativo.

En junio de 1964 se llevó a cabo en Asunción, Paraguay, la 7a. Conferencia Interamericana de la Seguridad Social, auspiciada por el Comité Permanente que tiene su sede en este país.

Se reconoció, desde luego, la diferencia que conviene hacer entre los seguros sociales tradicionales y la seguridad social modernamente concebida. Se reconoció, en seguida, la insuficiencia de cobertura que exhiben la mayoría de los esquemas de la seguridad social en la América Latina.

Pero la doctrina de extensión de los beneficios a otros sectores de la población encontró en las recomendaciones finales una acogida un tanto tímida. Se reconoció, más adelante, que el desarrollo social es consustancial al desarrollo económico, y se lamentó que la seguridad social hubiera sido erróneamente incorporada, en la Carta de Punta del Este, en el sector salud pública, aprobándose una recomendación para que ella figure como resolución anexa a la Carta de Punta del Este. Se reconoció, finalmente, para dar cabida a la recomendación de los organismos especializados asistentes, con voz pero sin voto, la necesidad de atribuir importancia a las relaciones entre las instituciones de seguridad social y otras instituciones de asistencia social. Cabe observar, en este sitio, que la Oficina Sanitaria Panamericana fue criticada por la doctrina que ha venido defendiendo en tal aspecto, como resultado de los acuerdos adoptados por los Gobiernos que la componen, en pleno ejercicio de su soberanía, y que los hechos se vieron deformados por publicaciones de prensa que ni relatan los hechos tal como sucedieron, ni acogieron las aclaraciones que dos de las Organizaciones internacionales formularon en su seno.

Ambas Organizaciones (OPS y OEA) están propiciando la celebración de una reunión de estudios de alto nivel técnico, en la cual promover una discusión inicial entre representantes calificados de los Ministerios de Salud y del Seguro Social,

seleccionados de entre aquéllos que consideran que sólo por el camino de la cooperación será posible alcanzar soluciones que concilien los puntos de vista de las entidades que otorgan servicios médicos y satisfagan las necesidades de la población. Pueden adelantarse que las gestiones conducentes siguen un desarrollo normal y auspicioso.

El orador manifiesta que, sin perjuicio de lo anterior, es de desear que el Consejo Directivo aborde el problema, con el acopio de antecedentes que se necesitan, ya sea dentro del programa de temas de su próxima reunión o bien como tema de sus Discusiones Técnicas.

A fines de septiembre deberá celebrarse en Washington, la XV Asamblea de la Asociación Internacional de la Seguridad Social. La Organización Mundial de la Salud ha solicitado estar representada por su Oficina Regional para las Américas. En la comunicación con que le acompaña su documento de trabajo, comparte el interés de mejorar las relaciones entre los Ministerios de Salud y los institutos de seguridad social.

Sostiene en su documento que de los beneficios ofrecidos por la seguridad social sólo disfrutaban los asalariados afiliados. Es a los gobiernos a quienes incumbe la responsabilidad de hacerse cargo del resto de la población y es de temer que la existencia de dos sistemas paralelos

conduzca al doble empleo y a los gastos excesivos. Puede afirmarse, de una manera general, que de los fondos de la seguridad social la menor proporción se destina a la medicina preventiva y a la higiene. Parece llegado el momento de redoblar los esfuerzos en favor de inversiones proporcionalmente más elevadas en acciones de protección y promoción, a fin de reducir el número y la gravedad de los casos de enfermedad.

La protección de la salud es un todo, por lo que conviene evitar la dispersión de esfuerzos. Se hace indispensable una colaboración más estrecha con los sistemas de la seguridad social para que los recursos disponibles en materia de salud pública sean usados con los mejores niveles de eficacia en favor del pueblo.

Concluye el Dr. GARCIA VALENZUELA manifestando el deseo de que la resolución final traduzca el anhelo explícito de los Gobiernos por situar el problema dentro de los cauces de un estudio a fondo y darle una adecuada realización técnica que se traduzca en resultados constructivos.

El Dr. HYRONIMUS (Francia) expresa que es necesario una colaboración estrecha entre los organismos de salud pública y los de seguridad social. En su país, dice, la seguridad social depende del Ministerio de Trabajo y hay razones de peso para que así sea. El sistema aplicado en

Francia ha presentado hasta ahora buenos resultados. En 1945 se pasó al sistema del seguro social ampliado, y se estimó necesario crear un fondo de acción sanitaria y social. El Ministerio de Salud Pública está representado en ese cuerpo. Cada caja regional establece su programa de acción y dispone de los fondos necesarios; pero tiene que suministrarlos a una comisión regional, la cual se ocupa de que los proyectos coincidan con los planes gubernamentales de acción sanitaria y social, a fin de evitar duplicaciones. Todos los trabajadores, funcionarios, etc., con muy pocas excepciones, están afiliados al sistema de los seguros sociales. De esta forma, la seguridad social participa no sólo en el mantenimiento de hospitales y en los programas de lucha contra las enfermedades, sino también en actividades de prevención. Su colaboración en el programa nacional de salud es del orden del 40%, mientras que el 60% restante es cubierto por subvención del Estado o por fondos propios de los hospitales u otras formas de financiación.

El Dr. HYRONIMUS reitera que el sistema, hasta ahora, ha dado buenos resultados, y está en vigor en los territorios franceses en América. Otro aspecto del mismo es que toda iniciativa en materia de salud debe pasar por una comisión la cual otorga o no la autorización correspondiente. Dicha Comisión tiene en cuenta si el equipo privado puede

atender suficientemente las necesidades de una población determinada o si la inversión de fondos públicos o privados puede ser inútil por diversos motivos o insuficiente.

En algunos casos, la Comisión rechaza las iniciativas que se le presentan. El Dr. HYRONIMUS, subraya que el sistema ha dado buenos resultados en Francia y también en las posesiones francesas de ultramar.

Se levanta la sesión a las 11:55 a.m.
The session rose at 11:55 a.m.



consejo directivo

ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD
XV Reunión

México, D. F.

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD
XVI Reunión



Lunes, 7 de septiembre de 1964, a las 2:35 p.m.
Monday, 7 September 1964, at 2:35 p.m.

CD15/47

15 septiembre 1964

ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA UNDECIMA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE ELEVENTH PLENARY SESSION

Presidente: Dr. Dionisio González Torres Paraguay
President:

Indice
Contents

- Tema 35: Estudio de las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como otros organismos gubernamentales de salud
- Item 35: Study of the Relationship between Social Security Medical Programs and Those of Ministries of Health or Other Official Health Agencies.

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar a la Oficina Sanitaria Panamericana (Atención: Jefe de la Sección de Conferencias y Traducciones) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto antes del 10. de noviembre de 1964. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify to the Pan American Sanitary Bureau (Attention: Chief of Conference and Translations Section) before November 1st 1964, of any changes they wish to have made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the Meeting.

Índice (Cont.)
Contents (Cont.)

- Tema 29: Estado del programa continental de abastecimiento de agua y de eliminación de aguas servidas
Item 29: Status of the Continental Water Supply and Sewage Disposal Program
- Tema 17: Informe sobre el estado actual del programa de abastecimiento de agua y bienestar rural
Item 17: Progress Report on the Program of Rural Water Supply and Well-being
- Tema 34: Fluoruración de las aguas de abastecimiento público
Item 34: Fluoridation of Public Water Supplies

- TEMA 35: ESTUDIO DE LAS RELACIONES ENTRE LOS PROGRAMAS MEDICOS DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y LAS SECRETARIAS O MINISTERIOS DE SALUD ASI COMO OTROS ORGANISMOS GUBERNAMENTALES DE SALUD
(continuación)
- ITEM 35: STUDY OF THE RELATIONSHIPS BETWEEN SOCIAL SECURITY MEDICAL PROGRAMS AND THOSE OF MINISTRIES OF HEALTH OF OTHER OFFICIAL HEALTH AGENCIES
(continuation)

El PRESIDENTE declara abierta la sesión y da la bienvenida al Ministro de Salud Pública del Brasil, Dr. Brito, que se incorpora a las deliberaciones del Consejo Directivo.

Dr. FRAZER (United Kingdom) said that, in relation to the item, he would speak not so much about the United Kingdom as about his own small territory of Bermuda, which others had referred to as his "test tube" - one that had all the ingredients of any community, though not necessarily in the same proportion. Currently it had prosperity as one of its ingredients, but another very exigent ingredient was the expanding economy.

Competition for money was just as great there, because the Financial Secretary was just as anxious to support projects that would increase budgetary income; and health, welfare, and education had to fight for their wherewithall.

However deep the health administrators' belief in the absolute necessity of improving community and individual health through service and education, they had to sell

their plan as an investment that would pay dividends both economically and politically. Although in his territory he had been able to obtain support and money for many projects entailing non-recurrent expenditure -general and mental hospital buildings, medical and health department buildings, and others- there was one great obstacle, and that was recurrent expenditure: cost of expendable materials and, greatest of all, money for wages. While there was competition for a share in government expenditure, many health ministries and departments started from an unfavorable position in that respect. When a civil service salary scale was established, the difficulties in altering relative salaries were almost insurmountable. In Bermuda, a qualified health inspector was paid less than an assistant customs officer; doctors in government service were paid at the same rate as a plant pathologist or a surveyor, and less than many workers of whom no formal qualifications were required. An attempt to raise health department pay without a general raise was resisted by other departments, and a general raise was resisted by the Finance Committee.

The point he wished to stress was that if competition for funds failed at the top, it failed all down the line. As the economy expanded, so did the demand for personnel. Because of the low salaries they paid, health services were unable to compete with commerce and other government

departments in obtaining staff of the quality required for all levels of medical work. He found himself in the extraordinary position of having money to spend on health, but of being unable to spend it because he could not buy the personnel needed at the price he had to offer.

In government, it was quite possible that two departments would compete for personnel of the same type of discipline; the amount of money reaching the people concerned might remain the same but there would be differences in coverage. It was to be hoped that health care would remain the same, but there again, the tangible results of social security plans to the recipient, as compared with the intangibles of public health, could very often lead to pressure that would be gravely disadvantageous to public health. He therefore believed that, eventually, planning should be directed toward a joint health and welfare administration.

El Dr. ROLDAN (El Salvador) señala que por las características de su país es difícil resolver los problemas sociales planteados: su extensión es de 22.000 km² y la densidad de población de 127 habitantes por km², con una tasa de crecimiento de 4%. La economía salvadoreña depende de los productos agrícolas de exportación, dedicándose a las actividades agrícolas el 75% de los habitantes. Hace constar que el 45% del presupuesto nacional se destina a

educación y el 15% a actividades relacionadas con la salud siendo este porcentaje el más elevado asignado hasta ahora, pero que, a pesar de la preocupación de las autoridades por cuestiones tan vitales, hay una considerable desproporción entre los recursos disponibles y las necesidades cada vez más grandes.

Subraya la importancia de las decisiones adoptadas por el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social consistentes en establecer un Plan Nacional de Salud que permitió fijar prioridades y metas a la vista de las posibilidades nacionales y teniendo en cuenta que el 85% de la población necesita ser atendida por los servicios gratuitos oficiales. La realidad de la situación y el volumen de los requerimientos determinó que se buscara en la seguridad social la fórmula para resolver el problema, pensando aplicarla con un sentido general, de forma que los servicios correspondientes beneficiaran no a grupos determinados sino a todos los salvadoreños, sin distinción alguna. Agrega que sin embargo, un análisis de los servicios de seguridad social revelaron que los mismos no cubrían más que el 4% de la población activa y que la administración correspondiente consumía casi el 40% de su presupuesto, lo que confirmaba las críticas formuladas por quienes deciden que el verdadero asegurado era el empleado del Seguro Social.

Declara que, en vista de ello, se solicitó el asesoramiento técnico de la Oficina y que, en consecuencia, se convino en la necesidad de extender la organización del seguro social a un número de habitantes mayor que el originalmente beneficiado con sus servicios, tendiendo a cubrir a la población más necesitada, en especial a los campesinos. Se llegó así mismo a admitir como indispensable que hubiera una sola autoridad rectora de la política de salud en todo el país, función que constitucionalmente incumbe al Ministerio de Salud y que se procurara, por todos los medios, evitar duplicaciones de servicios médicos, aunque haciendo lo posible por intensificar las actividades del seguro social.

Recordó el Dr. Roldán que se aceptó también el principio de que los servicios del seguro social se prestasen a través de las instituciones del Ministerio. El objetivo que se deseaba alcanzar era que los servicios del seguro fueran proporcionados a toda la familia, no sólo al individuo asegurado, ya que se daba el caso de que el jefe de la familia recibía atención en un magnífico centro médico del seguro en tanto que sus hijos eran atendidos en los hospitales del Estado.

Muestra su satisfacción porque el Gobierno de El Salvador haya dado su apoyo a esta política y dice que en la actualidad las relaciones entre el Seguro Social y

el Ministerio de Salud Pública son cada vez más estrechas y fructíferas, esperando que los problemas pendientes se vayan resolviendo poco a poco, contando para ello con el apoyo de la opinión nacional.

El Dr. BRITO (Brasil) hace presente el interés del Gobierno de su país por las actividades de la Organización y señala la preocupación de las autoridades brasileñas por hacer frente, con la mayor eficiencia posible, a sus responsabilidades en materia de salud como lo revela la preparación que se da a los jóvenes estudiantes para ejercer la medicina integrada.

La presencia del Ministro de Salud en esta reunión -precisa el Dr. Brito- muestra el elevado concepto que el Gobierno del Brasil y su Presidente tienen de la Organización y es prueba de su propósito de vigorizar los vínculos de la cooperación continental en el campo de la salud pública, ratificando lo que es el pensamiento del Presidente del Brasil, señor Castelo Branco, expuesto en su discurso de Bahía al anunciar el carácter prioritario que atribuye a los problemas fundamentales para el desenvolvimiento del país: la educación y la salud. Por eso -dice- animado de tal empeño, el Ministro quiere subrayar la posición de su país y de su Gobierno en orden a los temas de salud que figuran en el programa de la reunión. Afirma que el tema

de las Discusiones Técnicas dedicado en esta reunión a la tuberculosis, constituye un estímulo para su país que ve en el combate de esa enfermedad un objetivo fundamental. Alude a las campañas desarrolladas en el Brasil para la erradicación de otras enfermedades transmisibles y manifiesta que se enorgullece de las victorias logradas merced a la cooperación internacional, cooperación que considera indispensable sobre todo para países como el que él representa, cuya extensión territorial es de 8 millones de km² y su población de 80 millones de habitantes, con un crecimiento demográfico de 2 millones de seres por año.

Subraya los grandes contrastes existentes en Brasil, en donde hay zonas muy saneadas, en tanto que hay otras en las que es considerable la incidencia de enfermedades transmisibles; frente a áreas de elevado desarrollo hay otras en las que subsisten formas primitivas de vida, con sus características de alta mortalidad, alta morbilidad y baja expectativa de vida al nacer. Hace constar que la estructura del Ministerio trata de responder a esas diferencias, lo que significa, por un lado, que se concede elevada prioridad a las dolencias de tipo degenerativo: perturbaciones mentales, enfermedades originadas en el trabajo y, por otro, que la prioridad haya que atribuirle a las enfermedades transmisibles, a la mortalidad infantil, a las endemias rurales.

Anuncia que, en líneas generales, la acción planeada por el Ministerio de Salud Pública del Brasil comprende la vacunación en masa en las zonas más afectadas por la viruela; el saneamiento del medio en las localidades de dos mil a cinco mil habitantes en las que reside el mayor contingente de la población; la instalación de una Escuela Nacional de Salud Pública; la lucha contra las endemias rurales que aquejan a vasta zonas del territorio y, por último, la modernización de la red de hospitales y la incorporación al Ministerio de Salud Pública de los servicios de Asistencia Médica y de Previsión Social.

Todo ello -afirma el Dr. Brito- tiende a poner en evidencia que el Gobierno del Brasil considera al hombre, al ser humano, como el centro, el medio y el fin de su programa de desarrollo socio-económico. Ese respeto para la persona humana cristaliza, en un sentido más general, en el afán de cooperación internacional que impulsa en sus actos al Gobierno del Brasil, como lo prueba la actitud asumida por éste en áreas ajenas a su propio territorio, al colocarse, en horas dramáticas para los destinos del mundo, al lado de los defensores del Derecho, de la Justicia y de la Libertad. Y así, ahora, en un movimiento nacido en el seno del pueblo, que encontró el apoyo, el civismo y la bravura de las fuerzas armadas, pudo el Brasil mantener el régimen democrático, salvar la civilización occidental,

resguardando a nuestro Continente del imperio de ideas extrañas a nuestras tradiciones cristianas. Como centinela avanzado -dice- cumplimos con nuestro deber. Y así también, en todos los sectores de la salud pública, el Gobierno del Mariscal Castelo Branco sabrá ratificar, objetivamente, las palabras pronunciadas en esta reunión por su Ministro de Salud Pública.

Informa que, desde 1955, Brasil está empeñado en la tarea de unificar todos los servicios médicos y de asistencia social que existen en el país y una comisión interministerial se viene ocupando de la cuestión. Se pretende que todos los organismos de asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, todos los servicios de medicina curativa, preventiva y de recuperación se integren en el Ministerio de Salud y se evite toda duplicidad de actividades. Sabemos -agrega- que hay áreas en las cuales existen servicios de salud pública y otras en las que no los hay, siendo menester que todos los esfuerzos para resolver esta clase de problemas se orienten en el mismo sentido, incluyendo el seguro social. En Brasil hay 2.555 localidades y, de ellas, 2.252 apenas tienen servicios de agua y drenaje; hay además, en los hospitales, 11.000 camas que no están dotadas de equipo suficiente. Subraya que el Gobierno actual está en condiciones de proceder a unificar, en el Ministerio de Salud, todos los servicios de carácter social y realizar

asimismo el saneamiento básico de las ciudades; toda esta labor competía anteriormente a cinco o seis Ministerios, lo que esterilizaba cualquier intento eficaz. El presupuesto actual, de los 100 mil millones de cruzeiros, pasará a ser de 300 mil millones con la unificación de actividades que se propone, lo que equivale a cerca de 300 millones de dólares. Cree que el plan de unificación puede ser aprobado por el Congreso en un plazo de sesenta días y dentro de tres meses se llevará a cabo una obra gigantesca en materia de salud.

Indica el Dr. Britto que ha sugerido el Presidente del Brasil que se recabe el asesoramiento de la Oficina Sanitaria Panamericana para que algunos técnicos de ella dictaminen sobre el proyecto de unificación mencionado. Considera que no es un proyecto que pueda realizarse de un día para otro, sino en forma escalonada, en armonía con los recursos nacionales.

El Dr. MALLETT (Observador, OIT) empieza su intervención dirigiendo un cordial saludo a los Representantes y afirma que la OIT tiene puntos de contacto con la OPS y con la OMS, porque así como éstas se proponen estimular y coordinar la lucha contra las enfermedades, mejorar cada vez más el nivel de salud de las poblaciones e incrementar el bienestar físico y mental de ellas, la OIT tiene a su cargo

la misión de promover la justicia social en el mundo y la protección de los trabajadores, tanto contra las enfermedades como contra los accidentes originados en el trabajo. Alude al respecto a la Declaración de Filadelfia y enumera las funciones que competen a la OIT, en especial la relativa a la aplicación por los Gobiernos de principios y medidas para la conservación, mejoramiento y restablecimiento de la salud de los trabajadores. Se refiere también a las investigaciones que la OIT está obligada a realizar en materia de seguros de enfermedad y de riesgos profesionales y la asistencia técnica a los Gobiernos para la creación o ejecución de programas médicos en el marco de la seguridad social.

Recuerda la resolución adoptada en 1952, en la Reunión celebrada en Petrópolis, en virtud de la cual la OIT ha prestado asistencia técnica a diversos países de las Américas para la extensión o perfeccionamiento de servicios del seguro de enfermedad. Refiriéndose a los problemas que plantea la falta de reciprocidad para la vigencia de un régimen de seguro social en todos los países americanos, señala las resoluciones que sobre este tema fueron adoptadas en las Conferencias Regionales celebradas por la OIT en Petrópolis y en Buenos Aires y el informe que elaboró la misma Organización para la Conferencia Interamericana Seguridad Social que se celebró el año actual en Asunción (Paraguay).

Muestra el interés de la OIT por el estudio de las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y los organismos gubernamentales de salud, interés que emana de las misiones específicas que le han sido encomendadas para la protección de la salud de los trabajadores y sus familias y de las actividades que lleva a cabo la OIT en el campo de la seguridad social.

Hace constar que la OIT, tanto en sus instrumentos internacionales como en sus planes y proyectos de asistencia técnica ha subrayado la necesidad de la colaboración y de la coordinación en las actividades de protección de la salud que desarrollan los países: evitar duplicaciones, lograr el aprovechamiento óptimo de los recursos humanos y materiales.

El Dr. MARTINEZ (México) indica que en la reunión del Comité Ejecutivo propuso que se efectuase un estudio sobre las relaciones entre las instituciones de seguridad social y los Ministerios de Salud con el fin de establecer las líneas generales para una coordinación de todos los servicios de salud.

Declara que en México hay preocupación porque esa coordinación se realice sin incurrir en el error de causar el menor retroceso en lo ya logrado por cada organismo. Agrega que la mejor manera de coordinar no es deteniendo la marcha

de los que van a la vanguardia, sino ayudando a avanzar a los que se quedan atrás. En algunos países de América Latina -dice- los organismos de salud pública marchan en primer lugar y, en otros, los de seguridad social. Lo importante es que se reconozca que coordinar no es someterse, es reconocer que coordinar es vivir con libertad a base de apoyo mutuo. La coordinación, por tanto, es un hecho generalmente aceptado y el problema radica en cómo lograrla.

La mayoría de los Representantes estará de acuerdo -señala el Dr. Martínez- en que ninguno de nuestros países puede ofrecer una realización ejemplar, óptima, que no pueda ya ser superada; probablemente coincidirá esa mayoría en que la Oficina Sanitaria Panamericana está capacitada para cooperar a esa superación que los países necesitan alcanzar. Pero, ¿de qué manera podrá la Oficina ayudar a cada país?, se pregunta el Dr. Martínez.

Estima que el Consejo Directivo no está en condiciones de proponer al Director una serie de medidas al respecto, pues no habría tiempo para que el Consejo analizase con cuidado todos los aspectos de la acción que la Oficina podría realizar para promover la superación de las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y las Secretarías o los Ministerios de Salud, así como otros

organismos gubernamentales de salud. Se trata, a su juicio, de una cuestión compleja. No quedan -opina el Dr. Martínez- más que uno de los dos caminos siguientes: o dejar a la Oficina que establezca pautas de acción, o señalar medidas, instruyendo a la Oficina, para que obre al respecto con el consenso del Consejo Directivo.

Es de suponer -añade- que la mayoría de los Representantes estará de acuerdo en que la absoluta libertad de acción de cada país debe ser inviolable; en que la Oficina debe respetar las características políticas y administrativas de cada país. La manera como puede actuar tiene que variar de país a país, pero la acción de la Oficina tiene que estar regulada por el Consejo Directivo para tal propósito.

El Dr. Martínez propone, en consecuencia, la conveniencia de instruir al Director de la Oficina para que a la mayor brevedad organice un grupo de estudio, sin representación oficial, pero sí de carácter técnico, que analice con todo cuidado el problema y someta a la consideración del Consejo Directivo, en su próxima Reunión, previo estudio del Comité Ejecutivo, las medidas que la Oficina pueda aplicar, en cooperación con los países, en el desarrollo de cuestión de tanta importancia. Señala la conveniencia de que este grupo de estudio esté integrado por representantes con experiencia en seguridad social y en servicios de salud pública

y cuente con la ayuda no sólo de la Oficina sino de aquellos elementos internacionales que puedan colaborar en ese trabajo. Las conclusiones de dicho grupo de trabajo tendrían que someterse al Comité Ejecutivo y éste presentaría sus puntos de vista al Consejo Directivo, Cuerpo que después daría instrucciones al Director de la Oficina para que las pusiera en práctica.

Agrega que no se puede normar la acción de la Oficina Sanitaria Panamericana en un punto de tanta trascendencia, sino a base de un meticoloso y progresivo estudio de la realidad latinoamericana. Los adelantos que hay en un país, la ideología que hay en otro, los principios administrativos en alguno más -dice el Dr. Martínez- pueden ser totalmente distintos, y a mí me parece que eso es benéfico. En principio, hay que huir de la regimentación, de la unificación de métodos. La riqueza de la América Latina y de los países de las Américas en conjunto no consiste en establecer patrones inviolables sino en fomentar la creación de sistemas de vida colectiva, que sean una respuesta genuina a las características culturales de cada país de América. Por tanto, las soluciones que se apliquen en cada país deben y tienen que ser de la decisión exclusiva del país correspondiente, pero la OSP está en condiciones de ayudar a todos los países de las Américas a favorecer, a acelerar y a facilitar la relación entre la seguridad social y la salud

pública con el objeto de evitar que se malgasten esfuerzos humanos, económicos, etc., que, a la larga, impedirán el robustecimiento de amplios programas. Termina diciendo el Dr. Martínez que coordinar no supone otra cosa que liberarse del aislamiento, trabajar en conjunto, dentro de los recursos de cada país, y a la luz de las experiencias de la hermandad del Continente.

El Dr. QUIROS (Perú) se adhiere a la proposición formulada por el Representante de México y manifiesta que la cuestión es de tanta trascendencia que considera conveniente que constituya el tema de las Discusiones Técnicas de una próxima Reunión del Consejo Directivo. Estima que debe coordinarse asimismo la acción de los organismos internacionales, como la OIT y la OPS, para evitar que se produzca dispersión de esfuerzos.

El Dr. ACOSTA (Colombia) presenta un proyecto de resolución en virtud del cual se toma nota del informe formulado por el Director sobre el tema; se reafirma la política seguida por la Oficina encaminada a fortalecer la estructura jurídica y las atribuciones normativas de los Ministerios o Secretarías de Salud; se encomienda al Director que prosiga y amplíe los estudios ya emprendidos e intensifique las gestiones que se están llevando a cabo al respecto, encargándole, por último, que presente un

nuevo informe sobre esta materia a una próxima Reunión del Consejo Directivo; se le autoriza asimismo para que, en la aplicación del programa y presupuesto para 1965 tome en consideración las nuevas necesidades que surjan de dichos estudios.

El PRESIDENTE sugiere que la proposición formulada por el Representante de Colombia se redacte teniendo en cuenta lo propuesto anteriormente por el Representante de México.

El Dr. MARTINEZ (México) manifiesta que no tiene inconveniente en redactar una proposición en los términos a que ha hecho referencia en su intervención anterior, pero precisa que, a su entender, la proposición presentada por Colombia es diferente, ya que en ella se atribuye a la Oficina la responsabilidad de llevar a cabo los estudios de que se trata.

El Dr. AGUILAR (Guatemala) apoya las manifestaciones del Dr. Quirós (Perú) en el sentido de que la OIT y la OPS se pongan de acuerdo para coordinar en ciertos problemas sus actividades de asesoramiento a los Gobiernos.

Dr. WATT (United States of America) underscored the remarks of the Representative of Guatemala, agreeing that the problem was extremely difficult and required thorough

study. However, great care had to be exercised in selecting the methods of study so as not to confuse the means with the ends they had in mind. He made that comment because he had noted that the debate had at times shifted from discussion of the objectives of social security to certain legally constituted bodies whose duty it was to provide certain social services. There had been a shift in what he would term "the upper and the lower case" of social service; the one in small letters represented the services to be rendered and one in capital letters represented the proper names of the organizations delivering the services.

There was really not much disagreement as to the necessity of full and complete understanding of the social services to be rendered, regardless of the mechanism chosen by the individual country. In that, he agreed with the Representative of Mexico that the rights of the individual states had to be respected in any study or any activity they decided to undertake.

He hoped that a resolution would be adopted calling for the study to be carried out with dispatch, thoroughness, and understanding, but that it be recognized that current studies were not complete and therefore that the doors should not be closed or the methods of analysis shut out.

Rather, all the methods should be used so that at the next meeting there might be available a progress report based on studies that were as complete as possible.

El PRESIDENTE propone que se designe una comisión que redacte un proyecto de resolución que recoja los puntos de vista expuestos en el curso del debate y sugiere los nombres del Dr. James Watt (Estados Unidos de América), como Presidente; el Dr. Manoel José Ferreira (Brasil); el Dr. Roberto Acosta (Colombia); y el Dr. Pedro Daniel Martínez (México).

Así se acuerda.
It was so agreed.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) se muestra satisfecho y agradece a los Delegados por la calidad y contenido en que el debate se ha desarrollado y que, a su juicio, ha respondido en realidad a los propósitos del documento que se preparó y a las instrucciones recibidas de los Cuerpos Directivos de la Organización, como la emanada de la Reunión de Ministros de Salud Pública celebrada en abril de 1963 en Washington. Estima que, en síntesis, la esencia del problema que se debate consiste en el propósito que anima a los Gobiernos de invertir mejor para proporcionar asistencia, con igual volumen de recursos, al mayor número de personas. Señala que existen instituciones con funciones, a veces competitivas, que se duplican y que no benefician

adecuadamente a la población. Recuerda que la política fijada por el Consejo Directivo a la Oficina Sanitaria Panamericana tiende a una utilización de los recursos que tenga en cuenta determinadas prioridades, es decir las necesidades más apremiantes, y afirma que para conocer los resultados de dicha política, la Oficina ha intentado hacer un balance de la situación actual. Ahora bien, -agrega- como en las actividades de salud participan instituciones diversas, el asunto tiene complicaciones de carácter político, financiero e institucional. Por ello considera que un estudio que se realice en el seno de cada país, respondiendo a normas generales, pero que contenga los datos fundamentales, es indispensable para que cada Gobierno se forme idea y resuelva, dentro de su soberanía, lo que estime más conveniente. Añade que habrá países, como ha dicho el Ministro de Salud del Brasil, que querrán integrar todas las prestaciones médicas en el Ministerio de Salud, pero también habrá otros que querrán mantener una disociación institucional, coordinando en cambio las acciones locales, y que igualmente puede haber otros que decidan no emprender ninguna nueva construcción, a menos que responda a un plan nacional de salud, cualquiera que sea la institución que la financie. Hay, pues, -dice el Dr. Horwitz- distintos mecanismos, pero manteniendo siempre el principio de prioridad para las actividades encaminadas a lograr el bienestar de los habitantes de los países, no el prestigio institucional. Estima que,

a su entender, el Consejo Directivo desea que la Oficina Sanitaria Panamericana examine el tema a fondo, siguiendo las pautas que el mismo Consejo le fije, y esa es la interpretación que el Dr. Horwitz da a la intervención del Representante de México.

Manifiesta el Director que una vez más se está subrayando que la Oficina no es un organismo supernacional, sino uno de asesoramiento; que no interfiere con la soberanía de cada Gobierno, sino por el contrario que sólo presta asesoramiento a aquellos Gobiernos que lo solicitan.

Cree conveniente que se lleve a cabo un análisis más o menos profundo de la situación de cada país, como se hizo, por ejemplo, en El Salvador, antes de que los países que no lo hayan realizado tomen determinaciones que tengan significado político, económico o social. Hace constar que si el Consejo Directivo resuelve que se llame a un grupo de expertos para establecer las bases del estudio que se desea y adoptar las medidas más recomendables para hacer las inversiones más apropiadas, la Oficina Sanitaria Panamericana no eludirá en modo alguno la responsabilidad que se le quiera atribuir. Añade que, a su juicio, no hay dificultad en organizar ese grupo de expertos; son ya varios los comités de tal naturaleza reunidos por la Organización Mundial de la Salud y por la Organización

Panamericana de la Salud, y todos ellos proceden con absoluta independencia de criterio; se trata de personas y no de Gobiernos ni instituciones. Se requiere de ellos que apliquen la experiencia que poseen sobre un problema determinado; a su vez, esos expertos no influyen en la Organización ni en los Gobiernos, pero el tiempo está demostrando que su consejo es tan valioso que, por lo general, suele ser aceptado. Afirma que si en la resolución que se tome se reitera el propósito de que la Oficina Sanitaria Panamericana dedique su atención a este problema, en el cual ya ha iniciado gestiones, debería hacerlo a través de un Comité de expertos, así se hará. Se reitera, asimismo, la necesidad de que se realicen estudios en el seno de cada país, siguiéndose ciertos lineamientos generales y se expresa también la opinión, coincidente con lo manifestado por el Representante del Perú, de que este asunto sea tema de las próximas Discusiones Técnicas en el Consejo Directivo del año próximo. El Dr. Horwitz declara que, como siempre, la Oficina está dispuesta a dar cumplimiento a los acuerdos que el Consejo Directivo adopte en los puntos antes enumerados.

TEMA 29: ESTADO DEL PROGRAMA CONTINENTAL DE ABASTECIMIENTO
DE AGUA Y DE ELIMINACION DE AGUAS SERVIDAS
ITEM 29: STATUS OF THE CONTINENTAL WATER SUPPLY
AND SEWAGE DISPOSAL PROGRAM

Mr. HOLLIS (Chief, Environmental Sanitation Branch, PASB) presented Document CD15/16, outlining the status and progress of urban water supply and sewerage services in Latin America.

Section B of the report included a statement from the Annual Report (1963) of the Inter-American Development Bank on the progress made by the Latin American countries in formulating plans and programs for water and sewerage services. That reference was included because it reflected the growing interest and understanding in all quarters with respect to the importance of community water supplies to the health, social and economic progress, and well-being of peoples. Annex I presented a detailed tabulation, also from the IADB report, of the improvements in the water supply and sewerage fields financed with loan assistance from the Bank since the signing of the Act of Bogota.

Section C of the report described the support given to programs through international loans, and discussed the expenditures made and progress achieved in the period 1960-1963. In that period \$500,000,000 had been committed by the Governments for the improvement of water supply and sewage systems in urban areas; about half that amount was from international loans.

The report also included a suggested work schedule, or time table of progress, by years, that should be followed if the objectives established in the Charter of Punta del Este were to be achieved. As the report indicated, water supply improvements currently under way would serve 37 per cent of the projected 1971 urban population. Certainly, that was a good beginning. However, the program thus far had focused attention on major metropolitan centers in the various countries and there were now clear indications that the rate of progress was slowing down. For that reason, the Director was working closely with the Inter-American development Bank and with other agencies to provide additional assistance to Governments in an effort to stimulate further improvements in the middle-sized cities, as well as in the rapidly expanding large urban centers. Increased efforts and assistance to accelerate the program in the middlegroup cities were considered to be urgent. It was specially important that the preliminary work include the preparation of well-conceived plans and feasibility studies to ensure that project submissions would be technically sound in order to qualify for support from international lending agencies. Accordingly, the task was to increase both the number of project proposals and their quality. That would require increased action by the Governments. The Director was strengthening the Organization's resources to assist in that effort.

Section D of the report reviewed the situation with respect to the Community Water Supply Fund. Voluntary contributions to the Fund had not met expectations and the Organization's technical assistance program was accordingly restricted. Annex IV of the report showed the status of the Fund for the years 1960-1963.

Section E outlined the education and training activities for engineers and auxiliary personnel. In that field, the assistance of the United Nations Special Fund in Venezuela and Brazil was of major significance and the Director was pleased to report satisfactory progress in those projects.

Attention was also being given to the important problem of sanitary engineering research. Everyone was aware of the rapid scientific and technological progress being made throughout Latin America. As programs were carried out to meet the needs of today, sight should not be lost of the preparations required to meet the problems of tomorrow. For that reason, it was essential to encourage and support applied research.

Dr. Hollis offered to furnish any additional information on the program that the Council might wish to have.

El Dr. HYRONIMUS (Francia) manifiesta que no hay mejoras sociales sin abastecimientos de agua potable, y que en la Guayana Francesa tienen inconvenientes a este respecto y se

plantean problemas financieros. En la Martinica y Guadalupe -agrega- el problema de las conexiones domiciliarias es muy difícil debido al tipo de vivienda existente. Respecto a la importancia del crecimiento de las poblaciones con relación al suministro de agua, señala que se debe proporcionar agua de acuerdo con el aumento de población. Como ejemplo, hace notar que en Cayena es necesario duplicar la cantidad de tubería lo que es muy costoso. Subraya también la importancia de considerar el problema de los detergentes que se arrojan a los alcantarillados y que impiden la evacuación de las aguas negras. Convendría saber, dice, si esto ha sido resuelto en otros países.

El Dr. MARTINEZ (Cuba) señala que dada la importancia del tema le parece oportuno ofrecer algunos datos sobre su país: el promedio aproximado de población urbana en núcleos mayores de 1.000 habitantes que están recibiendo servicio de abastecimiento de agua, se distribuye en la siguiente forma: 96 acueductos, que atienden a una población de 3.130.000 habitantes, son operados por la Comisión Nacional de Acueductos y Alcantarillado y 23 sistemas, administrados localmente por las municipalidades, atienden a 170.000 habitantes.

La población urbana, en localidades de más de 1.000 habitantes, que no cuenta con servicios de acueductos, se estima en 370.000 habitantes.

Con respecto a la población rural, el Representante de Cuba hace notar que se abastece a más del 90% de aguas limpias, tanto de embalses como de aguas subterráneas, y que es mayor la proporción de este último tipo.

Del control de la extracción del potencial hidráulico se encarga el Instituto de Recursos Hidráulicos, el que también da facilidades para impulsar el suministro de agua a localidades rurales. Señala que el Gobierno revolucionario, consciente de que las deficiencias en calidad o en cantidad del abastecimiento de agua afectan la salud y el progreso social, está trazando una política nacional acerca del aprovechamiento y cuidado de las reservas hidrológicas nacionales y dictando las medidas necesarias a estos fines.

La Comisión Nacional de Acueductos y Alcantarillados es el organismo que tiene a su cargo el financiamiento de los sistemas en el país.

Como objetivo de los futuros programas, el Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos espera completar la primera etapa encaminada al desarrollo máximo del control de aguas en 1968-1970 y la segunda parte, en 1975. En los próximos años se construirán unas 50 presas y se realizarán trabajos para regar unas 400.000 hectáreas y, además, poder extraer unos 78.000 kilowatios de energía y 11.000.000 de galones para acueductos. En el pasado, los abastecimientos de

agua se solucionaban parcialmente atendiendo a los requerimientos urgentes, mientras que ahora se está trazando una política nacional definida.

Los gastos previstos para los programas de abastecimiento de agua y eliminación de las aguas residuales para el año de 1964 alcanzan a 31.272.900 pesos que corresponden a: construcción de obras nuevas y de rehabilitación: 12.330.000 pesos; importación de equipos: 1.350.000 pesos, y operación y mantenimiento de la Comisión Nacional de Acueductos y Alcantarillado: 17.892.900 pesos.

El Representante de Cuba señala, finalmente, que los planes de financiamiento son estatales, no utilizándose capital extranjero, y que sólo se invierten en la adquisición de materiales y equipo en el extranjero unos 9.000.000 de pesos destinados a la Comisión Nacional de Acueductos y Alcantarillado y unos 20.000.000 de pesos para obras hidráulicas del Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos.

El Ing. MONTES DE OCA (México) manifiesta que en México hasta el momento se han utilizado poco los préstamos internacionales debido, en parte, a la falta de un plan definido y también por otras razones. Indica que hasta 1964 el 60% de la población urbana calculada cuenta con servicios de agua, que el problema de las poblaciones urbanas es más fácil de resolver que el de las poblaciones rurales. En cuanto

a la población rural atendida hasta 1964, la cifra es del orden del 12 por ciento. Hace observar que el total de personas que carecen de servicios en 1964 es mayor que el de 1963, lo que indica que la población atendida no guarda relación con el crecimiento.

Mr. BOARD (United States of America) said that it was gratifying to note the interest taken in that problem by the Ministries of Health, especially in the matter of water supplies and sewerage for urban areas, since in most countries those Ministries were not the executing agencies for such programs, but supported them because of their public health significance. A reflection of that interest was the very effective and progressive program undertaken by the PASB, under the forceful and capable leadership of its Director and his staff.

The progress thus far could be attributed in large measure to their efforts, and it was impressive. However, the need was clear to accelerate the pace in order to cope with the demographic growth and the problems to which it gave rise. The resources available to PASB for rendering assistance in that field were a key factor in the attainment of the program objectives, since they were essential for giving support to the initial exploratory and planning activities leading to the establishment of national programs, and

for assisting the Governments in developing acceptable loan applications. Once the loans had received approval, it was possible for PASB technical engineering assistance to be financed from the loan monies. Such arrangements were already in the process of negotiation in one or two instances.

The high priority accorded to the program by the Governing Bodies would seem to require increased support from regular budget sources. The prorated costs of the part-time services of general sanitary engineering consultants currently credited as regular budget support for the program was very largely justified but would hardly prove adequate.

There were several other potential sources of financial support for PASB activities, many of which had already been explored, including the expressed interest of the U.N. Special Fund in supporting the feasibility and planning studies and in the training of middle-level technical personnel. Perhaps additional support might be available from other technical assistance programs if the Governments themselves assigned sufficiently high priority in their country aid program plans. Efforts in that direction would seem to be specially appropriate, for such projects could be utilized to support programs which PASB was already assisting.

The World Bank had recently entered into agreements with FAO and UNESCO for the joint financing of reservoirs

of technical personnel to review program potentials and plans in Member Countries. That mechanism would make it possible to double existing resources of the respective agencies and would have the result of stimulating program applications which would be competing with water supply program aims in many cases. It might be appropriate for PAHO to explore a similar type of agreement with the World Bank or the Inter-American Development Bank. He understood that the IADB was currently considering the approval of free investment loans to several countries to finance preliminary studies and planning for water supply programs. Perhaps it would be possible for PAHO to enter into contractual arrangements with those countries for the provision of technical assistance to be reimbursed from the loan funds.

The present policy of the U.S. Agency for International Development, which had resulted in reduction or elimination of technical advisers in the Field Missions, presented an opportunity for PAHO technical field advisers to develop a collaborative relationship with those Missions. It should be possible to provide the cooperating Governments with advice and assistance that would represent the joint views of the two organizations, rather than risk the hazard of conflicting or confusing views due to the absence of technically competent personnel in the AID Mission staff.

Mr. Board reported that agreements signed with AID and the U.S. Public Health Service on 26 June 1964 provided for the assignment of three Public Health Service engineers to PAHO for a period of two years. That action gave evidence of the earnest desire on the part of AID to support PAHO in water supply programs and should further encourage the establishment of suitable working relationships in the field.

The voluntary contributions that had been made to the PAHO Community Water Supply Fund by the U. S. Government were intended to serve as a stimulating mechanism that would hopefully encourage the expansion of program activities and support by other Governments. The U. S. Government felt that those contributions were more than justified during the formative stages of the program. But it had never intended that they should be continued indefinitely. However, he was pleased to report that his Government, through AID, was planning to contribute \$300,000 to the Community Water Supply Fund in 1965. It realized that that sum was entirely inadequate, but hoped that it would be supplemented by regular budget funds, especially in succeeding years, and through other resources such as those he had mentioned and those suggested and discussed by the Executive Committee in connection with the resolution that would be presented to the Council under the agenda item on the program of rural water supply and well-being.

El Dr. BRITO (Brasil) señala que el problema del abastecimiento urbano de agua es de mucho interés, no solamente para su país sino para toda la América Latina. En el Brasil existen 2.555 poblaciones urbanas, de las cuales 2,252 no cuentan con servicios de agua ni tampoco de alcantarillado. Por lo tanto, se impone una solución rápida del problema. Ya se ha dado el primer paso con la creación de un fondo rotatorio correspondiente al 0,3% del presupuesto del país.^{1/} Estos fondos serán entregados al SESP (Servicio Especial de Salud Pública) del Ministerio de Salud Pública y corresponden a siete mil millones de cruzeiros, o sea 7 millones de dólares aproximadamente.

En lo que se refiere a la Ciudad de Río de Janeiro, que hasta el advenimiento del actual gobierno padecía de un gran déficit de agua, ya ha sido resuelto el problema, pues se han asignado setenta mil millones de cruzeiros, a fin de suministrar agua potable a la población prevista hasta el año 2.000.

La unificación de los servicios de saneamiento de poblaciones de hasta 20.000 habitantes, que estaban bajo la administración de otros Ministerios, pasará a la jurisdicción del SESP del Ministerio de Salud, ya que éste es un

^{1/} Ley No. 4366, de 28 de julio de 1964.

órgano normativo y supletivo por estar el problema del abastecimiento de agua orientado exclusivamente por el SESP.

Existen planes ya listos para llevar a cabo las obras siguientes:

Proyectos ya concluidos:	289
Proyectos en elaboración:	113
Construcciones:	
en marcha:	121
terminadas:	101
ampliaciones:	10
paralizadas por falta de recursos:	17
Administradas por municipalidades:	63

El Dr. Britto agradece la ayuda ofrecida a los países latinoamericanos por los Estados Unidos de América, teniendo en cuenta que el éxito de los problemas de salud pública depende directamente de la solución de los problemas de agua y alcantarillado, así como de los recursos externos suministrados por los organismos internacionales de crédito, como el BID y la AID.

El Ing. JOVE (Venezuela), señala que los Gobiernos de las Américas se comprometieron en la Carta de Punta del Este a proporcionar agua y alcantarillado en un plazo de diez años al 70% de la población urbana, asumiendo así una grave responsabilidad. Manifiesta que el Dr. Hollis se ha revelado

optimista respecto al logro de los objetivos durante los primeros años, pero ha dejado entrever una situación menos promisoría en los años venideros. Considera el Representante que es muy importante que la OPS mantenga informados a los Gobiernos sobre el progreso alcanzado en el desarrollo del programa.

La magnitud del problema se aprecia por el hecho de que para abastecer de agua a 105.000.000 de personas en el medio urbano al término del período, se requerirá una inversión estimada en 5.250.000.000 de dólares, o sea 525.000.000 de dólares por año. Durante los tres primeros años las erogaciones, provenientes de todas las fuentes de financiamiento, ascenderían a 400.000.000 de dólares, suma que no ha sido invertida totalmente. Existe un contraste evidente entre lo invertido y lo que se requeriría de acuerdo al promedio expresado, por lo cual, el Representante se manifiesta alarmado porque los planes no alcanzarían así la meta fijada.

El Ingeniero manifiesta a continuación que tiene la impresión de que la meta relacionada con el alcantarillado no podrá ser cumplida, pero que es posible alcanzar el objetivo en lo que se refiere al abastecimiento de agua, siempre que pongan todo su empeño los Gobiernos, organismos internacionales de financiamiento y la OSP en su función asesora y catalizadora.

De los datos del Informe se desprende que algunos países han hecho muy poco en sus respectivos programas, que otros tratan de cumplir el objetivo, pero sin el ritmo requerido, y que otros pocos pueden alcanzar el objetivo. Estima que por una parte, hay fondos disponibles en las instituciones internacionales de crédito que aún no han sido utilizados, porque no han recibido solicitudes de préstamos y, por otra, los estudios presentados en algunos casos no han reunido los requisitos para su pronta aprobación.

Señala que es evidente que, al mismo tiempo que se reconozca y agradezca la labor que ha realizado la Oficina en este campo, se le debe recomendar que intensifique sus funciones de asesoramiento y estímulo a nivel de los Gobiernos, a fin de que se vayan reduciendo o eliminando aquellos factores que han tendido a retardar el programa.

Anuncia que al terminar el debate presentará un proyecto de resolución al respecto.

El Dr. AGUILAR (Guatemala) manifiesta que, en términos generales, se piensa que parte del segundo semestre de 1964 se ha dedicado a la formulación de proyectos que se iniciarán en 1965 y a la promoción de las comunidades. En ese mismo lapso se harán las gestiones para la obtención del préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo.

Se estima que durante los primeros meses de 1965 se adelantarán las labores preliminares a la ejecución del plan, la organización de oficinas locales, la preparación de lista de materiales y la licitación correspondiente de compras en el exterior.

Con el objeto de no demorar la realización del plan, se aprovechará la época de sequía y, sacando partida de los recursos con que actualmente cuenta el Departamento de Ingeniería Sanitaria, se va a iniciar la construcción de algunas obras en el curso de 1965.

Señala que no solo por razones de economía, sino por tratarse de obras que tienen un carácter marcadamente social, se acentúa mucho la participación activa de la comunidad en la iniciación de los trabajos y, como la mayor parte de éste consiste en mano de obra especializada, la construcción deberá hacerse por el sistema de administración directa. Termina indicando que todas estas actividades revelan la importancia que se concede en su país a este problema.

El Ing. PASTERANO (República Dominicana) manifiesta que la Delegación de su país se complace en presentar algunas cifras referentes al problema en la República Dominicana.

En su país, las enfermedades de origen hídrico ocupan un lugar preponderante en los niños menores de cinco años; en 1959 la mortalidad fue de 1.090 por 100.000 habitantes.

Aun cuando en la República Dominicana las poblaciones más importantes cuentan con sistemas de abastecimiento de agua, éstos dejan mucho que desear en cuanto a la calidad y cantidad del suministro.

Antes de 1962 existía una gran dispersión de recursos y esfuerzos, ya que del problema del agua urbana se encargaban las municipalidades, el Departamento de Recursos Hidráulicos de la Secretaría de Agricultura y la Liga Municipal Dominicana. En la fecha mencionada, para cumplir con las recomendaciones del Acta de Bogotá y de la Carta de Punta del Este, se creó el Instituto Nacional de Agua Potable y Alcantarillado (INAPA), institución que encontró serios obstáculos en los municipios que se resistían al traspaso de la administración de los acueductos. Ultimamente, se agotaron varios procedimientos para cambiar esa actitud, así como para convencer a los municipios de la importancia económica del mencionado traspaso, pero el elemento de mayor persuasión ha sido la cooperación internacional representada por el préstamo por más de un millón de dólares, que el BID otorgó a INAPA. Esta gestión ha permitido que actualmente INAPA opere en más de cuatro ciudades y obtenga otro préstamo para el estudio pitométrico de la red de distribución de agua de Santo Domingo.

El Dr. OÑATIVIA (Argentina), al presentar una síntesis de la situación existente en la República de Argentina, se refiere

al objetivo de la Alianza para el Progreso de suministrar en el próximo decenio agua potable y desagüe a no menos del 70% de la población urbana, y señala que las obras sanitarias en la Argentina han mostrado una alta eficiencia técnica y administrativa y que actualmente el 75,3% de la población urbana está atendida, porcentaje que comprende la mayor parte de las grandes poblaciones.

Por esto, la población urbana de la Argentina estará satisfecha en los próximos cinco años con las obras sanitarias que se instalen.

Finalmente señala que más adelante se referirá al plan de salud pública de las poblaciones rurales de hasta 3.000 habitantes.

El Ing. JOVE (Venezuela) da lectura al siguiente proyecto de resolución:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre el estado del programa continental de abastecimiento de agua y de eliminación de aguas servidas en las zonas urbanas (Documento CD15/16);

Teniendo en cuenta la urgencia de prestar servicios adecuados de abastecimiento de agua y de alcantarillado a las zonas urbanas, sea cual fuere su tamaño, dada la importancia que revisten estos servicios para la salud y el progreso social y económico de la población;

Considerando que es indispensable proporcionar dichos servicios a un ritmo que permita atender a las necesidades del actual crecimiento de las zonas metropolitanas, a fin de proteger la salud de estos sectores urbanos de población;

Observando con satisfacción los progresos realizados en este campo desde 1961, según se reflejan en el hecho de que los Gobiernos y las instituciones internacionales de crédito han asignado \$500.000.00 para el mejoramiento de los servicios de abastecimiento de agua y de alcantarillado;

Teniendo en cuenta, sin embargo, que los nuevos proyectos no se están desarrollando de acuerdo con los planes establecidos para atender las necesidades y alcanzar los objetivos señalados en la Carta de Punta del Este, o no responden al actual ritmo de crecimiento de las poblaciones urbanas;

Reconociendo que el apoyo prestado por las instituciones internacionales de crédito, en especial el Banco Interamericano de Desarrollo, ha contribuido en gran medida al progreso en la realización de los programas de abastecimiento de agua y de alcantarillado; y

Teniendo en cuenta que las aportaciones voluntarias al fondo de la OPS para Abastecimiento Público de Agua efectuadas por los Gobiernos de Colombia, Estados Unidos de América, Uruguay y Venezuela han permitido ampliar el programa de asistencia técnica de la Organización en este campo,

RESUELVE:

1. Encarecer a todos los Gobiernos que amplien sus respectivos programas de servicios de abastecimiento de agua y de alcantarillado, dedicando especial atención a la formulación de propuestas adecuadas relativas a proyectos de esa índole, fundadas en planes bien concebidos y en estudios de factibilidad que garanticen la aceptación, por parte de los organismos internacionales de crédito, de proyectos que permitan satisfacer las necesidades existentes o previstas con respecto a dichos servicios.
2. Recomendar al Director que amplie la asistencia técnica de la Organización a los Gobiernos y que continúe colaborando estrechamente con el Banco Interamericano de Desarrollo y otros organismos, a fin de acelerar la marcha de los programas en esta esfera.
3. Recomendar al Director que prepare y presente un plan para financiar las actividades de la organización en relación con los servicios urbanos de abastecimiento

de agua y de alcantarillado, teniendo en cuenta las limitaciones y la inseguridad de las aportaciones al Fondo para Abastecimiento Público de Agua, y que proponga los ajustes que, para ese fin, se requieran en el presupuesto ordinario de la Organización.

4. Encomendar al Director que continúe el programa de colaboración de la Organización en materia de investigaciones, educación y adiestramiento y fortalecimiento de las escuelas de ingeniería, como un medio para acelerar la labor relativa a los servicios de abastecimiento de agua y alcantarillado."

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having examined the report of the Director on the status of the continental water supply and sewerage program for urban areas (Document CD15/16);

Bearing in mind the urgency of providing adequate water supply and sewerage services to urban areas, regardless of their size, in view of the importance of these services to the health and the social and economic progress of the people;

Considering the necessity of providing those services at a rate that will meet the needs of present metropolitan growth, so as to protect the health of these urban concentrations of people;

Noting with satisfaction the progress made in this field since 1961, as reflected by the fact that \$500,000,000 have been committed by the Governments and by international credit institutions for the improvement of water supply and sewerage services;

Mindful, however, of the fact that new projects are not developing in accordance with the word schedules established to meet the needs and objectives set forth in the Charter of Punta del Este, or in pace with the present rate of increase of urban populations;

Recognizing that the support provided by the international credit institutions, especially the Inter-American Development Bank, has contributed greatly to progress in the water supply and sewerage programs; and

Noting that the voluntary contributions to the PAHO Community Water Supply Fund made by the

Governments of Colombia, the United States of America, Uruguay, and Venezuela have made it possible to expand the Organization's program of technical assistance in this field,

RESOLVES:

1. To urge each of the Governments to expand its program of urban water supply and sewerage services, giving special attention to the development of sound project proposals supported by well-conceived plans and feasibility studies so as to ensure acceptance of projects by the international lending agencies, which will make it possible to meet existing and projected needs for these services.

2. To recommend that the Director increase the Organization's technical assistance to Governments and continue to collaborate closely with the Inter-American Development Bank and other agencies in order to advance the programs in this field.

3. To recommend that the Director draw up and submit a plan for financing the Organization's work in the field of urban water supply and sewerage services, taking into account the limitations and uncertainties of the Community Water Supply Fund contributions, and that he propose adjustments in the regular budget of the Organization for that purpose.

4. To request that the Director continue the Organization's program of assistance in research, education, and training and in the strengthening of engineering schools, as means of fostering progress in the field of water supply and sewerage services."

Mr. HOLLIS (Chief, Environmental Sanitation Branch, PASB) thanked the Representatives for their comments. The outlines of the programs in the different countries were especially helpful, as they gave a good insight into the present-day problems.

The Representatives of Mexico and Brazil had called attention to the need for measuring progress in terms of growth

of cities. In other words, the current rapid increase in population meant that the program would have to move much faster even to stay in the same place.

As the Representative of Mexico had stated, even with the great progress that was being made, activities were not keeping up with the population increase.

Referring the comments of the Representative of Venezuela, he said that there were grounds for optimism in the good beginning that had been made in the program, but if the goal of providing service to 70 per cent of the projected 1971 urban population were to be met, as called for in the Charter of Punta del Este, it would be necessary to step up the investment to the level of \$500,000,000 per year for the next 10 years. That reflected the trend of the times and the urgent need to accelerate the programa currently under way.

The Representative of France had raised a point that was of concern to all, in connection with the problem of detergents, one that reflected the rapidly increasing production and use of synthetic organics in all parts of the world. Those substances, while unstable, had long-term persistence in streams. They did not behave as natural organics and they did not stimulate or undergo chemical interactions in water. To engineers, the deep concern was that present-day technological processes did not remove those synthetic organics

to any appreciable extent, nor did they change them. That problem again called attention to the need for undertaking essential applied research in the sanitary engineering field, so as to gain an understanding of what the problems were and be in a position to meet them when they became of significance in public health. Similar difficulties were being encountered in many parts of Europe and North America where the production and use of synthetic materials were widespread.

It was especially gratifying to hear the comments of the Representative of Brazil, who had outlined the plans of major significance to that country, as well as the similar comments on the programs made by the representatives of other countries. With reference to several points made with reference to the program of rural water supply and well-being, Mr Hollis said that he would defer comments until that agenda item was introduced.

El PRESIDENTE señala que el proyecto de resolución será distribuido a los Representantes, antes de ser sometido a votación.

A continuación, invita al Representante del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Sr. Mendivil, a presentar al Consejo Directivo los puntos de vista del Banco sobre el tema en estudio.

El Sr. MENDIVIL (Observador, BID) comienza su intervención señalando que al Banco Interamericano de Desarrollo le es muy grato exponer ante la XV Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XVI Reunión del Comité Regional de la OMS, el alcance de sus actividades y puntos de vista en relación con los problemas planteados en materia de salud pública, y que dicha Institución no puede quedar al margen de aspectos tan esenciales para el desarrollo de América Latina.

El interés del Banco, agrega, queda reflejado en los financiamientos que ha asumido en este campo y, sobre todo, en el criterio con que respalda la política tendiente a satisfacer las necesidades de obras sanitarias y de abastecimiento de agua.

Hace notar que en el informe presentado por el Director, se indica que los préstamos concedidos por el Banco ascendían a \$166.000.000, a lo que debe añadir que, el 21 de agosto último, los empréstitos otorgados representaban \$183.000.000, distribuidos en 42 operaciones efectuadas en 15 países del continente.

Es indudable, señala, que todo ello se ha podido llevar a cabo gracias al concurso de la Organización Panamericana de la Salud, cuya colaboración ha sido inapreciable. Pero cuanto más se avanza, más necesaria es la cooperación de todos, por lo cual convendría insistir en aquellos aspectos en que esta colaboración es más imprescindible.

A juicio del Banco, dos son los puntos que es preciso mencionar. El primero se refiere a la planificación, en la cual ya se está trabajando. En este sentido, preocupa al Banco el establecimiento de programas y prioridades, así como la coordinación entre los organismos encargados de preparar y ejecutar las obras y aquellos que se ocupan de adoptar las medidas conducentes al mejoramiento de la salud pública. Esto facilitaría la realización de las obras en los lugares en que más falta hacen las necesidades de salud pública y no con otros motivos.

Muy pocas veces, señala, los organismos de salud pública tienen ocasión de expresar sus puntos de vista, y son dichos organismos, es decir la Oficina Sanitaria Panamericana, los que más conocen la falta de servicios de salud, cuya escasez reduce la expectativa de vida del hombre latinoamericano a menos de 47 años, llegando incluso a descender a 33 años en Haití.

Así, pues, la función de la Oficina Sanitaria Panamericana es importantísima, por lo cual el Banco está colaborando con el Director de la misma, en lo relativo a los aspectos de asistencia técnica previos a la presentación de programas y proyectos.

En segundo lugar, de acuerdo con los fines del Banco, éste puede facilitar toda la asistencia técnica, o el

financiamiento de ésta, que los programas o proyectos puedan requerir. De conformidad con las resoluciones adoptadas en la última Reunión de Ministros de Salud Pública de Centroamérica y Panamá (1964), el Banco está asumiendo el financiamiento de dicha asistencia técnica en forma tal que su costo pueda incluirse en el costo total del proyecto que, posteriormente, se someta a la consideración del Banco.

El Banco procura sobre todo colaborar en los programas de abastecimiento rural de agua y, en estos momentos, está cooperando en los de Haití, Honduras, Ecuador y Perú, entre otros países, y preparando actividades similares en Uruguay, Paraguay y Bolivia.

Esta posibilidad -señala- puede ser utilizada por cuantos países la necesiten en materia de planificación o elaboración de programas y proyectos, con lo cual los resultados que se obtengan serán mejores y más eficaces.

Hace notar que estos y otros aspectos indican el criterio que rige las actividades del Banco Interamericano de Desarrollo relativas a los problemas de salud de los países de América Latina, que tanto afectan a la situación socioeconómica de dichos países y que el Banco trata de solucionar dentro de un marco de cooperación acorde con las libertades de cada país.

Por último, presenta para información de los Representantes, tres cuadros en los que se indican, entre otros datos, los préstamos aprobados para proyectos de saneamiento ambiental el costo, el estado actual de los mismos y se formulan observaciones sobre cada uno.

El PRESIDENTE agradece al Representante del Banco Interamericano de Desarrollo su interesante exposición y le solicita que transmita al Sr. Felipe Herrera, Presidente del Banco, sus agradecimientos por la colaboración prestada.

Como el tema ha sido tratado íntegramente, da por terminado el debate del mismo, quedando pendiente la votación sobre el proyecto de resolución presentado por el Representante de Venezuela.

TEMA 17: INFORME SOBRE EL ESTADO ACTUAL DEL PROGRAMA DE
AGUA Y BIENESTAR RURAL
ITEM 17: PROGRESS REPORT ON THE PROGRAM OF RURAL WATER
SUPPLY AND WELL-BEING

Mr. HOLLIS (Chief, Environmental Sanitation Branch, PASB) introduced Document CD15/10, which gave a detailed account of the program of rural water supply and well-being. The report described the developments since the last meeting of the Directing Council. It also included a resolution on the subject, proposed by the 50th Meeting of the Executive Committee for adoption by the Council.

Section 1 of the report outlined the background of the Rural Water Program, tracing the chronology of events from the signing of the Act of Bogotá (1960), the Charter of Punta del Este (1961), and the supporting action taken by the Task Force on Health at the Ministerial Level (April 1963), the XIV Meeting of the Directing Council, and finally, by the Second Annual Meetings of the IA-ECOSOC at the Expert and the Ministerial Level, held in Sao Paulo, Brazil, in October-November 1963.

Section 2 outlined the further action taken by the Director in response to the recommendations of the Directing Council and the IA-ECOSOC. Those measures included a revision of the original proposal set forth in Document CD14/23 of the XIV Meeting of the Council for the development of the Rural Water Program. The revised plan (Document ES/RW-1),

appended to the progress report, retained the basic principles and concepts, but included modifications suggested by the Directing Council, by IA-ECOSOC, and by the PAHO Advisory Committees. Section 2 also described the Organization's collaboration with the Inter-American Development Bank and with the U.S. Agency for International Development in the formulation of a practical system of international loan supports for the Rural Water Program.

Section 4 of the report gave the current status of the program, including the matter of financing. In response to decisions by the Executive Committee and the Directing Council, the Director was continuing his efforts to improve the funding mechanisms for international loans and was also seeking practical methods to finance the Organization's technical assistance support to Governments.

The Rural Water Program was now being implemented by the Governments in Central America. Agreement had been reached with the IADB regarding international loans for the first stage of operations in Central America. The Organization was giving its full support to the program and expected that it would be implemented on an increasing scale as other Governments were ready to submit proposals. The program was geared to achieve the objectives set forth in the Charter of Punta del Este.

Mr. Hollis offered to furnish whatever additional information the Directing Council might wish to have.

El Dr. QUIROS (Perú) felicitó al personal de la OSP/OMS por el informe presentado y pone de relieve la importancia del mismo. Manifiesta que en el Perú, el principal problema de salud pública es el del abastecimiento de agua y de eliminación de excretas en poblaciones rurales con menos de 2.000 habitantes.

Explica que los primeros trabajos iniciados en el Perú se efectuaron con fondos propios y que posteriormente se consiguió un préstamo de \$1.500.000 del Banco Interamericano de Desarrollo.

En esta oportunidad agrega, quiere dejar constancia de su agradecimiento al mencionado Banco por la rapidez con que había efectuado la tramitación de dicho préstamo. Por último señala la importancia y necesidad de establecer el fondo rotatorio propuesto por la Oficina Sanitaria Panamericana que, a su juicio constituye la mejor medida para resolver este problema.

El Ing. PASTRANO (República Dominicana), manifiesta que se complace en exponer los esfuerzos que está haciendo su país a fin de abastecer de agua a las zonas rurales. Informa el orador que la población total de la República Dominicana en 1963 se calculó en 3.330.000 habitantes con un crecimiento

anual de 3,5 por ciento. En 1950, la densidad media era de 44.1 habitantes por Km², mientras que en 1960 ascendió a 62.2 habitantes por Km². El 70% de la población total corresponde a los medios rurales, y, en 1963 se calculaba en 2.280.000 habitantes, aumentando a razón de un 3% anual. Se estima que el término del decenio de 1964-1973 la población rural ascenderá a tres millones de habitantes.

En 1959 la tasa de mortalidad por enfermedades de origen hídrico en los niños menores de cinco años ascendía a 1.090 por cien mil.

Sólo un 15% de la población rural actual cuenta con servicio de agua, en general poco satisfactorio en cantidad y calidad. El resto tiene que abastecerse en general de fuentes superficiales, sin protección alguna, para lo cual debe recorrer a veces, grandes distancias.

Esta situación retarda el desarrollo social y económico de la comunidad rural. Ahora bien, la Secretaría de Estado de Salud y Previsión Social, consciente de esa realidad y haciéndose eco de la recomendación de la Carta de Punta del Este, emprendió, en octubre de 1963, un programa de abastecimiento de agua potable para las zonas rurales. En la consecución de éste propósito se contó con la valiosa ayuda técnica de

la OPS/OMS, tanto en la elaboración de programa propiamente dicho, como en la planificación de los servicios correspondientes.

Así, en enero de 1964, el Secretario de Salud presentó al Gobierno un proyecto de ley con miras a la creación del servicio nacional de acueductos rurales (SNAR), ley que fue promulgada en el mes de febrero, habiéndose asignado la suma equivalente a \$457.500 al programa previsto. En marzo del mismo año, el SNAR había preparado el tercer borrador del Plan Tripartito de Operaciones, en el cual se proponía un programa de dos años, como primera etapa, financiado con el aporte del Gobierno Dominicano y las comunidades. En el plan se prevé el desarrollo gradual del programa, que se iniciaría en un área del país, y luego se extendería a otras, en la medida en que se pudiera nutrir el fondo rotatorio nacional con créditos internacionales, hasta lograr en el curso de la década el objetivo final señalado en la Carta de Punta del Este.

Como se advierte en la ley de creación del SNAR, sigue diciendo el orador, el Servicio está concebido con flexibilidad administrativa suficiente, y permite el establecimiento de un fondo rotatorio nacional. Los recursos económicos provendrán de: a) asignaciones del Estado; b) fondos concedidos por leyes especiales o aportaciones de entidades

privadas; c) contribuciones de las comunidades beneficiadas; d) aportaciones de organismos internacionales, y e) préstamos de instituciones internacionales de crédito.

Los objetivos de dicho organismo consisten en: 1) planear, proyectar, financiar, construir, poner en marcha y mantener los servicios de abastecimiento de agua potable para las comunidades rurales con una población máxima de 2.000 habitantes; 2) organizar la participación de esas comunidades en el programa, y 3) atender en los próximos diez años, las necesidades de 1.150.000 habitantes rurales, como mínimo.

Explica el Ing. Pastrano que el SNAR comenzó sus actividades con un grupo de egresados del CREFAL, y su labor inicial se basó en un orden de prioridad que tuvo en cuenta los siguientes factores: número de habitantes, accesibilidad de la población, capacidad económica, costo de las obras, interés por participar en el programa, problemas sanitarios de la localidad, planificación nacional, y estudios y proyectos a efectuar.

La selección de la zona de trabajo en la que comenzarán las actividades, se hizo a base de muestreos realizados en las provincias de San Pedro de Macorís y Barahona. Si bien la capacidad económica de la primera era superior a la de la segunda, otros elementos de juicio, como el interés por participar en el programa, la existencia de un plan integral de

servicios rurales de salud y los bajos niveles de economía y de salud, indicaron la conveniencia de seleccionar la segunda como zona inicial de los trabajos.

Hasta el momento se ha completado el estudio de las fuentes de agua en una gran área del sureste del país, y se está reuniendo la información básica para el diseño de los sistemas de la zona mencionada.

El SNAR, al mismo tiempo que se integra en los programas de la Secretaría de Salud y Previsión Social, realiza una importante labor de coordinación con otros organismos interesados en las comunidades rurales.

Para terminar, el orador pone de relieve el considerable asesoramiento y respaldo moral que el SNAR ha recibido de la OPS/OMS y agradece la atención que le han prestado los asistentes a la Reunión.

El Dr. BUSTAMANTE (México) advierte que sólo para examinar este tema se necesitarían dos reuniones. Señala que el abastecimiento rural de agua y el bienestar social rural representan una sola actividad en México, que está a cargo de tres organismos.

Después de destacar la importancia del abastecimiento de agua en México, explica que estas actividades se realizan con la participación activa de la comunidad y con la ayuda de

la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Muchas comunidades -agrega- dan preferencia al servicio de agua para los animales que para los propios habitantes, por lo cual se han tenido que construir abrevaderos anexos a muchos de los sistemas. Explica también, que la comunidad proporciona toda la mano de obra y que en algunos casos las propias comunidades han cooperado en un programa de nutrición con la misma aportación. Una de las medidas ha consistido en separar el agua de riego de la destinada al aprovisionamiento humano la cual se ha ido ampliando cada vez más.

El orador subraya el esfuerzo realizado en cuanto a la educación de la comunidad para su bienestar. Como ejemplo típico de ello cita el caso de una comunidad en que los hombres construyeron las instalaciones de abastecimiento de agua hasta la entrada del pueblo, y las mujeres no contentas con ello, iniciaron al día siguiente la conducción del agua potable hasta el centro del poblado lo que obligó a los hombres a proseguir la tarea. Este es sólo un ejemplo, pues en la actualidad, en las reuniones de fomento de la comunidad ya asisten tanto hombres como mujeres. Añade el Dr. Bustamante que la Secretaría de Salubridad y Asistencia construye las instalaciones de abastecimiento de agua para comunidades de hasta de 2,500 habitantes, y que la Secretaría de Recursos Hidráulicos atiende a las de más de 2.500 habitantes.

Termina diciendo que, debido a los avances en la industrialización del país, la contaminación de las corrientes de agua es cada vez mayor.

Se suspende la sesión a las 6:15 p.m. y se reanuda a las 6:30 p.m.
The session was recessed at 6:15 p.m. and was resumed at 6:30 p.m.

El Dr. OÑATIVIA (Argentina), manifiesta que no se necesitan muchos conocimientos de orden técnico para determinar el interés que reviste el problema de abastecimiento de agua a las poblaciones del medio rural y la trascendencia que tiene este servicio en el desarrollo social y económico de las comunidades.

Refiriéndose a su país dice que el 75% de la población urbana cuenta con servicio de abastecimiento de agua que se espera que en los próximos cinco años se extenderá a otros cinco millones de personas. La institución a cargo de tal actividad se denomina Obras Sanitarias de la Nación (OSN). En cambio, la situación no es la misma respecto al abastecimiento de agua en el medio rural ya que sólo el 6.6% de los 4.800.000 habitantes dispone de ese servicio; se comprende pues, que se procure atender al 93.4%. Considera el orador que la realización de este programa será factible porque el país cuenta con los elementos e instituciones indispensables. De las 23 provincias y un territorio, 17 de aquellas tienen

organismos técnicos sanitarios para hacer frente al problema; a pesar de esta situación, sin embargo, el trabajo no se ha realizado hasta el presente.

A su juicio, el saneamiento del medio es fundamental para resolver otros problemas; y constituye también una inversión productiva para la economía nacional. La planificación consiste en aunar los esfuerzos en distintos niveles, aprovechando los recursos tanto nacionales como internacionales.

Seguidamente da cuenta de que el Ministerio de Salud ha elaborado un proyecto de abastecimiento rural de agua que en un plazo de seis años atenderá a una población de dos millones de habitantes, y que se completará en 12 años, tomando en consideración el crecimiento.

Recuerda que en otra intervención mencionó que la solución del problema de abastecimiento rural de agua tendrá prioridad dentro del plan nacional de salud por sus consecuencias sociales y afirma que el objetivo puede alcanzarse en un plazo razonable se autofinancia el programa, si este produce un rendimiento adecuado en cuanto a la protección de la salud, si contribuye al mejoramiento de la comunidad, si sus bases técnicas son adecuadas y si es el control del mismo factible.

Estima asimismo que el rendimiento del programa de higiene materno-infantil no sería adecuado si no se coordina e integra con el programa de abastecimiento de agua a las comunidades rurales. A continuación señala que las bases del programa en vías de estudio son el establecimiento del fondo rotatorio nacional, la creación de un organismo para que dirija el programa, la obtención de préstamos internacionales y la participación de la comunidad en las etapas de planeación, construcción y operación. Ya se ha obtenido en el país experiencia sobre la participación de estas comunidades rurales en otros proyectos de mejoras, la cual puede ser impulsada en el aspecto del abastecimiento de agua. Hasta hace poco, sigue diciendo, Obras Sanitarias de la Nación se ocupaba de las localidades mayores de 10,000 habitantes; y que ahora ese límite se ha fijado en 5.000 e incluso podría llegar hasta 3.000 habitantes. En cuanto a las localidades menores de 2.000 habitantes, el programa en estudio procurará dotarlas de servicios de abastecimientos de agua, usando materiales locales de preferencia, a base de proyectos sencillos de funcionamiento, llevando el agua al propio domicilio. En la actualidad se están recopilando datos y como sugirió también el Representante del BID, ya se ha establecido que en la selección de las localidades que se han de atender se tendrán en cuenta las necesidades reales y no las de carácter secundario. El programa comenzará en ciertas provincias como

La Rioja, Cajamarca, Norte de Córdoba y Santa Fé en las cuales se está dedicando atención al estudio de las fuentes de agua, tanto superficiales como subterráneas. El Gobierno ha establecido una junta que inició sus labores en junio del presente año, que está integrada por técnicos del Ministerio de Salud Pública, Obras Sanitarias de la Nación, Escuela de Ingeniería Sanitaria y Escuela de Salud Pública.

El Dr. Oñativia señala que se ha elaborado un proyecto, que está a consideración del Poder Ejecutivo, relativo a la creación de una Comisión Nacional de Abastecimiento de Agua a las Comunidades, que depende del Ministerio de Salud Pública y posee autonomía administrativa y cuyas funciones serán las siguientes: administración del fondo rotatorio (constituido por aportaciones nacionales, provinciales, municipales y las de instituciones internacionales de crédito, dirección y supervisión del programa, adiestramiento de personal e investigación, utilizando los servicios de técnicos de la Universidad de Buenos Aires, y el fomento de la comunidad. La ejecución periférica del programa se efectuará a nivel provincial. Después de manifestar que ha descrito a grandes rasgos, el proyecto de su país al respecto, expresa la esperanza de que, con la colaboración de los organismos internacionales y con la intervención de Obras Sanitarias de la Nación, el Ministerio podrá cumplir con una de sus funciones primordiales.

El Ing. JOVE (Venezuela) manifiesta que el desarrollo del programa de acueductos rurales de Venezuela se encuentra a cargo de Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y que en su país por localidades rurales se entiende aquellas que poseen menos de 5,000 habitantes. Señala que los trabajos se encuentran bastante adelantados y que se espera que para fines de 1966, todas las poblaciones de más de 500 habitantes y un buen número de las más pequeñas estarán ya atendidas.

Estos acueductos han sido diseñados para abastecer de agua a toda vivienda cuyos ocupantes estén en condiciones de pagar una módica suma por el servicio, y asimismo para atender en casi todos los casos, las necesidades del doble de la población actual, en previsión del crecimiento de la comunidad hasta un plazo de 20 años.

Informa el orador que se están organizando juntas locales, formadas por personas interesadas en la administración de los acueductos. Hasta ahora se ha demostrado que dichas juntas administradoras están dando excelentes resultados y que los ingresos obtenidos por el pago de los servicios permitirán un adecuado funcionamiento y una futura expansión de los sistemas.

No obstante -dice el orador- no parece que con los esfuerzos y los recursos de Venezuela, cuya proporción es mayor que las de muchos países latinoamericanos, se logre, para

finés de 1970 abastecer de agua al 50% de la población rural. Ello se debe a que, a medida que se solucionan los problemas que plantean las comunidades mayores quedan las de las más pequeñas cuya solución cuesta mucho más y al mismo tiempo se eleva rápidamente el costo por persona atendida, de tal manera que es difícil, si no imposible las instalaciones de abastecimiento.

A continuación, manifiesta que ha quedado muy gratamente sorprendido por los adelantos tan notables, alcanzados en el programa de México, según ha informado el Dr. Bustamante. Elogió de manera especial al hombre y, especialmente, a la mujer mexicana, que han prestado tan amplio apoyo a ese programa, pues si difícil es alcanzar la meta de abastecer de agua a las poblaciones urbanas cuanto más lo es para los habitantes rurales, debido a su dispersión, carencia de recursos y falta de presión política por parte de los conglomerados, ya que el medio rural generalmente no está políticamente ni socialmente bien organizado.

Sin embargo, cree que hay acuerdo general en que, aparte de los beneficios sociales, de la comodidad y del recurso de la civilización que representa el agua, es probablemente, en el medio rural el factor que puede contribuir más rápidamente a reducir los estragos de aquellos grupos de enfermedades que constituyen la primera causa de mortalidad en los

menores de cinco años, en la mayor parte de los países latinoamericanos, es decir las diarreas y la gastroenteritis.

Señala que, a fin de emprender un programa de abastecimiento de agua para los millones de habitantes del medio rural, se necesita primordialmente una organización capaz de planificar y llevar a cabo un programa de esta naturaleza y los recursos económicos para su ejecución.

Ahora bien, cualquiera de los países americanos están en condiciones de estructurar ese organismo, pero cabe decir, sin incurrir en exageración que ninguno de ellos puede, sin un mecanismo especialmente concebido, proporcionar los recursos que se requieren para llevar a la práctica los planes del posible organismo. Por consiguiente, considera que, en la mayor parte de dichos países el único mecanismo que se ha sugerido para comenzar la obra de abastecimiento de agua en el medio rural y que parece tener posibilidades de éxito, es el fondo rotatorio, de todos conocido y al cual se refiere el documento presentado.

Por ello, la Delegación de Venezuela apoya plenamente la Resolución XV del Comité Ejecutivo.

El Dr. ROJAS (Panamá), comienza advirtiendo que no participó en la discusión del Tema 29, pero que desea destacar que el 49,7% de la actual población urbana de su país dispone de servicio de abastecimiento de agua que asciende a 1,200,000 habitantes.

Indica que el interés que ha despertado el debate y, en especial, la intervención de ciertos Representantes le ha inducido a participar en la discusión del tema.

En Panamá, a raíz del Acta de Bogotá, se creó el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN). El Ministerio de Salud, con la colaboración de la OPS y del UNICEF, ha llevado a cabo un programa de carácter experimental en doce poblaciones del interior del país. Dicho programa tuvo tal éxito que, actualmente se estudia la posibilidad de extenderlo a 52 comunidades, entre las cuales 23 resultarán beneficiadas. Este estudio ha servido para observar la actitud de las comunidades del interior y ha permitido llegar a la conclusión de que pueden colaborar perfectamente en la realización de los programas, lo que antes se desconocía porque su intervención no había sido explorada ni explotada.

El orador pone de manifiesto que en la América Latina, en contraste con los Estados Unidos de América, el estado era relativamente poderoso en el momento de la emancipación mientras que las comunidades estaban empobrecidas, y solo ahora, después de la Reunión de Punta del Este, las comunidades están despertando y desean intervenir en la solución de sus propios problemas.

El Dr. AGUILAR (Guatemala) manifiesta que en la República de Guatemala únicamente el 7.2% de la población rural actual, o sea 200.962 habitantes cuenta con servicios públicos de abastecimiento de agua. El resto de la población rural actual, o sea 2.639.955 personas, no dispone de ningún servicio de agua y para sus necesidades personales se sirve de manantiales o pozos sin ninguna clase de protección.

De lo que antecede se infiere que la construcción de obras de abastecimiento de agua supondría grandes beneficios de orden social para el país y repercutiría favorablemente en la economía nacional. Así, pues aumentaría substancialmente la esperanza de vida, al disminuir la mortalidad por diarreas y enfermedades parasitarias; sería factible el desarrollo de otros programas, como los de protección materno-infantil, nutrición y mejoramiento de la vivienda campesina; al proporcionar mejores condiciones de vida al medio rural, dentro de un plan nacional de desarrollo, los habitantes se sentirían más ligados a la tierra, con lo cual se iniciaría la reintegración de una parte de la población rural que ha emigrado a las ciudades, en donde no constituye un elemento positivo para la economía nacional ya que por no constituir mano de obra calificada no es objeto de demanda. Se obtendrán otras ventajas, como la reducción de la presión demográfica que están sufriendo algunas ciudades del país,

especialmente la capital; el aumento de la producción agrícola y, por consiguiente, la elevación del nivel de vida del hombre del campo y, además contaría con nuevas fuentes de trabajo en las zonas donde la mano de obra permanece inactiva durante gran parte del año.

Con esas finalidades en la Carta de Punta del Este se ha establecido el objetivo de abastecer en un plazo de 10 años, por lo menos al 50% de la población rural.

El Gobierno de Guatemala, por intermedio del Departamento de Ingeniería Sanitaria del SESP, elaboró un programa cuatrienal de abastecimiento de agua a un costo equivalente a \$ 1.050.311.00 y que se acompañó a la documentación presentada al Banco Interamericano del Desarrollo en mayo de 1964. Varias de las obras proyectadas ya se han instalado y otras se construirán en el segundo semestre de 1964.

Informa el orador que con este programa las zonas rurales serían abastecidas únicamente por medio de llaves públicas o llenar cántaros, estratégicamente colocados pues no prevé la construcción de servicios complementarios, como baños y lavaderos públicos.

Refiriéndose al programa inmediato el Dr. Aguilar señala que se proyecta desarrollar un programa bienal

(1965-1966) para la construcción de instalaciones de abastecimiento rural de agua, como parte inicial de un plan nacional que se ajuste a las recomendaciones de la Carta de Punta del Este. Este programa inicial ofrecerá una oportunidad de experimentar con métodos y procedimientos financieros y administrativos que permitan establecer el plan general sobre las bases sólidas de una autosuficiencia más o menos completa.

Mr. BOARD (United States of America) reiterated his Government's support of the program which was of fundamental importance to the promotion of health and economic progress in the Americas.

He referred to the comment made by the Representative of Mexico on the fact that the people in rural areas sometimes gave priority to the health needs of their animals. That had been true in the United States for quite a long time. Many of the states had had laws calling for pasteurization of milk for animal feed, long before they required pasteurization of milk for human consumption. Also, the reference to community participation and support had been applicable to the United States. His personal experience in rural sanitation work some 35 years ago had consisted of promoting and assisting communities to construct latrines for rural sanitation and the prevention of hookworm and diarrheal diseases. Hundreds of thousands of latrines had been constructed with the contribution of labor and money from those using the services.

He noted with satisfaction the strong interest and aggressive support of the health ministries with respect to health engineering problems. He felt that tribute should be paid to the Governments of the Americas for their foresight in undertaking the very active training program for sanitary engineers and the utilization of engineers in health programs throughout the Hemisphere. However, with all the enthusiasm and activity reported by more than a dozen Member States of the Organization, it appeared that PAHO would have difficulty in keeping up with the requests of the Governments. If PAHO could serve to catalyze and crystallize that interest and enthusiasm, the Americas could look forward to meeting the established goals.

He expressed his Government's support of the resolution recommended by the Executive Committee at its 50th Meeting, and was confident that the progress already made in implementing those recommendations would ultimately lead to a very satisfactory solution of the problem.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) agradece en nombre del Ingeniero HOLLIS y los colaboradores de la Oficina Sanitaria Panamericana, las bondadosas expresiones de los miembros del Consejo respecto a esta iniciativa, y manifiesta la honda satisfacción de los miembros del personal, como técnicos en salud, al observar la rapidez con que el Programa está adquiriendo forma y contenido.

Desea manifestar que, a su juicio la mejor expresión de la función que corresponde a un organismo internacional es precisamente la de ofrecer a quienes presta servicio, -en este caso los Gobiernos- ideas y sugerencias que ellos en conjunto las traducen en normas de acción y, aisladamente, las aplican en la medida que su política general de gobierno lo recomienda. Estima el Director que esto es lo que está ocurriendo con dicha iniciativa, que en última instancia ha obedecido a la necesidad de recordar que la población rural de la América Latina tiene las mismas capacidades y posibilidades que las urbanas y que han estado durante mucho tiempo olvidadas. A este respecto, quiere manifestar lo que tal vez sugirió en otra ocasión, que la urgencia del problema político del Continente gira en una gran medida alrededor de esta redención del hombre del medio rural.

Reitera su satisfacción por el interés de los Gobiernos representados y anuncia que solo formulará dos o tres consideraciones de carácter puramente práctico e inmediato. Como han manifestado los Representantes, es evidente que las actuales posibilidades de los países, tanto en el sector público, como en el privado, incluidas las posibilidades de aporte de las comunidades rurales, no permitirán resolver este problema, en el plazo señalado por la carta de Punta del Este, ni en uno mayor, por esto se ha estimado necesario el aporte del capital exterior. Considera muy acertadas las palabras del Sr. Mendivil, representante del Banco Interamericano del Desarrollo, en las que destacó la labor señera de esta Institución

que está, evidentemente, estimulado y catalizando el interés de otros elementos del mercado internacional de capitales, que todos acogen con profundo benéplacito, particularmente en la medida en que las condiciones de crédito se ajusten a las posibilidades reales de los Gobiernos. Ahora bien, el Director estima que este problema rural no debiera depender, en forma permanente, del mercado internacional de capitales, y precisamente con el propósito de independizarlo se ha hablado de un fondo que estimulará la creación de un mecanismo rotatorio nacional que permitiría, ir atendiendo progresivamente a las demás comunidades rurales, sin depender del capital exterior.

Se trata, pues, de un impulso dado con fondos exteriores, y transitorio que, por cierto hubiera sido de desear que se considerase un todo depositado en el Banco Interamericano de Desarrollo con acceso directo de los Gobiernos que habían contribuido a su formación. Hasta el momento, esta idea no ha logrado realizarse, pero, sin embargo, la Oficina ve con profundo agrado que el Banco en forma directa está aprobando solicitudes de crédito de los Gobiernos con el mismo fin. Es posible, agrega, que con el tiempo se demuestre que la primitiva proposición era más útil, porque no hay que olvidar que teniendo en cuenta diferencias considerables de un país a otro, el problema afecta a más de 100.000,000 de habitantes. En algunas otras

actividades, como en el problema de la electrificación rural, ciertos países tienen experiencia en relación con un fondo rotatorio nacional, pero reitera que dicha experiencia está limitada sólo a unos pocos países y que, en general, la América Latina no está acostumbrada al ahorro organizado por voluntad de la comunidad.

El Dr. Horwitz señala que para llevar a la práctica la iniciativa mencionada, es necesario no sólo ensayarla, sino superar determinados obstáculos. Con la fe que él observa en todos los gobiernos, está convencido de que se podrá realizar. A pesar de la excelente experiencia de México, en cuanto a motivación y participación activa de las comunidades rurales, mucho se ha insistido en las diferencias culturales de las sociedades y en que en cada país hay que abordar el problema de acuerdo con las características propias de cada una. La motivación de las comunidades no se logra espontáneamente, sino que debe confiarse a los técnicos que, en México se han llamado promotores sociales. Estos técnicos -agrega- deben recibir adiestramiento especial y varios de los países que han consultado a la Oficina al respecto van a necesitar asistencia técnica en este sentido. El Dr. Horwitz está convencido, como señaló muy bien el Ingeniero Hollis que desde el punto de vista técnico propiamente tal, es decir de la ingeniería sanitaria, los países de las Américas poseen suficientes conocimientos y

experiencia para abordar el problema rural. Es posible, sin embargo que algunos países necesiten asesoramiento para el diseño de un plan de ese tipo y para establecer relaciones con organismos internacionales de crédito.

Formula estas observaciones a fin de señalar que el presupuesto ordinario de la Oficina Sanitaria Panamericana, dado el enorme interés que se observa en la Reunión no es suficiente para atender simultáneamente a todos los Gobiernos; a esto se referían, al aparecer, las últimas manifestaciones del Representante de los Estados Unidos de América.

Gracias a las aportaciones voluntarias de algunos Gobiernos, particularmente los Estados Unidos de América, Venezuela y Colombia, se han podido complementar las partidas del presupuesto ordinario de la OPS, con objeto de asesorar en materia de abastecimiento de agua, en las zonas urbanas y rurales, como ya se indicó, en el año en curso y para los años 1965 y 1966 se destina a este programa alrededor del 7% del total de los ingresos. No obstante, el Dr. Horwitz se siente muy complacido con las manifestaciones del Representante del Banco Interamericano de Desarrollo, en la que sintetizando las conversaciones que se vienen celebrando entre el Banco y la Oficina, indicó la posibilidad de que el Banco acepte incluir los fondos de Asistencia Técnica como parte del crédito, para ser pagados por lo tanto, en las mismas condiciones

y en los mismos términos que el crédito, en cuanto a plazo e interés. Ahora bien, si esta idea fuera aceptada por cada Gobierno, en el momento de presentar su propuesta al Banco facilitaría extraordinariamente las gestiones que requieren una considerable labor de asesoría por parte de la Oficina Sanitaria Panamericana y que está más allá de su presupuesto aprobado. Naturalmente, se seguiría recurriendo a los técnicos que son miembros del personal. Pero a fin de realizar con rapidez este programa se necesitarán más fondos y más personal.

Lamentó el Director que, por falta de tiempo el Representante de México no se haya podido referir a este mecanismo de motivación de las comunidades, que consiste en utilizar los alimentos como incentivo del esfuerzo, y por lo tanto, del desarrollo. Esta idea forma parte del Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas y en cierta medida, del Programa de Alimentos para la Paz del Gobierno de los Estados Unidos de América.

A continuación, anuncia que la Oficina ha realizado gestiones ya muy avanzadas, con la Fundación para el Desarrollo de la Comunidad que, precisamente, tiene por norma de trabajo, aceptar que el Gobierno distribuya alimentos de acuerdo con las dietas características de cada comunidad para que sean aprovechadas por las familias de

aquellos que trabajan en determinadas obras de bien común, como se ha hecho en México. La Oficina se propone colaborar con esta fundación, dentro del programa total de abastecimiento rural de agua, y con aquellos Gobiernos de Centroamérica que así lo resuelvan. El Director tiene la impresión de que no siempre será necesario distribuir alimentos, ya que es muy posible que las comunidades, después de realizar una primera obra y convencidas de su propio valer y de su propia capacidad de progreso, querrán llevar a cabo otras obras de bien común, dentro o fuera del campo de la salud pública. Es cierto que en algunos países, por razones obvias, no habrá tampoco necesidad de distribuir alimentos, pero donde la hubiere, se establecerá con la colaboración de esta Institución y del gobierno del país interesado un mecanismo para acelerar la realización de esta idea de un fondo tan humanitario.

Por último, el Dr. Horwitz agradece nuevamente el interés que han mostrado los Representantes en el Debate, las aportaciones voluntarias y las posibilidades que ofrece este programa.

El PRESIDENTE anuncia que el Dr. CUTLER dará lectura al proyecto de resolución preparado sobre el tema.

El Dr. CUTLER (Director Adjunto, OSP) da lectura al siguiente proyecto de resolución:

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe del Director relativo al estado actual de las gestiones para establecer un programa continental de abastecimiento de agua y bienestar rural;

Teniendo en cuenta la necesidad urgente de suministrar agua a las poblaciones rurales, dada la importancia que dicho suministro tiene para la salud y el desarrollo económico y social previsto en la Alianza para el Progreso;

Teniendo en cuenta el firme apoyo a las actividades de abastecimiento rural de agua expresado en la XIV Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (Resolución XX) y en la segunda Reunión Anual del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial (Resolución 19 M/63);

Reconociendo el creciente interés y preocupación de los Gobiernos en cuanto al suministro público de agua, así como el interés mundial en la materia reflejado en la decisión adoptada por la 17a Asamblea Mundial de la Salud (Resolución WHA17.40); y

Observando con satisfacción el interés y apoyo suscitados por el programa de abastecimiento de agua y bienestar rural, propuesto por la OPS,

Gobiernos en la organización de las comunidades y en la integración del programa rural de agua con otras actividades comunales, así como determinar con los organismos de crédito y prestatarios los métodos que aseguren el financiamiento de la asistencia técnica por parte de la Organización.

4. Recomendar a los Gobiernos que adopten las medidas pertinentes para establecer organizaciones adecuadas y competentes en cada país, que cuenten con el respaldo de las disposiciones legales y los medios económicos necesarios para la buena administración del programa de abastecimiento rural de agua a nivel nacional, y teniendo en cuenta la necesidad de integrar en el programa otras mejoras encaminadas al bienestar rural y al desarrollo social de las comunidades rurales.

5. Recomendar que los préstamos hechos a los Gobiernos o a sus organismos autónomos por las instituciones internacionales de crédito, para los fondos rotatorios de abastecimiento de agua potable, sean a un tipo de interés lo más bajo posible y al más largo plazo, con el objeto de lograr que dichos programas sean autofinanciables en el futuro, inclusive con recuperación a través de tarifas adecuadas.

6. Recomendar al Director que prosiga la búsqueda constante de medios y procedimientos para lograr el financiamiento internacional adecuado, dentro de los lineamientos aprobados por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud y las recomendaciones del Consejo Interamericano Económico y Social, que proporcione el instrumento más eficaz para el desarrollo de este programa.

THE DIRECTING COUNCIL,

Having examined the progress report of the Director on the establishment of the continent-wide program of rural water supply and well-being;

Bearing in mind the urgency of providing rural community water supplies, in view of their importance to health and to the social and economic progress envisioned by the Alliance for Progress;

Considering the strong endorsement given to rural water supply activities by the XIV Meeting of the Directing Council of the Pan American Health Organization (Resolution XX) and by the Second Annual Meeting of the Inter-American Economic and Social Council at the Ministerial Level (Resolution 19-M/63);

Recognizing the increased interest and concern of the Governments in connection with community water supplies,

and the world-wide interest reflected by the action taken at the Seventeenth World Health Assembly (Resolution WHA17/40); and

Viewing with satisfaction the demonstrated interest in and support of the PAHO proposal for a program of rural water supply and well-being,

RESOLVES:

1. To urge the Director promptly to take all necessary steps to begin the continent-wide program of rural environmental health and well-being along the guidelines set forth in Document ES/RW-1, calling for the participation of the communities, the establishment of national revolving funds, and for contributions from outside sources, so as to achieve the objectives contained in Resolution A-2 appended to the Charter of Punta del Este.

2. To ask the Director to continue his close collaboration with national and international organizations which are sources for grants or credits, especially the Inter-American Development Bank and the Agency for International Development (AID), with a view to stimulating greater investments in community water supply systems.

3. To instruct the Director to assign high priority to community water supply programs and to expand and

redeploy the present advisory services in order to enable the PAHO to provide technical services and assist Governments with community organization and the integration of the rural water program with related community developments, and to work out with lending and borrowing agencies methods of assuring the financing of technical assistance by the Organization.

4. To recommend that the Governments take appropriate action to establish adequate and competent organizations in each country supported by legal and financial provisions necessary for administering the rural water supply program at the national level, keeping in mind the need to integrate in the program related improvements for rural well-being and the social development of rural communities.

5. To recommend that loans for water supply revolving funds made to Governments or their independent agencies by international credit institutions should be at the lowest possible rate of interest and the longest possible repayment period so as to ensure that these programs will be self-sustaining in the future, including repayment through appropriate water rates.

6. To recommend that the Director continue to search for ways and means to secure appropriate international financing, within the framework of the instructions

given by the Directing Council of the Pan American Health Organization and the recommendations of the Inter American Economic and Social Council, which will provide the most effective instrumentality for this program.

Decisión: Por 21 votos a favor, ninguno en contra y una abstención se aprueba el proyecto de resolución presentado.

Decision: The draft resolution was approved by a vote of 21 in favor, none against, and one abstention.7

TEMA: 34 FLUORURACION DE LAS AGUAS DE ABASTECIMIENTO
PUBLICO DE AMERICA LATINA
ITEM: 34. FLUORIDATION OF PUBLIC WATER SUPPLIES

El Dr. RESTREPO (Asesor Regional en Odontología de Salud Pública, OSP), al presentar el documento afirma que las enfermedades dentales representan un considerable problema de salud pública, con importantes repercusiones económicas. Destaca que los estudios epidemiológicos efectuados en algunos países latinoamericanos han revelado la amplitud de la prevalencia e incidencia de la caries dental especialmente entre las personas en edad escolar, y la carencia de profesionales en número suficiente para atender las necesidades dentales de la población, habiendo regiones donde no existe un solo odontólogo por 500.000 habitantes. La mayoría de los odontólogos se encuentran localizados en áreas urbanas, e incluso en ellas la relación odontólogo-población no alcanza a ser mayor a la de un odontólogo por 4.000 habitantes.

Afirma que aunque para prevenir la caries dental se han propuesto múltiples medidas de orden higiénico y dietético la más eficaz consiste en la fluoración de las aguas de abastecimiento público, que es el método más moderno, económico, seguro y práctico, pues beneficia a toda la población.

Señala que un análisis de las aguas de abastecimiento público de las Américas ha demostrado la carencia de fluor

a nivel óptimo para la prevención de las caries dental, siendo por tanto necesario emprender una acción efectiva para que la fluoruración sea considerada parte integrante de un sistema adecuado.

Hace constar que sólo el 61,6 de la población de América Latina tiene agua y, de ella, sólo el 8,2 dispone de agua fluorurada. En cuanto a la población urbana con agua, o sean 44,556,000 habitantes, solamente el 13,4% tiene agua fluorurada, por lo que es indispensable realizar una acción efectiva para que el 86,6 de la población urbana que tiene agua pueda recibir el beneficio de la fluoruración. Subraya que la existencia de planes para dotar de abastecimiento adecuado de agua al 70% de la población urbana y al 50% de la población rural en las Américas puede facilitar la fluoruración a costo reducido.

Recuerda el Dr. Restrepo que en el IX Congreso Interamericano de Ingeniería Sanitaria, reunido en el mes de julio en Bogotá, Colombia, la Oficina Sanitaria Panamericana presentó el tema de la Fluoruración y logró que en las conclusiones adoptadas en él se incluyeran las cuatro siguientes recomendaciones sobre el tema: 1a.) que los Ingenieros Sanitarios participen activamente en los programas de promoción de la fluoruración del agua potable; 2a.) que se considera la fluoruración como un proceso normal de tratamiento de agua y por consiguiente que se aplique en los casos en

que la composición química del agua a tratar así lo requiera; 3a.) que en los cursos de tratamiento de agua que se enseñan en la carrera de ingeniería sanitaria se incluyan y destaquen las técnicas de adición de fluor como parte integrante del tratamiento y 4a.) que las Universidades, con la ayuda de las Agencias Internacionales provean cursos cortos intensivos sobre fluoruración del agua.

El Dr. VIESCA Y VIESCA (México) manifiesta que, como contribución a los programas de prevención que se desarrollan en México y como un avance al desenvolvimiento de los servicios dentales, la Dirección de Odontología de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se propuso recopilar el mayor número de datos sobre fluoruración de las aguas, procedimiento conocido en el ambiente sanitario internacional como la principal medida profiláctica de que dispone en la actualidad la odontología contra la caries dental.

Resume luego las controversias suscitadas entre los investigadores que defienden esta medida sanitaria y los que se oponen a su aplicación, y afirma que se ha procurado conocer el mayor número de criterios de unos y de otros, estimando sus ensayos y razonamientos, para después tratar de lograr una justa e imparcial apreciación.

En el propósito de disipar dudas, se han examinado detenidamente las opiniones vertidas por personas de prestigio que intuyen ciertos inconvenientes en la fluoruración por ingestión y se han clasificado en dos órdenes distintas las razones que aducen los partidarios y los adversarios del procedimiento. El primero es de carácter religioso, político, legal, económico y de ciertos prejuicios basados en particulares ideologías; el segundo se basa en conceptos de orden biológico, resultantes de la observación, la experiencia y la investigación, y han sido emitidos por personalidades de la medicina, la química y la odontología.

El primer grupo de argumentos -prosigue el Dr. Viescano se ha dejado de considerar, pero no interesa en esta particular ocasión, máxime si se advierte que lo que se procura es el bienestar social por medio de una atención indispensable, impartida por el Gobierno de la República a un porcentaje considerable de población indigente, aunque ello represente una carga gravosa para la economía de los servicios de salud pública.

En cuanto al segundo orden de ideas, expresa, se ha deseado explicar brevemente los principales conceptos existentes, agregando a los argumentos recogidos un comentario crítico a nivel direccional.

Debe tomarse muy en cuenta la aprobación prestada a la fluoruración de abastos públicos de agua por las principales asociaciones de los países más desarrollados, entre ellos los Estados Unidos de América, que es donde más se ha investigado al respecto a través de 20 años; así como la disposición de sostener este método. Además se han reconsiderado las descripciones de autoridades de renombre, que apoyan sus argumentaciones en bases científicas de la máxima seriedad.

La investigación realizada no ha podido hasta ahora comprobar toxicidad por ingestión de fluoruros a la concentración de 1 p.p.m. Tampoco se ha comprobado en forma alguna que el flúor afecte la función de los órganos en donde se acumula, ni produzca cambios en la duración de su vida; con la sola excepción de la transformación estructural de tejidos duros, es decir huesos y dientes.

Es indudable, estima el orador, que el mejor método para administrar a grandes núcleos de población la dosis adecuada de flúor consiste en la fluoruración de abastos públicos de aguas. De esa forma, el flúor es consumido desde antes del nacimiento hasta la edad de 7 años, o sea hasta la completa formación del esmalte de los dientes a los que, durante esos años de vida, se ha incorporado en forma constante el ión flúor, haciéndolos más resistentes

contra la caries. Además el método hace necesario para los servicios de salud pública establecer controles sobre el empleo de fluoruros administrados en otras formas, ya que no existe el riesgo de provocar sobre dosificación.

A continuación, el Dr. Viesca informa sobre la labor desarrollada por la Dirección de Odontología en materia de fluoruración. El proyecto, dice, abarcó desde tareas de educación del público y promoción hasta el establecimiento de una correcta coordinación.

Los primeros aparatos fluoruradores, y el material de prevención fueron adquiridos por la Secretaría de Salubridad y Asistencia y donados a las poblaciones seleccionadas, con la intención de convencer a los municipios sobre la bondad de este servicio.

Hasta ahora hay cinco poblaciones cuyo abastecimiento público de agua está fluorurado artificialmente: Nuevo Laredo, Tamaulipas; Villahermosa, Tabasco; Veracruz, Veracruz; Los Mochis, Sinaloa; y la Unidad "U-H" del Conjunto Urbano Nonoalco-Tlaltelolco, en el Distrito Federal.

En todas ellas, y en la medida de las posibilidades y recursos, con que cuenta la Dirección de Servicios Odontológicos, organismo recientemente creado, se ha estado controlando el desarrollo del programa establecido.

El Dr. Viesca termina expresando su convencimiento de que, si una medida sanitaria da resultados satisfactorios, es necesario procurar su implantación.

El Dr. FERREIRA (Brasil) informa que en su país el 97% de los sistemas de abastecimiento público de agua son mantenidos por estados y municipios.

El ejemplo de Río Grande do Sul, que ha determinado la fluoruración de las aguas de abastecimiento de casi todas las poblaciones con agua, está siendo seguido por otros estados, por ejemplo el de Guanabara. Para 1965 toda la ciudad de Rio de Janeiro tendrá agua fluorurada. Bahía, Pernambuco y Paraná también inician el establecimiento de la fluoruración.

Concluye diciendo que el costo operacional de la fluoruración plantea un problema en el Brasil, porque no hay liberación de derechos para la importación de la materia prima.

El Dr. QUIROS (Perú) manifiesta que está de acuerdo con lo expuesto por la Oficina Sanitaria Panamericana.

El Dr. ROJAS (Panamá) dice que la República de Panamá, por sus relaciones con los Estados Unidos de América, desde hace más de una década viene aplicando flúor en sus dos principales ciudades, Panamá y Colón.

Las experiencias obtenidas se ajustan a las de ciudades donde ya se aplica flúor; ya se observan los efectos de la fluoruración, especialmente en la niñez.

Por otra parte, concluye el Dr. Rojas, otras dos ciudades, David y Chitré que cuentan con plantas de tratamiento de aguas superficiales están aplicando la fluoruración sin flúor a nivel adecuado. Este proyecto beneficia también a dos poblaciones cercanas. En su financiación participan la empresa de Acueductos de Panamá, el Ministerio de Salud Pública, y las ciudades de David y Chitré.

Mr. BOARD (United States of America) said that, from the viewpoint of economy and health promotion, the objectives suggested in the document were irrefutable and entirely sound. It certainly was faster and less expensive to install fluoridation equipment and introduce fluorides into the water, than to train, employ, and support the number of dentists that would be required to treat the caries and cavities that would otherwise occur.

He mentioned the experience in the United States of America with respect to the role of sanitary engineering in the promotion of that venture. The waterworks industry in his country had long maintained that fluoridation was a medical problem and that the medical, dental, and public

health professions were responsible for evaluating and judging its effectiveness and safety and for promoting it in accordance with their observations. The task of the engineering and waterworks professions was to learn all they could about the techniques of applying and controlling the fluorides in the water and protecting the population and operators from an overdose or the accidental introduction of excessive amounts of fluoride. Consequently, they had confined their efforts to the implementation phase of the program, leaving other aspects to the medical, dental, and public health groups.

El Dr. OÑATIVIA (Argentina) dice que la Dirección de Saneamiento Ambiental de su país preconiza aplicación total de la medida. En la Provincia de Santa Fé, por decreto oficial, se introducirá en breve en las ciudades de Santa Fé y Rosario; se utilizará fluorita producida en el país, la que resulta más económica. En la misma provincia, existe una Dirección de Odontología Sanitaria, dependiente del Ministerio de Salud que se ocupa de estos aspectos.

El Dr. ROJAS (Panamá) hace un agregado a su exposición anterior: del Brasil han tomado las experiencias con fluoruro estañoso. Los proyectos de David y Chitré significan un ahorro de 40 odontólogos a tiempo completo.

El Dr. RESTREPO (Asesor Regional en Odontología de Salud Pública, OSP) manifiesta que otro aspecto de la política de prevención en odontología es la experiencia que la OSP efectúa para ensayar la sal de cocina como otro vehículo del flúor. Esta experiencia se efectúa en Colombia, con la colaboración de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de América. En cinco años se conocerán los resultados de esta experiencia que efectúa la Universidad de Antioquia, Colombia.

Se espera, prosigue, que la Asamblea apruebe la resolución de AIDIS en torno a fluoruración para poder iniciar la preparación de un plan que extienda esta política por toda América rápidamente.

El Dr. OÑATIVIA (Argentina) pregunta, en cuanto a la experiencia de utilizar flúor en la sal de cocina, si existen complicaciones químicas al incorporar yodo con flúor a la sal.

El Dr. RESTREPO (Asesor Regional en Odontología de Salud Pública, OSP) responde que los estudios previos efectuados han contemplado todas estas contingencias. Pero que como apenas se inicia la investigación en Colombia, no le puede dar, por ahora, una respuesta adecuada.

El Dr. ACOSTA (Colombia) manifiesta que el problema dental es de todos conocido y que el método más eficaz

debe ser preventivo. Ha de considerarse especialmente el alto costo, prohibitivo, de la atención dental. Estima, pues, que interpreta el sentir de la Asamblea al leer el siguiente proyecto de resolución:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre la fluoruración de las aguas de abastecimiento público (Documento CD15/29);

Considerando que los problemas dentales no pueden ser solucionados o controlados con los actuales recursos profesionales y que debido al actual crecimiento de población en América Latina, la escasez de estos recursos odontólogos será aún mayor;

Teniendo en cuenta que la fluoruración de las aguas de abastecimiento público constituye una medida eficaz para la prevención de la caries dental; y

Considerando que, a fin de acelerar la extensión de la fluoruración a las áreas que todavía no se benefician de esa medida, es indispensable la colaboración conjunta y coordinada de odontólogos e ingenieros sanitarios,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe presentado por el Director sobre fluoruración de las aguas de abastecimiento público (Documento CD15/29) y apoyar la orientación sobre la materia que se expone en el mismo.
2. Tomar nota con satisfacción de los términos de las recomendaciones sobre fluoruración, aprobadas por el IX Congreso Panamericano de Ingeniería Sanitaria, organizado por la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria (AIDIS) y reunido en junio del presente año en Bogotá, Colombia.
3. Sugerir a las autoridades nacionales que tienen responsabilidad en el suministro público de agua, que tomen las medidas necesarias para iniciar la fluoruración en aquellos sistemas que aún no la han implantado.

4. Recomendar al Director que continúe los esfuerzos que viene empleando para conseguir los recursos necesarios para la ejecución del programa propuesto.

"THE DIRECTING COUNCIL:

Having considered the report of the Director on the fluoridation of public water supplies (Document CD15/29);

Considering that dental problems cannot be solved or dental disorders brought under control with the available professional resources and that the relative shortage of dental resources will become more pronounced as the population of Latin America increases;

Considering that the fluoridation of public water supplies is an effective means of preventing dental caries;

Bearing in mind that, in order to hasten the extension of water fluoridation to areas that are not yet benefiting from this measure, there must be close collaboration between dentists and sanitary engineers,

RESOLVES:

1. To take note of the report of the Director on the fluoridation of public water supplies (Document CD15/29) and to endorse the policy outlined in it.

2. To note with satisfaction the terms of the recommendations on fluoridation that were adopted by the IX Pan American Congress of Sanitary Engineering organized by the Inter-American Association of Sanitary Engineering (AIDIS), held in Bogotá, Colombia, in June 1964.

3. To suggest to national authorities having responsibility to provide public water supplies that they take immediate steps to begin to fluoridate water supplied through their system.

4. To instruct the Director to continue his efforts to obtain the funds needed to implement the proposed program.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.

Se levanta la sesión a las 8:25 p.m.
The session rose at 8:25 p.m.

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD
XV Reunión

México, D. F.

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD
XVI Reunión



Martes, 8 de septiembre de 1964, a las 9:15 a.m.
Tuesday, 8 September 1964, at 9:15 a.m.

CD15/49

14 septiembre 1964

ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA DUODECIMA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE TWELFTH PLENARY SESSION

Presidente: Dr. Bienvenido A. Delgado República Dominicana
President:

Indice
Contents

Tema 16: Informe sobre los edificios e instalaciones para
la Sede
Item 16: Report on Buildings and Installations for
Headquarters

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar a la Oficina Sanitaria Panamericana (Atención: Jefe de la Sección de Conferencias y Traducciones) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto, antes del 1o. de noviembre de 1964. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify to the Pan American Sanitary Bureau: (Attention: Chief of Conference and Translations Section) before November 1st 1964, of any changes they wish to have made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the Meeting.

Indice (Cont.)
Contents (Cont.)

- Tema 15: Fondo Rotatorio de Emergencia
Item 15: Emergency Revolving Fund
- Tema 30: Colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana con los servicios nacionales de salud en materia de prácticas administrativas
Item 30: Collaboration of the Pan American Sanitary Bureau in Administrative Practices of National Health Services
- Tema 31: Estado de los planes nacionales de salud (conclusión)
Item 31: Status of National Health Planning (conclusion)
- Tema 29: Estado del programa continental de abastecimiento de agua y de eliminación de aguas servidas (conclusión)
Item 29: Status of the Continental Water Supply and Sewage Disposal Program (conclusion)
- Tema 27: Estado de la erradicación de la viruela en las Américas
Item 27: Status of Smallpox Eradication in the Americas

TEMA 16: INFORME SOBRE LOS EDIFICIOS E INSTALACIONES
PARA LA SEDE
ITEM 16: REPORT ON BUILDINGS AND INSTALLATIONS FOR
HEADQUARTERS

Dr. PORTNER (Chief of Administration, PASB)

presented Document CD15/11, containing a progress report on the program for the construction of the PAHO permanent Headquarters building. At the time of the preparation of the report (June 1964), the framing of the third floor was in process. Since that time the building had reached the tenth floor level and the framing of the main roof was in progress. The concrete fins had been installed for the levels already completed through the seventh floor. All the exterior finishes of marble, granite, and architectural concrete were arriving on the building site on schedule. By early October, the building would be topped and the concrete grill work around the Conference Chamber installed.

Arrangements were still in process for the sale of the present Headquarters buildings and action on that matter would be taken in the near future. The Permanent Subcommittee on Buildings and Installations was studying the question of gifts of art for new building, and a communication to Governments would be forthcoming. All other matters were in good order and progressing on schedule.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) manifiesta que en espera de los comentarios que se vayan a formular en el curso del debate, desea señalar, como lo hizo el Dr. Portner,

que a menos que ocurran hechos imprevistos, como por ejemplo un invierno excesivamente crudo en Washington que detenga el progreso de la construcción, el edificio estará listo y equipado para el mes de junio o julio del año próximo. Se espera así que la próxima reunión del Consejo Directivo pueda celebrarse en la Sede y, naturalmente, las futuras reuniones. A su juicio, sería oportuno discutir estos puntos más adelante cuando los temas respectivos del programa sean considerados por el Consejo.

Una vez más debe expresar su gratitud al Gobierno de los Estados Unidos de América por el terreno que donó a la Organización para el edificio, y a la Fundación W. K. Kellogg, por haber facilitado la ayuda financiera necesaria para su construcción. Como se informó oportunamente, los \$5.000.000 que representan el préstamo sui generis de esta Fundación, fueron entregados en su totalidad a la Oficina con el conocimiento de la Fundación de que los intereses que el mismo devengue durante el lapso de la construcción se apliquen a gastos derivados de este proceso, que es complejo y que está expuesto a situaciones inesperadas. El Subcomité de Edificios e Instalaciones, siguiendo en cierta forma el ejemplo del edificio de la Organización Mundial de la Salud, ha señalado la posibilidad de que los Gobiernos se interesen por donar artículos típicos generales o de arte que sirvan de ornato a las instalaciones de la Sede.

Manifiesta que la Oficina recibirá con agrado las proposiciones que le formulen en este sentido los Gobiernos.

En relación con este asunto señala que es ésta la primera vez que, en su historia, la Organización Panamericana de la Salud, y la Organización Mundial de la Salud en las Américas tendrán su Sede propia y, no menos importante, que de acuerdo con la ley dictada al respecto, la Organización tiene uso y dominio del terreno. Además de las características del edificio, que por su belleza arquitectónica destacará en el área en que se encuentra situado en Washington, es de desear que en el interior haya un reflejo de la cultura de este Continente, expresado en elementos autóctonos o en obras de arte.

Insiste en esto último y ruega a los Representantes que tengan a bien considerarlo en el seno de sus propios Gobiernos.

Dr. WEDDERBURN (Jamaica) presented the following draft resolution on the item:

"THE DIRECTING COUNCIL,

Considering the reports of the Director on the progress of the construction of the new Headquarters building and the sale of the property owned by the Organization, presented in Document CE50/5 and CD15/11, and the report of the Permanent Subcommittee on Buildings and Installations; and

Having noted that the Executive Committee, at its 50th Meeting, designated the Governments of Brazil and Mexico to serve as members of the Permanent Subcommittee on Buildings and Installations,

RESOLVES:

1. To thank the W. K. Kellogg Foundation for its generous gift of \$5,000,000 and the Government of the United States of America for the site for the Headquarters building.

2. To express its appreciation to the Chairman and the members of the Permanent Subcommittee on Buildings and Installations for their valuable assistance in the prosecution of all activities related to the construction of the new Headquarters building.

3. To request the Director to make further reports to the Executive Committee and the Directing Council on the progress of the construction of the Headquarters building and the sale of the property at 1501-1515 New Hampshire Avenue, N. W., in Washington, D. C.

4. To request the Permanent Subcommittee on Buildings and Installations to study the matter of gifts for the new building, to establish procedures and standards for the acceptance or rejection of gifts, and to communicate with Governments on these procedures and standards."

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado los informes del Director acerca de la marcha de las obras de construcción del nuevo edificio de la Sede y la venta de los inmuebles propiedad de la Organización, presentados en los Documentos CE50/5 y CD15/11, así como el informe del Subcomité Permanente de Edificios y Obras; y

Teniendo en cuenta que el Comité Ejecutivo, en su 50a Reunión, designó a los Gobiernos de Brasil y de México para que formaran parte del Subcomité Permanente de Edificios y Obras,

RESUELVE:

1. Expresar su agradecimiento a la Fundación W. K. Kellogg por su generosa donación de 5.000.000 millones de dólares y al Gobierno de los Estados Unidos de América por haber facilitado el solar del edificio de la Sede.

2. Manifestar su agradecimiento al Presidente y a los miembros del Subcomité Permanente de Edificios y Obras por su valiosa asistencia en la prosecución de todas las actividades relacionadas con la construcción del nuevo edificio de la Sede.

3. Encomendar al Director que presente nuevos informes al Comité Ejecutivo y al Consejo Directivo sobre la marcha de las obras de construcción del edificio de la Sede y la venta de los inmuebles sitios en la Avenida New Hampshire, N. W., números 1501 y 1515, en Washington, D. C.

4. Encomendar al Subcomité Permanente de Edificios y Obras que estudie los aspectos relacionados con las donaciones para el nuevo edificio, que establezca procedimientos y normas para la aceptación o el rechazo de tales donaciones, y que efectúe las gestiones pertinentes con los Gobiernos en cuanto se refiere a dichos procedimientos y normas."

El Dr. FERREIRA (Brasil) manifiesta que a su juicio el asunto está tan claro y listo para una decisión, que propone se efectúe inmediatamente la votación del proyecto de resolución, sin necesidad de circular previamente.

El PRESIDENTE somete a votación el proyecto de resolución presentado por el Representante de Jamaica.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución presentado.

Decision: The proposed resolution was unanimously approved./

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) agrega que en el caso de que el edificio estuviera listo para la próxima reunión del Consejo Directivo, sería muy indicado estudiar la posibilidad de organizar una ceremonia de inauguración para destacar su significado en la historia de la Organización. Se debería asimismo recabar fondos para este fin, celebrándose una solemne sesión en la que se desarrollen discusiones sobre problemas fundamentales, como ocurrió en la Conferencia de Ministros de Salud Pública celebrada en el año 1963. Dicha sesión debería tratar de temas claramente definidos que el Comité Ejecutivo, en su sesión de abril próximo, consideraría en detalle. Lamenta no estar en condiciones de proporcionar más información en este sentido porque, en realidad, el problema es fundamentalmente, de financiamiento. Con el permiso de este Consejo -termina diciendo el Dr. Horwitz- la Oficina propondría al Comité Ejecutivo que una vez estudiada en detalle esta iniciativa, buscarse la fórmula más indicada para que el Comité la considerase en su oportunidad y fuese transmitida a los Gobiernos con la debida anticipación.

TEMA 15: FONDO ROTATORIO DE EMERGENCIA
ITEM 15: EMERGENCY REVOLVING FUND

Dr. PORTNER (Chief of Administration, PASB) introduced Document CD15/14 and Addendum I, which showed the status of the Emergency Revolving Fund as of 11 August 1964. Of the amount of \$50,000 in the Fund, \$32,009, or about two-thirds of the total, was outstanding for emergency purchases.

With respect to the level of the Fund, Dr. Portner called attention to the provision made in the 1965 PAHO regular budget for \$25,000 to increase the amount of the Fund to \$75,000. That action had been taken on the basis of a recommendation made by the 48th Meeting of the Executive Committee and approved by the Directing Council at its XIV Meeting.

El Dr. BUSTAMANTE (México) manifiesta que, en relación con el tema del Fondo Rotatorio de Emergencia, es necesario considerar de nuevo el problema de la difícil situación económica en que se encuentra la Organización, ya que se registra un considerable retraso en los pagos a la misma.

El objeto por el cual se creó el Fondo Rotatorio de Emergencia -explica- fue el de cooperar con los Gobiernos en cualquier momento en que, debido a condiciones fuera de

su control tales como epidemias, inundaciones y fenómenos semejantes, necesitan el envío urgente de medicinas. Este Fondo -añade- ha sido muy útil, y año tras año se ha utilizado en una proporción bastante alta; a veces, hasta casi agotarlo.

Como se trata de uno de los tipos de cooperación internacional más usados por los Países Miembros -prosigue el Dr. Bustamante-, el propósito consistió en que esos recursos estuvieran a la disposición de los países que lo necesitaran, es decir, que la cantidad correspondiente se encontrara siempre disponible. Por análogas razones, la XIV Reunión del Consejo Directivo resolvió aumentar dichos fondos hasta un importe total de \$75.000 a partir de 1965.

Naturalmente, para el correcto funcionamiento del Fondo es menester que el mismo funcione en la forma proyectada; pero sucede -dice el Dr. Bustamante- que algunos Gobiernos dejan pasar un buen número de meses antes de entregar su aportación. Hace constar que esta aportación no es una cuota, sino un compromiso que cada país contrae en circunstancias difíciles. Cuando han pasado, por ejemplo, más de 6 meses sin satisfacer esa obligación, se pone al Director y, en general, a la Oficina en una situación muy difícil.

Agrega que el último informe al respecto es idéntico al del 11 de agosto último: revela que hay escasamente unos \$18.000, cantidad excesivamente reducida para hacer frente a la eventualidad de una emergencia. Naturalmente, ninguno de los Gobiernos de la Organización puede prever en qué momento le será necesario acudir a este Fondo; pero pudiera ocurrir que ese caso lamentable se presentara y no se dispusiera del dinero necesario para satisfacer esa necesidad.

El Dr. Bustamante termina manifestando que sería de desear que, así como el Comité Ejecutivo en su última reunión resolvió encarecer a los Gobiernos la necesidad de que reembolsen con prontitud la ayuda recibida con cargo a este Fondo, el Consejo Directivo adoptase también una resolución concreta en términos similares; y que ese encarecimiento a los Gobiernos pusiera de relieve que, para el buen funcionamiento del Fondo Rotatorio de Emergencia, es preciso que el mismo mantenga en todo momento el nivel de fondos por la Organización.

Dr. CUTLER (Deputy Director, PASB) presented the following draft resolution for consideration by the Council:

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having examined the report of the Director on the use of the Emergency Revolving Fund (Document CD15/14 and Addendum I); and

Considering that the Fund must be maintained at the established level if the important purpose of assistance to Governments for which it was created is to be fulfilled,

RESOLVES:

1. To take note of the report of the Director on the use of the Emergency Revolving Fund (Document CD15/14 and Addendum I).
2. To urge Governments requesting assistance from the Fund to reimburse the amounts advanced as soon as possible."

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre la utilización del Fondo Rotatorio de Emergencia (Documento CD15/14 y Addendum I); y

Habida cuenta de que el Fondo debe mantenerse en su monto autorizado, si ha de cumplir el importante objetivo para el que fue creado, de proporcionar servicios a los Gobiernos,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe presentado por el Director sobre la utilización del Fondo Rotatorio de Emergencia (Documento CD15/14 y Addendum I).
2. Encarecer a los Gobiernos que, cuando reciban la ayuda del Fondo, reembolsen a éste lo antes posible las cantidades adelantadas."

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Decision: The draft resolution was unanimously approved./

- TEMA 30: COLABORACION DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
CON LOS SERVICIOS NACIONALES DE SALUD EN MATERIA
DE PRACTICAS ADMINISTRATIVAS
- ITEM 30: COLLABORATION OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
IN ADMINISTRATIVE PRACTICES OF NATIONAL HEALTH
SERVICES

Dr. PORTNER (Chief of Administration, PASB), in presenting Document CD15/21 on the item, briefly outlined the background of the Pan American Sanitary Bureau's collaboration with the Governments in the field of administrative practices of national health services.

The Directing Council, in Resolution XXXV of its X Meeting, had established the basis for the current program and had given impetus to the efforts in that field, which had been started in mid-July 1957.

As an initial step, a Bureau official had surveyed the administrative methods and practices of national health ministries in the Americas. That survey had made it apparent that a cadre of persons trained in public administration was necessary for the most effective utilization of funds made available for health services. Since advisory services in general public administration were the responsibility of other international agencies, the Organization had limited its assistance to measures for improving the operation of health departments within the existing legal framework and customary business practices of each country. In the course

of the years, however, PASB consultants had at times joined forces with representatives of the United States International Cooperation Administration (now the Agency for International Development) and of the United Nations in that endeavor.

The program of advisory services in administrative practices encompassed three main categories: the provision of consultants to the ministries of health; the holding of meetings and seminars in cooperation with the United Nations Department of Economic and Social Affairs; and the training of administrative personnel within the ministries. To date, four such seminars had been held for officials of the public health ministries of Central and South America: the first in San Jose, Costa Rica (1960), the second in Bogota, Colombia (1962), the third in Kingston, Jamaica (1963), and the fourth in Antigua, Guatemala (1964). The training aspects of the program included the provision of fellowships for administrative personnel of the national health services. Since the origin of that phase of the program in 1958, 52 awards had been made. The remaining activities in the PASB program of consultative services in administration included projects for the publication of manuals, guides, and standards, and for the development of a reference clearinghouse.

Budgetary provision had been made for the years 1964-1965 to enable the Director to achieve, in good season, the objective laid down in the resolution of the Directing Council.

El Dr. ORTEGA (República Dominicana) dice que el asesoramiento recibido por su país en materia de prácticas administrativas ha constituido una interesante experiencia, siendo de valor incalculable los logros obtenidos.

Los resultados de tal asesoramiento, prosigue, pueden sintetizarse en los siguientes puntos: 1) reestructuración y selección del personal, tarea en la cual tanto el asesor como el personal nacional han contado con pleno respaldo de las autoridades del país; 2) redistribución de las distintas dependencias dentro del edificio de la Secretaría de Estado de Salud; 3) reorganización de los archivos; y 4) reorganización del sistema de suministros y aprovisionamiento, incluyendo la organización de un almacén central de medicinas y otros efectos para los hospitales dependientes de la Secretaría, con el cual se espera alcanzar notables economías.

Considerando los beneficios que obtendrán los países con este tipo de asesoramiento, el Dr. Ortega expresa que pone a consideración de la reunión el siguiente proyecto de resolución:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre los servicios de asesoramiento en materia de administración facilitados a los Gobiernos por la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento CD15/21); y

Teniendo en cuenta que existe la necesidad continua de mejorar en los servicios nacionales de salud las estructuras y normas administrativas para asegurar el desarrollo eficiente de los programas,

RESUELVE:

1. Felicitar al Director por la labor que la Oficina Sanitaria Panamericana ha realizado hasta la fecha, en colaboración con los Ministerios de Salud a fin de mejorar la organización y prácticas administrativas.

2. Recomendar a los Gobiernos que prosigan sus actividades con miras a perfeccionar las prácticas administrativas relacionadas con los programas de salud pública.

3. Encomendar al Director que presente a futuras reuniones de los Cuerpos Directivos nuevos informes sobre este asunto."

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having examined the report of the Director on the administrative advisory services provided to Governments by the Pan American Sanitary Bureau (Document CD15/21); and

Recognizing the continuing need for improvement, within the national health services, of the administrative machinery and procedures necessary to assure the efficient operation of the programs,

RESOLVES:

1. To commend the Director on the efforts made to date by the Pan American Sanitary Bureau in collaborating with the ministries of health to better administrative organization and practices.

2. To recommend that the Governments continue their efforts toward the improvement of administrative practices related to public health programs.

3. To request the Director to report further on this matter to future meetings of the Governing Bodies.

El Dr. MOTEZUMA (Venezuela) señala que uno de los temas del programa que ha despertado mayor interés, sin que ello implique desconocer la importancia de otros, es la mencionada colaboración en cuanto a prácticas administrativas; particularmente, si se tiene en cuenta el hecho frecuentemente mencionado de que los recursos resultan siempre insuficientes ante la magnitud que necesariamente deben tener los programas de salud.

Después de leer con detenimiento el informe preparado por la Oficina -prosigue- debe reconocerse que, en este campo de actividades como en los demás, la Oficina ha puesto de su parte el mayor empeño por prestar a los países su más amplia colaboración. En el caso de Venezuela, esa colaboración se ha traducido en la visita reciente de un asesor de alta categoría quien prestó toda la ayuda que le fue posible en el tiempo de que dispuso.

En el documento en consideración se señala una serie de posibilidades de colaboración de carácter general. Cree, sin embargo, que debe lograrse algo más específico; es decir, tratar de llegar a un acuerdo o fijar un programa de colaboración en este campo. En América Latina, al menos, lo que hasta ahora se ha hecho en esta materia no representa sino el comienzo de un análisis de la administración de salud. Por otra parte, la solución de este problema se hace tanto más deseable cuanto que, al reducirse la proporción de programas de bajo costo, los de costo elevado, que son más numerosos cada vez, requieren un uso más cuidadoso y adecuado de los fondos de que se dispone.

En Venezuela -prosigue el Dr. Motezuma- los costos de estas actividades se han incrementado en forma que nos parece exagerada, vale decir, sin que exista un cierto paralelismo entre el incremento de los gastos y las actividades cumplidas por los organismos de salud. En una reciente encuesta sobre este tema, encontramos que más de 1.150 millones de bolívares (unos 250 millones de dólares) fueron invertidos por el país en actividades de salud en 1962; y sin embargo, ese año no permitió ofrecer mayores ni más efectivas realizaciones.

Una razón de los altos costos, prosigue el Dr. Motezuma, es el desconocimiento de cuál sea la cantidad óptima de recursos que deben ser aplicados en una determinada actividad. Esto se aplica particularmente en aquellas actividades en que el factor fundamental es el ser humano, para el que es siempre difícil fijar el justo rendimiento y eficiencia. Se manifiesta con claridad cuando se analizan las tareas de atención médica, en donde la relación hora-trabajador de salud pública no puede sujetarse a un patrón único, siendo en consecuencia, difícil establecer una evaluación precisa.

Tampoco es fácil señalar con precisión el número de actividades que pueden ser cumplidas dentro de una jornada de trabajo; ello se presta a la multiplicación de jornadas, a veces sin motivo real. Del mismo modo, no se han establecido

los niveles de preparación del personal requeridos para el cumplimiento de actividades fundamentales de salud pública. Así, frecuentemente se emplea personal altamente capacitado para una actividad de segundo orden y a la inversa.

Otro factor que dificulta las tareas administrativas, prosigue el Dr. Motezuma, estriba en la carencia de sistemas uniformes para el registro contable y para el control administrativo. Unido a los factores anteriores, determina que la evaluación técnica y administrativa de un servicio se haga sumamente difícil. Por ello, no se puede presupuestar la cantidad necesaria de recursos; se dejan márgenes amplios, que posibilitan posteriormente una administración menos cuidadosa.

Finaliza el Dr. Motezuma solicitando que se tengan en cuenta estos puntos de vista cuando se programe este tipo de colaboración con los países; por ello, los somete a la consideración de los Representantes, y pide al Presidente que se tengan en cuenta al someter a votación los proyectos de resolución que se presenten.

El PRESIDENTE manifiesta que las proposiciones presentadas serán impresas y distribuidas para consideración de los Representantes.

Dr. COMMISSIONG (Trinidad and Tobago) referred to the Seminar on Administration and Organization of the Health

Services, held at the University of the West Indies in Kingston, Jamaica, in November 1963, for representatives of the English-speaking countries and territories in that area. The Minister of Health of Trinidad and Tobago had been unable to attend, but was represented by the Permanent Secretary of the Ministry, who presented a background paper on the current situation of health services in the country.

He emphasized the benefits derived from that type of seminar. Differences in the administration and organization of the various health services became evident, but similarities were also brought into focus; the discussion of the main difficulties of all the participating countries and territories helped each of them to find solutions more easily. Moreover, at the Seminar in Kingston the participants had been put in line with the sources of further assistance, because the meeting had been conducted not only with the support of PAHO/WHO and the United Nations, but also with that of the University of the West Indies. The problems had been exposed to all those organizations and offers of help had come from all of them. He wished to express publicly the great interest of Trinidad and Tobago in that type of meeting, which he hoped would not be the last to be held in the Caribbean area.

Dr. WATT (United States of America) considered that subject to be of great importance to all the representatives and to all the national organizations. At such meetings in

the future, it might be well to keep in mind the opportunities presented for a comparison of the different legal authorities under which the various health services operated, a comparison that could reveal ways of improving administration. Often the authority given the health organization by law was not commensurate with the responsibilities involved, and there were restrictions that did not allow for appropriate action. If in the seminars on administration some thought were given to preparing a brief legislative history illustrating the differences in the various systems, that might prove extraordinarily helpful to all the countries. In that connection, he called attention to the most recent issue of the USPHS periodical Public Health Reports, which was devoted entirely to public health and the law, and which contained many points of interest in relation to that subject.

Mr. SIEGEL (Assistant Director-General, WHO) said that the excellent discussion that was taking place was a clear indication of the importance attached by the health administrators to good administration in the discharge of their responsibilities. He complimented the PASB/WHO Regional Office for the Americas, on the excellent example it had provided in making assistance available to the requesting countries in connection with administrative practices and procedures. As he recalled, it had been the Representative of Chile in 1957 who was responsible for introducing the resolution that initiated

those activities, and at that time the Chilean Representative was his good friend and colleague, Dr. Horwitz. It was therefore no surprise to observe the good results that had been achieved under the direction of Dr. Horwitz, with the assistance of Dr. Portner.

The Officials of the World Health Organization at Geneva were keenly interested in keeping in touch with the progress being made in those activities in the Region of the Americas, for there was no doubt of the importance and the necessity of improving administrative practices and procedures. In so doing, full utilization would need to be made of the latest developments in mechanization and automation and utilizing to the full the resources available generally in the scientific management field.

El Dr. AGUILAR (Guatemala) manifiesta que, fundado en el informe que la Oficina presentó en el último Seminario sobre Organización y Administración de Servicios de Salud Pública, que tuvo lugar en la ciudad de Antigua, Guatemala, en mayo del corriente año, considera propicia la oportunidad para agradecer a la Oficina, en nombre de su Gobierno, el cuidado que ha tenido a bien dedicar a este importante capítulo. Le preocupa únicamente el alcance de los términos. Desde luego, desea extraer el mayor provecho posible de la información que la Oficina les ofrece -y esto será indudablemente así- porque

quizá no en todos los países las divisiones de administración tengan las mismas actividades. Por esa razón solicita el envío de cuanta información se tenga disponible a fin de que las actividades puedan orientarse en la forma más adecuada.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP), agradece las intervenciones precedentes y expresa el deseo de hacer comentarios de tres órdenes, uno de los cuales se relaciona directamente con el tema. Recuerda una expresión vertida en la Reunión de Ministros de Salud, (Grupo de Estudio, informe final). En él se dice que es indispensable forjar conciencia administrativa y sentido de responsabilidad en todos los funcionarios, en armonía con los propósitos superiores que persiguen los Ministerios o Servicios de Salud. Cree que esta es la raíz del problema y que a ello obedecen los esfuerzos que la OPS está haciendo en un campo que evidentemente no es de aquellos en que los éxitos se pueden exhibir con mayor clamor, sino, todo lo contrario, una actividad absolutamente esencial que se desempeña habitualmente en forma silenciosa. Es lamentable que a veces se haga en forma espectacular, pero precisamente cuando no conviene a las mejores normas. Por eso los diversos comentarios expresados en cuanto a la importancia que los Representantes conceden a esta función, han sido muy útiles, y señala que quisiera ver que progresivamente se mejoran las prácticas administrativas en el seno de los servicios de salud. Como han indicado los Representantes, en ello reside una

substancial fuente de economías que pueden invertirse en acciones directas de protección, de reparación y de rehabilitación de la salud.

Se comprende -prosigue el Dr. Horwitz- que al nivel de los ministerios de salud hay en ocasiones problemas políticos que no permiten reorganizaciones violentas. Dice que conoce el hecho de que, en algunos países, la situación económica general no permite al Gobierno reabsorber el contingente de desocupados; en otros servicios que se creen. La experiencia indica que cuando las actividades se programan con cuidado, no tan sólo en el seno del Ministerio de Salud sino considerando la administración pública en general, es posible proceder a trasladar de una a otra dependencia a los funcionarios sobrantes para utilizar de manera adecuada sus servicios.

Estima de suma importancia los comentarios hechos al respecto por el Dr. Watt, lamenta que no los haya elaborado más, y cree que no se debe subestimar la importancia de la legislación para tener una idea precisa de las responsabilidades de cada uno, ya que la doctrina de la administración pública está contenida en la ley, en sus reglamentos, en sus normas y en su práctica.

El Dr. Horwitz se refiere seguidamente a los comentarios del Dr. Motezuma, Representante de Venezuela, quien a sus juicios, se ha referido más a las prácticas en materia

de salud que a las prácticas administrativas, ya que en su análisis con miras a una planificación, a una programación, destacó el desconocimiento que suele existir respecto al rendimiento de los recursos disponibles y a su costo.

Prosigue diciendo el Dr. Horwitz que un área muy importante de las investigaciones científicas, aunque ciertos investigadores se limiten a aquello que concierne de manera exclusiva a la biología, es la enorme área que tiene relación directa con la sociedad. Señala que en este tipo de investigación, el Dr. Motezuma definió dos aspectos de importancia; el costo de las acciones a emprender y el rendimiento de los recursos existentes. Son dos zonas esenciales en la planificación de salud; ahora bien, los índices nacionales, como puso en evidencia ayer en su comentario el Ministro de Salud de la Argentina, no son un reflejo, aunque sean promedio de las realidades locales. No hay pues otra solución que proceder a su estudio progresivo en la medida en que ello sea necesario.

La verdad es -prosigue el Dr. Horwitz- que en un momento dado se están programando actividades de saneamiento sin saber cuánto rinde el esfuerzo de un inspector sanitario o de un ingeniero; se programan actividades de inmunización sin saber cuántas personas hay que vacunar en el medio rural, en el medio disperso, en el medio rural concentrado, en el medio urbano, en comunidades primitivas, en comunidades supercivilizadas, etc.;

por lo tanto se establece un costo promedio que después la experiencia demostrará que era irreal, y el todo afecta al presupuesto.

En vista de lo precedente, el Dr. Horwitz sugiere que se elabore una resolución relacionada con el tema de las prácticas administrativas y que se adopte otra sobre las prácticas en salud con carácter de investigación; o bien que estas ideas se incorporen en el tema general sobre el programa de investigación de la Organización Panamericana de la Salud, que figura en el programa de temas de la reunión.

Cualquiera que sea la decisión del Consejo -concluye- importaría ver estos hechos señalados en resoluciones, como también convendría que en cualquiera de las resoluciones se incluyeran estas relaciones de la salud pública con la ley a que hizo relación el Dr. Watt.

El PRESIDENTE pregunta al Dr. Motezuma (Venezuela) si las precisiones formuladas en su exposición pueden ser consideradas como un proyecto de resolución aparte, que podría caber en la discusión del Tema 24, que trata de "La política y el programa de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud".

El Dr. MOTEZUMA responde que, en realidad, si una buena parte de los puntos planteados podrían incluirse más adecuadamente en el Tema 24, no hay inconveniente en diferir la

discusión de su propuesta hasta esa oportunidad; además, de esa forma los Representantes dispondrán de un lapso mayor para considerarla.

El PRESIDENTE indica que, habiendo hecho exposiciones sobre el tema los Representantes de la República Dominicana, de Venezuela y de los Estados Unidos de América, propone que se forme una comisión integrada por los tres Representantes mencionados y el de la Argentina, para que estudie las proposiciones existentes y someta a la consideración del Consejo, un proyecto de resolución sobre el tema.

Así se acuerda.
It was so agreed.

Se suspende la sesión a las 10:30 a.m.
y se reanuda a las 10:50 a.m.
The session was recessed at 10:30 a.m.
and resumed at 10:50 a.m.

TEMA 31: ESTADO DE LOS PLANES NACIONALES DE SALUD (conclusión)
ITEM 31: STATUS OF NATIONAL HEALTH PLANNING (conclusion)

El PRESIDENTE somete a consideración el proyecto de resolución sobre el Estado de los Planes Nacionales de Salud presentado por el Representante de El Salvador y concebido en los siguientes términos:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre el estado de los planes nacionales de salud (Documento CD15/4); y

Reconociendo la importancia de llevar a cabo una planificación sistemática en materia de salud, simultáneamente con la planificación nacional del desarrollo económico y social.

RESUELVE:

1. Aprobar el informe presentado por el Director sobre la colaboración de la Organización con los Gobiernos en la formulación de planes nacionales de salud (Documento CD15/4).
2. Tomar nota de la importante asistencia prestada por la Organización en el adiestramiento de personal especializado en planificación de salud y recomendar que se prosiga este tipo de colaboración.
3. Recomendar que los Gobiernos amplíen el alcance de los cursos nacionales de adiestramiento en planificación destinados al personal de salud de todas las categorías.
4. Recomendar que la Organización incremente su colaboración con los Gobiernos en los aspectos administrativos y de dirección de las actividades de planificación, dados los conocimientos especiales que se requieren en ese campo durante la fase de la aplicación del proceso de planificación.
5. Recomendar que la Organización prosiga sus estudios, en colaboración con los Gobiernos,

acerca de los recursos con que es probable se cuente para las actividades de salud durante el próximo decenio, teniendo en cuenta el aumento esperado en el número de personas que han de ser atendidas, especialmente en las zonas rurales que en la actualidad carecen de servicios básicos de salud tanto personales como de saneamiento ambiental.

6. Recomendar que la Organización prosiga su labor, en cooperación con las organizaciones nacionales e internacionales, para perfeccionar la metodología de la planificación nacional de salud."

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having considered the report of the Director on the status of national health planning (Document CD15/4); and

Recognizing the importance of systematic health planning carried out in conjunction with national economic and social development planning,

RESOLVES:

1. To approve the report of the Director on the Organization's collaboration with the Governments in the formulation of national health plans (Document CD15/4).

2. To take note of the substantial support given by the Organization to the training of health planning personnel, and to recommend that this assistance be continued.

3. To recommend that the Governments increase the scope of national training courses on planning for health workers at all levels.

4. To recommend that the Organization increase its collaboration with Governments in the administrative and management aspects of the planning activities, in view of the special skills required in that field during the implementation phase of the planning process.

5. To recommend that the Organization continue its studies, in association with the Governments, of the resources likely to be available for health

development during the next ten years, in the light of the expected increase in the number of persons to be served, especially in rural areas that at present lack basic environmental and personal health services.

6. To recommend that the Organization continue its efforts, in conjunction with national and international organizations, to further develop the methodology of national health planning.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución sobre el estado de los planes nacionales de salud.

/Decision: The draft resolution on the status of national health planning was unanimously approved./

Seguidamente el Dr. HORWITZ (Director, OSP), da lectura al proyecto de resolución sobre "Planificación de Hospitales y Otros Servicios", presentado por los Representantes de México y Estados Unidos de América, y concebido en los siguientes términos:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando que el proceso de planificación de la salud, dentro de las administraciones nacionales comprende la determinación de la función que corresponde a los hospitales y a otros servicios de salud en el desarrollo ordenado de las actividades nacionales de salud;

Teniendo en cuenta que los planes nacionales ya están demostrando la urgente necesidad de contar con más hospitales y otros servicios de salud, así como de reorganizar algunos de los existentes;

Considerando que un importante porcentaje de los fondos nacionales destinados a salud, sea cual fuere el origen de los mismos, se invierte ya en la construcción y funcionamiento de hospitales;

Considerando la costosa duplicación de servicios de atención médica que existe en algunos países,

y que los elevados gastos de este sector del desarrollo nacional en el campo de la salud merecen especial atención; y

Habida cuenta de que el Consejo Interamericano Económico y Social, en su Segunda Reunión Anual al Nivel Ministerial formuló recomendaciones a los Gobiernos sobre cuestiones de salud, incluida la planificación de un mejor aprovechamiento de los servicios de cuidado de la salud,

RESUELVE:

1. Encomendar al Director de la Oficina que, por medio de un comité asesor, estudie los aspectos de la planificación de hospitales y otros servicios comprendidos en la planificación nacional de la salud, y que presente a la 52a. Reunión del Comité Ejecutivo y a la XVI Reunión del Consejo Directivo un informe sobre la manera en que la oficina podría participar más eficazmente en los planes relativos a la construcción, dotación de personal y funcionamiento de hospitales integrados y otros servicios afines de salud destinados a atender las necesidades de la comunidad en los diversos países.

2. Tomar nota de las recomendaciones sobre salud formuladas por el Consejo Interamericano Económico y Social en su Segunda Reunión Anual al Nivel Ministerial".

"THE DIRECTING COUNCIL,

Considering that the health planning process within national administrations includes defining the relative role of hospitals and other health facilities in orderly national health development;

Considering that national plans are already demonstrating the urgent need for additional hospitals and other health facilities and the reorganization of some existing units;

Bearing in mind that hospital construction and operations already account for a substantial percentage of the national health expenditures, from whatever source;

Considering that costly overlapping of medical care facilities exists in some countries, and that the magnitude of the costs of this part of national health development deserves special attention; and

Bearing in mind that the Second Annual Meeting of the Inter-American Economic and Social Council at Ministerial Level made recommendations to the Governments on health matters, including the planning for a more effective utilization of health care facilities,

RESOLVES:

1. To request that the Director of the Bureau, through an advisory committee, study the planning aspects of hospital and health facilities within the national health planning process, and that he report to the 52nd Meeting of the Executive Committee and to the XVI Meeting of the Directing Council on how the Bureau can best participate in the planning for the construction, staffing, and operation of integrated hospitals and related health facilities designed to serve the total community needs of the various countries.

2. To urge the recommendations made on this subject by the Second Annual Meeting of the IA-ECOSOC at Ministerial Level be taken into account".

El Dr. VIDOVIĆH (Uruguay) pide que en el último considerando del proyecto de resolución se substituya la expresión "Habida cuenta" por "Teniendo en cuenta".

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución presentado, con la enmienda propuesta por el Representante del Uruguay.

Decision: The draft resolution, with the amendment proposed by the Representative of Uruguay, was unanimously approved./

- TEMA 29: ESTADO DEL PROGRAMA CONTINENTAL DE ABASTECIMIENTO DE AGUA Y DE ELIMINACIÓN DE AGUAS SERVIDAS (conclusión)
- ITEM 29: STATUS OF THE CONTINENTAL WATER SUPPLY AND SEWAGE DISPOSAL PROGRAM (conclusion)

El PRESIDENTE seguidamente da lectura al proyecto de resolución presentado por el Representante de Venezuela en la Undécima Sesión Plenaria,

Decisión: Por 20 votos a favor y una abstención, se aprueba dicho proyecto de resolución, en virtud del cual se acuerda:

1. Encarecer a todos los Gobiernos que amplíen sus respectivos programas de servicios de abastecimiento de agua y de alcantarillado, dedicando especial atención a la formulación de propuestas adecuadas relativas a proyectos de esa índole, fundadas en planes bien concebidos y en estudios de factibilidad que garanticen la aceptación, por parte de los organismos internacionales de crédito, de proyectos que permitan satisfacer las necesidades existentes o previstas con respecto a dichos servicios.

2. Recomendar al Director que amplíe la asistencia técnica de la Organización a los Gobiernos y que continúe colaborando estrechamente con el Banco Interamericano de Desarrollo y otros organismos, a fin de acelerar la marcha de los programas en esta esfera.

3. Recomendar al Director que prepare y presente un plan para financiar las actividades de la Organización en relación con los servicios urbanos de abastecimiento de agua y de alcantarillado, teniendo en cuenta las limitaciones y la inseguridad de las aportaciones al Fondo para Abastecimiento Público de Agua, y que proponga los ajustes que, para ese fin, se requieran en el presupuesto ordinario de la Organización.

4. Encomendar al Director que continúe el programa de colaboración de la Organización en materia de investigaciones, educación y adiestramiento, y fortalecimiento de las escuelas de ingeniería,

como un medio para acelerar la labor relativa a los servicios de abastecimiento de agua y de alcantarillado.

Decision: By a vote of 20 in favor and one abstention, the Council approved the draft resolution, in which it was agreed: /

1. To urge each of the Governments to expand its program of urban water supply and sewerage services, giving special attention to the development of sound project proposals supported by well-conceived plans and feasibility studies so as to ensure acceptance of projects by the international lending agencies, which will make it possible to meet existing and projected needs for these services.

2. To recommend that the Director increase the Organization's technical assistance to Governments and continue to collaborate closely with the Inter-American Development Bank and other agencies in order to advance the programs in this field.

3. To recommend that the Director draw up and submit a plan for financing the Organization's work in the field of urban water supply and sewerage services, taking into account the limitations and uncertainties of the Community Water Supply Fund contributions, and that he propose adjustments in the regular budget of the Organization for that purpose.

4. To request that the Director continue the Organization's program of cooperation in research, education, and training and in the strengthening of engineering schools, as a means of fostering progress in the field of water supply and sewerage services.

TEMA 27: ESTADO DE LA ERRADICACION DE LA VIRUELA EN LAS AMERICAS
ITEM 27: STATUS OF SMALLPOX ERADICATION IN THE AMERICAS

El Dr. BICA (Jefe, Departamento de Enfermedades Transmisibles, OSP) empieza señalando que en doce resoluciones sucesivas, adoptadas entre 1949 y 1962, los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS han mostrado su preocupación por el problema de la viruela en las Américas así como su deseo de que dicha enfermedad se erradique en el Hemisferio Occidental. A su juicio, dos de esas resoluciones merecen especial atención: la Resolución XIX de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (Santo Domingo, República Dominicana, octubre de 1950), en que se recomienda a los países que desarrollen programas de vacunación antivariólica, y la Resolución XXX de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana (Minneapolis, E.U.A., septiembre de 1962) apremiando a los Gobiernos a que aceleren la marcha de los correspondientes programas de erradicación, dando a los mismos alta prioridad y recomendándoles, al efecto, que busquen en los mercados nacionales e internacionales de capital los recursos económicos necesarios para esta empresa.

Afirma el Dr. Bica que la Organización ha continuado ocupándose activamente del problema de la viruela en las Américas: así, sigue colaborando con los Gobiernos Miembros en el planeamiento de programas de erradicación de dicha

enfermedad basados en campañas de vacunación que puedan incorporarse oportunamente a la estructura general de los servicios nacionales de salud pública; proporciona asesoramiento técnico en la producción de vacuna antivariólica y suministra equipo para la preparación de vacuna desecada. En otros casos, facilita la adquisición de vacuna ya lista para su uso, lleva a cabo servicios de asesoramiento especializado para el desarrollo de campañas de vacunación y concede becas para el adiestramiento del personal nacional. Por otra parte, facilita igualmente a los Gobiernos los servicios de un laboratorio acreditado para determinar la pureza y potencia de las vacunas preparadas por los laboratorios nacionales. Destaca, sin embargo, que los países no hacen uso de tales facilidades con la frecuencia y regularidad que sería de desear.

Hace constar que la producción de vacuna antivariólica glicerizada y desecada en los distintos laboratorios ha sido suficiente no sólo para atender las necesidades internas de los países que la producen, sino también para hacer frente a la demanda derivada de la ejecución de los programas de vacunación antivariólica en aquellos otros que no la preparan.

En 1963 -agrega el Dr. Bica- los países de las Américas notificaron a la OPS/OMS 353 casos de viruela, de los cuales 300 correspondieron al Brasil, 4 a Colombia,

45 al Ecuador y 4 al Perú. Durante el primer semestre de 1964 fueron notificados 46 casos (Argentina 3, Brasil 34, Colombia 3 y Venezuela 6) en comparación con 161 en igual período de 1963. Indica que la notificación de la viruela, como la de otras enfermedades transmisibles, es incompleta, y que los datos de que dispone la Oficina no son exactos, aunque sirvan para advertir si la incidencia de la enfermedad tiende a aumentar o a disminuir en las Américas.

Subraya a continuación los siguientes tres hechos importantes registrados desde la presentación del último informe del Director de la OSP en 1962: 1) la terminación, en 31 de mayo del año en curso, de la campaña de erradicación de la viruela en el Ecuador, habiéndose vacunado el 85% de la población total del país; 2) la intensificación, en 1963, de la campaña de erradicación en Brasil, país que constituye en la actualidad el único foco importante de viruela en las Américas. Durante dicho año fueron vacunados 6.955.330 personas, sin que en esta cifra estén incluidas las vacunaciones efectuadas en cumplimiento de los programas de rutina. En 1963 se dio término al programa intensivo en los Estados de Sergipe, Guanabara, Distrito Federal (Brasilia) y Territorio del Río Branco; y 3) la reaparición de la viruela en el Perú, en noviembre y diciembre, después de nueve años de ausencia. Cuatro casos ocurrieron en Lima, siendo dos importados (uno de

Iquitos y otro de Pucallpa, capital de la Provincia de Coronel Portillo, Departamento de Loreto) y dos secundarios.

Afirma el Dr. Bica que la persistencia de focos de viruela en el Continente no sólo constituye un problema de salud pública para los países afectados, sino que representa además un constante peligro y preocupación para los que están ya libres de la enfermedad. Ello hace necesario que los países que ya dieron término a los programas de erradicación continúen sus esfuerzos por mantener los índices de población inmunizada que se lograron mediante dichos programas.

En cuanto a aquellos en los que todavía persiste la viruela, es menester -agrega- que tengan el firme propósito de erradicarla y que reciban ayuda para resolver las dificultades de carácter administrativo y financiero con que ha tropezado la ejecución de sus respectivos programas.

Informa de que la continua demanda de vacuna antivariólica, especialmente en su forma desecada, por parte de los países no productores de vacuna para atender sus necesidades, ha sido satisfecha, en parte, mediante el obsequio directo de vacuna por los países que la preparan, lo que ha puesto una vez más de manifiesto el espíritu de generosidad y solidaridad de los países de las Américas. No obstante, señala que el procedimiento empleado podría modificarse con el fin de proporcionar más rápida atención a quienes solicitan

vacuna. Se sugiere la posibilidad de formar un stock de reserva de vacuna antivariólica, glicerizada y desecada, constituido con las aportaciones de los países productores de vacuna, cuya custodia y distribución podría estar a cargo de la OSP/OMS.

El Dr. VILLAMAR (Ecuador) destaca que, como se registra en el correspondiente documento, su país presenta, proporcionalmente, uno de los índices de morbilidad y mortalidad por viruela más elevados en las Américas. Así, en el período 1947-1963, el número de casos notificados ascendió a 20.093.

Indica que el programa de erradicación de la viruela se inició en 1951 pero que ha experimentado lamentables retrasos, debido a dificultades de orden técnico-administrativo y que incluso ha tenido que hacer frente al problema de la resistencia violenta ofrecida por grupos indígenas, en especial en algunas provincias interandinas, en las que fueron asesinados algunos vacunadores, a cuya memoria tributa un sentido homenaje.

Informa que durante 1963 fueron vacunados 764.974 personas, lo que elevó a 3.273.445 el total de vacunaciones efectuadas. En las 16 provincias del país la proporción de personas vacunadas fluctuó entre 80% y 90 por ciento. Falta completar la vacunación en las provincias de

Chimborazo y Cañar, en las que se ha logrado vacunar al 65% de la población.

Manifiesta que tiene la esperanza de que el Ecuador, con la cooperación de la OSP, podrá erradicar la viruela antes del plazo fijado de 1965. En 1963 sólo se notificaron 45 casos, de los cuales 44 ocurrieron en áreas en las que todavía no se había iniciado el programa de vacunación antivariólica. Hace constar, por último, que su país ha acelerado los programas de vacunación y que en la actualidad quedan por vacunar solamente unas 300.000 personas. Además, el Instituto Nacional de Higiene "Leopoldo Izquieta Pérez" ha producido en 1963 aproximadamente 1.400.000 dosis de vacuna liofilizada.

Mr. SIEGEL (Assistant Director-General, WHO) invited the attention of the representatives to the various resolutions of the World Health Assembly and the WHO Executive Board on the subject of smallpox eradication, in particular those designed to stimulate the campaign in endemic areas. The subject of smallpox campaigns had been dealt with as early as the First World Health Assembly (1948), and the various resolutions adopted were contained in the Handbook of Resolutions and Decisions of the World Health Assembly and the Executive Board, beginning on page 43.

The Eleventh World Health Assembly (1958) passed a resolution having regard to the decisions and pertinent practical measures adopted by WHO for smallpox control and the intensification of antismallpox programs, and requested the Director-General to study and report to the Executive Board and the Health Assembly on the administrative, technical, and financial implications of a program having as its objective the eradication of that disease. The Executive Board, at its Twenty-Second Session (June 1958), accepted offers of contributions of smallpox vaccine made by two Governments, and took note of the fact that the Director-General had established a Special Account to be credited with the value of gifts of vaccine or of funds for the purpose of purchasing vaccine or providing equipment to increase vaccine production.

The Fourteenth World Health Assembly (1961), urged that the more economically advanced countries make voluntary contributions in cash or in kind, so as to increase the resources of the Special Account. The Fifteenth Health Assembly (1962), took a similar decision, and the subsequent session of the Executive Board similarly called on Members to make voluntary contributions. With reference to the most recent resolutions of the Executive Board and the Health Assembly, which were contained in Document CD15/9, he called special attention to Resolution WHA17.43 of the Seventeenth Health Assembly, which dealt with the smallpox eradication program and which had been noted earlier by the meeting.

El Dr. QUIROS (Perú) señala que el Perú erradicó la viruela hace 9 años. Sin embargo, a fines de 1963 se presentó un caso muy atípico de viruela en uno de los hospitales de Lima, que fue incluso dado de alta sin que se diagnosticara la enfermedad; este caso -agrega- originó un caso secundario, de carácter benigno, dentro del hospital, lo que motivó una investigación de resultados de la cual se comprobó que se trataba de viruela. Se registró otro caso oficialmente benigno y hubo también un cuarto caso, diagnosticado en otro hospital y procedente del departamento de Loreto, en la región amazónica, que no dio ningún caso secundario.

Pero ello produjo en Lima tal pánico, que unos dos millones de personas solicitaban, en forma tumultuosa, ser vacunadas.

Añade que aunque se disponía de buena vacuna local, se recurrió a la ayuda de la Argentina, Colombia, Chile, el Uruguay y Venezuela, así como a la de la Organización Mundial de la Salud, y hace presente al respecto el agradecimiento del Perú. Con la vacuna adicional enviada por esos países, fue posible vacunar en diez días a dos millones de personas.

Indica que con motivo de la resolución adoptada en la XVII Asamblea Mundial de la Salud, el Perú ofreció al Fondo Especial a que se refirió el señor Siegel tres

millones de dosis de vacuna antivariólica liofilizada, aportación que no fue hecha en nombre del Perú sino en nombre de los países que generosamente le ayudaron al registrarse la emergencia.

Manifiesta que se ha referido detalladamente a este hecho ocurrido en su país para indicar la necesidad de que se dé al problema de la viruela toda la importancia que merece. Hay un punto en el que se ha insistido mucho pero que no se ha tomado en consideración debidamente: la necesidad de un diagnóstico adecuado y la conveniencia de considerar todo caso de varicela como un caso sospechoso de viruela, mientras no se demuestre lo contrario, adoptando al efecto las medidas necesarias. En efecto, parecería que en América, como en otras regiones, ésta sería actualmente la tendencia de la viruela, es decir, que existen ciertas variantes del virus que producen casos atípicos de viruela, que pasan inadvertidos. Por ello, convendría adoptar una medida semejante a la que puso en práctica el Gobierno de los Estados Unidos de América: considerar, salvo prueba en contra, todos los casos de varicela como de viruela. Cree que es indispensable mejorar los laboratorios de diagnóstico con el objeto de facilitar la rápida identificación de la enfermedad y evitar que se produzcan situaciones como la que ha referido.

Sin ánimo de culpar a ningún país vecino -declara- es evidente que se ha producido la infección de la zona amazónica que nunca tuvo viruela anteriormente, inclusive en el Brasil. Este es un problema serio, pues existen varias tribus nómadas muy dispersas que se han infectado y a las cuales va a ser muy difícil vacunar.

Añade el doctor Quirós que es indispensable que la Organización vuelva a dar a este programa toda la atención necesaria a fin de que se pueda erradicar prontamente la viruela, ya que es una enfermedad perfectamente erradicable.

Dice asimismo que en muchas ocasiones se ha afirmado que la erradicación de la viruela es fundamentalmente una responsabilidad de los países, en la que la Organización tiene poca participación; en realidad -agrega- en todos los programas ocurre lo mismo. Por ejemplo, en el programa de la malaria, la Organización no aporta directamente equipos y materiales, pero consigue de otros organismos que se provean de los que necesitan los países. Sería conveniente insistir en que el UNICEF participe en el programa de erradicación de la viruela, el cual, por otra parte, está estrechamente relacionado con otros programas similares, uno de ellos el de erradicación de la malaria en sus fases finales, ya que los servicios rurales de salud no tienen suficiente penetración, lo que impedirá mantener los resultados alcanzados por dicha campaña. Indica que lo mismo que se dice del

programa de malaria, se puede aplicar a otros programas de erradicación, igual que a la campaña para el control de la lepra.

En conclusión -dice el Dr. Quirós- es necesario insistir en la necesidad de establecer una red primaria de servicios de salud que servirá no sólo para resolver un problema, sino todos los problemas relativos a las campañas de erradicación.

El Dr. HYRONIMUS (Francia) significa que desea subrayar nuevamente el interés de su país por el problema de la erradicación de la viruela, enfermedad mantenida en el mundo por tres focos principales: un foco asiático, el más grave; un foco africano y el foco de las Américas. La aparición de un caso de viruela en los países de los cuales la enfermedad se ha erradicado desde hace mucho tiempo, produce conmoción y trae como consecuencia problemas de vacunación en masa muy difíciles de resolver, como señaló el Representante del Perú y como ocurrió también en Europa a raíz de la aparición de un caso que procedía de Asia.

Manifiesta que en Francia y en los departamentos franceses de América es obligatoria la vacunación antivariólica, lo que hace menos complicado el problema si se presenta un caso importado, el cual quedará inmediatamente limitado, siendo menos graves sus repercusiones.

Se muestra también de acuerdo en que se considere como sospechoso todo caso de varicela.

Estima que conviene llamar la atención de los médicos sobre la necesidad de diagnosticar correctamente la varicela y de considerar con el mayor cuidado los casos sospechosos. En consecuencia, cree indispensable mantener en todos los países en que se ha erradicado la viruela una elevada tasa de vacunación, efectuando asimismo en las fronteras el control sanitario de los pasajeros que proceden de aquellos países en los que esta enfermedad subsiste. En Francia -dice- se ha suprimido este control con relación a los países en que ya no existe la viruela y se ha mantenido con respecto a aquellos en los que aún prevalece. Sin embargo, considera que dicho control no constituye una garantía absoluta, ya que hay muchas personas que eluden en cierta forma el control sanitario, incluso exhibiendo documentación que no ofrece la debida garantía, como se ha comprobado con motivo de la pequeña epidemia que se produjo recientemente en Europa. Termina el Dr. Hyronimus expresando que, por estas circunstancias, apoyará el proyecto de resolución que será formulado con relación al programa de erradicación de la viruela.

El Dr. VIDOVICH (Uruguay) se refiere a la aparición en su país de tres casos de viruela en el departamento fronterizo de Artigas. Estas personas, que no estaban vacunadas,

se contagiaron con motivo de un viaje a la ciudad brasileña de Uruguayana, donde existía una epidemia de viruela. Se tomaron las medidas necesarias, intensificando la vacunación en los departamentos fronterizos de Artigas, Rivera, Cerro Lan y Rocha. Informa que en la actualidad se exige la presentación de certificado de vacunación antivariólica vigente a las personas que entren en el país o que deban viajar a los departamentos fronterizos. Termina indicando que el Uruguay cuenta con suficiente cantidad de vacuna para mantener el programa de erradicación de la viruela.

El Dr. FERREIRA (Brasil) se refiere a la situación de su país con respecto al problema de la viruela, tal como se refleja en el informe presentado por el Dr. Bica. Señala que las enfermedades, como las acciones en salud pública, tienen sus peculiaridades y es realmente difícil explicarse como súbitamente la viruela dejó de constituir en el Brasil una cuestión de trascendencia para las autoridades sanitarias; así, los laboratorios continuaron produciendo vacuna antivariólica, sin mayor supervisión técnica, se abandonaron los cuidados para su conservación y para comprobar su poder inmunizante, y se aplicó sin observarse las técnicas adecuadas de inoculación. Agrega que, teniendo en cuenta estos hechos, considera oportuno destacar la importante contribución que han hecho la OSP y la OMS al

estimular una reacción contra tal estado de cosas; es así como su país ha vuelto a dar al problema de la viruela toda la importancia necesaria.

Agrega que en 1961 se presentaron 995 casos de viruela en Río de Janeiro, (viruela blanca, a la que en Brasil denominan alastrim o "variola vera"); en esa ocasión -añade- algunos funcionarios se resistían a admitir tal hecho, aferrándose a la idea de que se trataba de "variola minor" o varicela.

Los 995 enfermos de viruela mencionados fueron internados en el hospital de aislamiento y como en Río de Janeiro acababa de completarse con gran éxito la vacunación contra la polio, se aprovechó la oportunidad para emprender la vacunación antivariólica en esa ciudad. Para entonces no se producía vacuna liofilizada en el Brasil, pero se contó con la generosa cooperación del Perú, cuyo Gobierno proporcionó 3 millones de dosis, y así se pudo vacunar a toda la población de Río de Janeiro.

En enero de 1962 se inició la campaña de erradicación de la viruela, y subraya que cuando se emprende una campaña es porque se ha fracasado en la ejecución de un trabajo permanente al nivel de una infraestructura sanitaria; por esa misma razón, toda campaña debe desaparecer para dar paso a la organización y acción de una infraestructura permanente

de salud. Así, en el Brasil, la campaña antivariólica desaparecerá en 1968, cuando se haya logrado la inmunización del 90% de la población, con vacuna liofilizada, debidamente controlada y producida conforme a las normas recomendadas por la OMS. La campaña ha permitido vacunar ya a 11 millones de personas, o sea al 20% de la población que se ha previsto vacunar. De los 2.344 municipios brasileños ya se ha completado la vacunación en el 20% de los mismos. Ampliando la información contenida en el informe presentado por el Dr. Bica, el Representante del Brasil indica que en 1961 se registraron 7.656 casos; en 1962 hubo 7.589 y en 1963 otros 5.516, lo que da un total de 20.761 casos de viruela. Por esta razón hubo de emprenderse la referida campaña nacional, en la que están empeñados el Gobierno federal, estatal y municipal y las organizaciones privadas.

Termina manifestando que desea presentar un proyecto de resolución sobre el programa de erradicación de la viruela en las Américas, para su consideración posterior por el Consejo.

El Dr. MARTINEZ RODRIGUEZ (Cuba) hace constar que en los planes nacionales de salud se incluyeron algunas actividades de vacunación, dando prioridad a las enfermedades en las que había que luchar para disminuir la morbilidad y

la mortalidad. Indica que desde 1923 no existen informes de casos de viruela y que en 1949 se registraron 3 casos, importados de México. Actualmente, habiendo transcurrido ya varios años en los cuales las campañas de vacunación contra otras enfermedades se han transformado en campañas permanentes de vacunación, se ha preparado un programa de vacunación antivariólica, contándose con la cantidad de vacuna necesaria. Además, se ha ido preparando personal de los servicios locales de salud para efectuar la vacunación observando una técnica uniforme y evitar así problemas como los que se suscitaron en la campaña de vacunación en masa realizada durante la alarma que cundió en 1949 con motivo de los tres casos mencionados.

Continúa diciendo que el propósito de esta campaña de vacunación es elevar el nivel inmunitario de la población, en forma que pueda evitarse la aparición de epidemias, y formar el hábito de la primovacunación desde el sexto mes de la vida y mantener las revacunaciones periódicas. La primera etapa de la vacunación terminará a fines de 1965 y tendrá como objetivo proteger a las ciudades con puertos y aeropuertos internacionales, para lo cual se vacunará en lo que resta del presente año y en 1965 aproximadamente a 2.747.000 personas.

El Dr. ORTIZ MARIOTTE (México) alude a la vigilancia que México ejerce para evitar la reintroducción de la viruela: en junio de 1951 se presentó en el país el último caso de viruela; en 1959 y 1960 -agrega- México había establecido una campaña con suficientes elementos para erradicar la enfermedad. Esta campaña se llevó a cabo fundamentalmente sobre dos bases: la vacunación intensiva, integral y simultánea de aquellos Estados en los que durante los diez últimos años la viruela había sido endemoepidémica, y el empleo de vacuna de alta potencia.

Manifiestó que se hacía cargo de las dificultades que estaba encontrando el Ecuador, ya que México tuvo esos mismos problemas hace unos diez años. Los vacunadores también fueron agredidos y la incompreensión fue muy grande. Posteriormente la campaña entró en lo que podría llamarse fase de consolidación, que consistió en una vacunación intensiva, durante los diez años siguientes, en los trece Estados a que se hizo referencia y en vacunación selectiva en las demás entidades federativas. Añadió que en la actualidad el programa es muy simple, pero que dado el nivel de educación alcanzado por la población es fácil desarrollarlo: cada cuatro años, en las localidades con oficinas sanitarias (las cuales cubren la mitad del país) se realiza una vacunación intensiva y es alentador ver parejas de voluntarios vacunando a la población. El resto del país, o sea la zona rural,

se cubre también por etapas, dividiendo los Estados por años, mediante personal contratado que recorre dicha zona de casa en casa.

Considera que estas medidas, unidas a otras de carácter internacional, han proporcionado una protección efectiva y no ha habido que recurrir en ninguna ocasión a medidas de emergencia. Añade que se ha puesto especial interés, en la información a los médicos y al público en general para que ayude a las autoridades sanitarias a mantener ese estado efectivo de vigilancia. Esto redunda en que constantemente se notifican casos sospechosos. Indica que para las autoridades sanitarias mexicanas la varicela también es varicela y que mediante diagnóstico en que se tome en cuenta la epidemiología, la clínica y el laboratorio, es fácil descartar la viruela, pero reconoce que hay casos sospechosos que traen ciertas dificultades, a veces hasta de carácter internacional.

Se refiere luego al problema de las notificaciones que se hacen con ligereza, las cuales motivan que el personal tenga que realizar en muchas ocasiones recorridos penosos que, a la postre, resultan inútiles. No obstante estos hechos, se consideran todas las notificaciones o denuncias que se reciben.

Finaliza el Dr. Ortiz Mariotte recalcando que la vigilancia a que se ha referido se hace principalmente sobre la base de la inmunización con la antigua vacuna glicerizada

de producción local, cuya alta potencia está sometida a dos tipos de control: el control de laboratorio y el control clínico, que debe dar como resultado el 100% de prendimiento en primovacunados.

El Dr. ORTEGA (República Dominicana) manifiesta que en su país no se registra ningún caso de viruela desde hace 43 años. Esto ha traído como consecuencia que los médicos se hayan despreocupado completamente de la vacunación antivariólica, lo cual ha colocado al país en condiciones peligrosas, ya que los índices de protección son sumamente bajos. De ahí que el Departamento de Salud Pública haya emprendido en el presente año la campaña de vacunación antivariólica de acuerdo con los recursos disponibles.

El programa -indica- ha sido dividido en dos partes: La primera es la parte internacional, ya que se considera que, no siendo la viruela una enfermedad endémica en el país, cualquier caso que aparezca tendría necesariamente que ser un caso importado. Por ello se han reforzado las actividades de vigilancia a los pasajeros que llegan al aeropuerto internacional. Se ha observado que el 20% de los pasajeros que llegan del exterior a este aeropuerto no son portadores del certificado internacional de vacunación antivariólica. La otra parte del programa, la de carácter nacional, que se encuentra en estudio, comenzará con un cordón sanitario en los puertos marítimos y

aeropuertos y, luego, a través de todas las instituciones del país se pondrán en marcha actividades permanentes de vacunación antivariólica.

Se levanta la sesión a las 12:05 p.m.
The session rose at 12:05 p.m.

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD
XV Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD
XVI Reunión



México, D. F.

Martes, 8 de septiembre de 1964, a las 2:40 p.m.
Tuesday, 8 September 1964, at 2:40 p.m.

CD15/50
15 septiembre 1964
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA DECIMOTERCERA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE THIRTHTEENTH PLENARY SESSION

Presidente: Dr. Dionisio González Torres Paraguay
President:

Indice
Contents

Tema 27: Estado de la erradicación de la viruela en
las Américas (continuación)
Item 27: Status of Smallpox Eradication in the Americas
(continuation)

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar a la Oficina Sanitaria Panamericana (Atención: Jefe de la Sección de Conferencias y Traducciones) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto, antes del 1o. de noviembre de 1964. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify to the Pan American Sanitary Bureau (Attention: Chief of Conference and Translations Section) before November 1st 1964, of any changes they wish to have made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the Meeting.

- Tema 28: Estado de la erradicación del Aedes aegypti en las Américas
Item 28: Status of Aedes aegypti Eradication in the Americas
- Programas de erradicación de las enfermedades transmisibles
Programs for the Eradication of Communicable Diseases
- Tema 24: La política y el programa de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud
Item 24: Research Policy and Program of the Pan American Health Organization
- Tema 26: Investigación interamericana sobre mortalidad
Item 26: Inter-American Investigation of Mortality
- Tema 32: Intercambio de personal docente y de salud entre países
Item 32: Intercountry Exchange of Teaching and Other Health Personnel
- Tema 37: Adiestramiento de personal auxiliar
Item 37: Training of Auxiliary Personnel

TEMA 27: ESTADO DE LA ERRADICACION DE LA VIRUELA EN LAS AMERICAS
ITEM 27: STATUS OF SMALLPOX ERADICATION IN THE AMERICAS

EL PRESIDENTE declara abierta la sesión y anuncia que se continuará examinando el Tema 27 sobre el Estado de la erradicación de la viruela en las Américas.

El Dr. OÑATIVIA (Argentina) informa que en su país se venían registrando casos de viruela, que en 1950 ascendieron a 4.758, decreciendo paulatinamente hasta llegar a 36 casos en 1959, y que en 1960 se decidió iniciar un programa nacional de vacunación antivariólica. Desde entonces han disminuido considerablemente los casos, habiéndose registrado sólo seis en 1961, cinco de los cuales fueron importados, dos en 1962, uno de los cuales fue también importado. En 1963 y en lo que va del año, no ha ocurrido ningún caso.

En la Argentina -agrega- se resolvió controlar y eliminar la viruela mediante la elaboración de una vacuna, de óptima calidad, y la planificación y ejecución de un programa de vacunación antivariólica en masa. El Instituto Nacional de Microbiología, en Buenos Aires, produce vacuna antivariólica diluida que reúne los requisitos internacionales y además, pronto comenzará a producir vacuna liofilizada. La evaluación del programa está a cargo de funcionarios nacionales.

Las campañas regionales de vacunación comenzaron en octubre de 1960 y hasta la fecha se ha vacunado en el país a 8.826.756 habitantes. En 17 provincias norteañas y del centro, debido a su condición fronteriza, dichas campañas se realizaron en forma intensiva, y en cada una de ellas se inmunizaron a más del 80% de la población. En la actualidad se organizan campañas regionales en las provincias patagónicas del sur del país y en algunas del centro en las que no se completaron las actividades.

A continuación dice que al no haberse registrado ningún caso de viruela, en 1963 ni en lo que va del año, se considera que la enfermedad ha sido erradicada del país.

Informa que la campaña se comenzó en las regiones urbanas y rurales más densamente pobladas y, en la actualidad, se mantienen las vacunaciones en las regiones fronterizas donde existe la posibilidad de que se introduzcan casos de viruela o alastrim, por existir aún focos en países limítrofes cuyos habitantes pasan constantemente a la Argentina.

En cuanto a la sugerencia de que la Oficina Sanitaria Panamericana cuente con un fondo permanente de vacuna anti-variólica, señala el orador, que su país ya ha ofrecido un millón de dosis de vacuna y que, en esta ocasión, reitera el ofrecimiento.

El Dr. AGUILAR (Guatemala) manifiesta que el último caso de viruela fue notificado en 1953 y que, con el objeto de mantener niveles adecuados de protección, en septiembre de 1963 se aprobó un plan nacional de vacunación antivariólica, que se ha iniciado en abril del presente año. En un lapso de tres años, se espera vacunar a más del 80% de la población. El Instituto Biológico de la Dirección General de Sanidad Pública, con la colaboración de la OSP, produce vacuna desecada de muy buena calidad. Después de los tres mencionados, el programa de vacunación quedará totalmente integrado en los centros y puestos de salud como una actividad rutinaria de los mismos.

Dr. FRAZER (United Kingdom) spoke of the importance of accurate reporting to the success of the smallpox eradication program. Often the figures provided to PASB were not complete, but sometimes there was reason for that. In Bermuda, the over-all field of vaccination was a difficult one on which to report because it involved the private practitioner, and it was obvious that the record of actual vaccinations was not complete. However, the law in Bermuda required primary vaccination of every child within one year of birth, and efforts were being made to keep a vaccination register in which all births were entered.

One of the problems was that Bermuda, which had never had endemic smallpox, was exposed to infection because it

lay at the crossroads of international travel, and defenses had to be maintained through vaccination requirements and quarantine. Great emphasis had been given to health education of the public for the prevention of the disease, because one case of smallpox could be disastrous in an area like his whose economy was based on the tourist trade. Often the health services on the island did not learn of the occurrence of a case of smallpox in some country outside the Hemisphere until they read it in the newspaper which arrived several days later, by which time the aircraft from the country had already landed in Bermuda's airport. He mentioned that simply to illustrate the type of problems that could arise. However, good cooperation had been obtained from customs officers, airport personnel, and dockworkers in ensuring compliance with vaccination and quarantine requirements.

El Dr. ACOSTA (Colombia) afirma que las campañas de erradicación tienen sus límites de efectividad, como se ha observado en su país donde la notificación de los casos de viruela ha ido decreciendo paulatinamente. Señala especialmente la atención hacia el hecho concreto de que la labor de consolidación por parte de los organismos sanitarios ha sido insuficiente, no habiendo alcanzado la cobertura ni siquiera los límites que permitirán hacer un pronóstico favorable al éxito de las campañas de erradicación. Señala que la

vacunación de los recién nacidos sólo ha llegado a un 40% aunque en las zonas de gran densidad de población, que cuentan con fáciles medios de transporte y están sujetas a cierta supervisión directa de los organismos sanitarios regionales, la cifra es más elevada. A su juicio, debido al sistema que se viene utilizando han surgido verdaderas generaciones de individuos susceptibles, favoreciendo así los brotes epidémicos. Se ha llegado a una situación realmente contradictoria y en la que es difícil decidir si conviene mantener campañas que dependan directamente de los niveles superiores de la administración sanitaria, o si se debe abordar este problema con el criterio de sanitaristas integrales. Por ello, pide que el grupo de trabajo que redacte el proyecto de resolución sobre este Tema considere que el postulado sobre integración de las diversas funciones de salud debe proyectarse hacia la organización local y regional de un país con miras a conseguir que los servicios locales de salud, en particular los de epidemiología, estén suficientemente organizados para que culminen los trabajos de erradicación, lo cual, sería imposible sin la ayuda de dichos servicios locales.

El Dr. ALVARADO (Honduras) explica que su país fue uno de los primeros en erradicar la viruela hace más de 30 años. Sin embargo, los trabajos de vacunación casi se abandonaron hace unos 15 años, hasta tal punto que, en 1960, los menores

de 15 años eran susceptibles a la enfermedad. A esto hay que agregar la circunstancia de que hace más de 35 años que no se ha presentado ningún caso de viruela, lo que no ha permitido a varias generaciones de médicos hondureños conocer en la práctica los aspectos clínicos de la viruela. En 1960 se iniciaron las primeras actividades de vacunación antivariólica, no habiéndose alcanzado aún las metas propuestas en el programa nacional.

El Dr. Alvarado manifiesta su conformidad con la opinión del Representante del Perú, en el sentido de que debe darse toda la importancia necesaria al programa de erradicación de la viruela, ya que en los países latinoamericanos de limitados recursos financieros, los brotes epidémicos de viruela pueden ocasionar serios problemas. Considera también que se debe recomendar a los organismos internacionales que preparen materiales educativos, principalmente películas cinematográficas sobre viruela, que faciliten a los médicos el reconocimiento clínico de la enfermedad, ya que muchos de ellos no están muy familiarizados con ella.

Dr. WATT (United States of America) said that there was nothing he could add to emphasize the importance of continuing toward the goal that had been set. He wished, however, to say that his Government was wholly and completely committed to achieving that goal in every way possible. It was pursuing

research on methods of vaccination, although it was not anticipated that those improved methods would be especially useful in the United States of America. They were much more likely to be valuable in areas where campaigns of eradications would have to be carried on. Research was being conducted on ways and means of combining vaccines, and some of the studies were very promising. Devices such as the jet injectors would make it possible to combine several potential vaccines in one unit. The simplicity of the procedure, the ease of operation, and the lack of complicating factors made it extraordinarily useful in improving the methods of vaccination, and at the same time served as a means of expanding the supply of vaccine by the simple device of using a different technique in administering it.

El Dr. BUSTAMANTE (México) pregunta si ya terminó el debate, pues quiere presentar un proyecto de resolución sobre el Tema.

El Dr. QUIROZ (Perú) desea presentar también un proyecto de resolución.

El PRESIDENTE, en vista de que hay varios Representantes que desean presentar proyectos de resolución, propone que se constituya un Grupo de Trabajo integrado por los Representantes de Brasil, Colombia, México y Perú, para que redacte una sola resolución.

El Dr. VILLAMAR (Ecuador) desea que en la parte dispositiva del proyecto de Resolución presentado por México se añada la frase siguiente: "Independientemente de las recomendaciones del Comité de especialistas, se sugiere encarecer a los Países Miembros en donde la viruela constituye un problema endémico que amplíen sus programas de vacunación a los hospitales y servicios generales de salud en donde todavía no se hayan adoptado estas medidas".

El PRESIDENTE sugiere que el Representante del Ecuador también forme parte del Grupo de Trabajo a que se refirió anteriormente, a fin de que dicho Representante tenga la oportunidad de que se considere la adición que propone.

El Dr. BICA (Jefe, Departamento de Enfermedades Transmisibles, OSP) anuncia que se va a referir a algunos puntos que fueron discutidos en las sesiones de la mañana y de la tarde. La OSP ha procurado, en repetidas ocasiones, interesar al UNICEF para que coopere en los programas de erradicación de la viruela, pero hasta la fecha los resultados no han sido favorables. Respecto del problema de la vacunación a poblaciones aisladas o nómadas, considera el orador que es indispensable realizar una campaña educacional previa, y que si los resultados fueran negativos, la solución consistiría en mantener el máximo nivel de inmunidad de las poblaciones urbanas o rurales que pudieran estar en contacto con dichos grupos.

En cuanto a la labor de diagnóstico y a la consolidación de las campañas de vacunación antivariólica, informa que la OSP está estudiando la posibilidad de organizar en un futuro no muy lejano un Seminario práctico sobre la mejor manera de consolidar las campañas de vacunación, y establecer las medidas de vigilancia. En este aspecto, el diagnóstico de laboratorio desempeña un papel fundamental.

Finalmente, indica que, la Oficina Sanitaria Panamericana está dispuesta a cooperar no sólo proporcionando asistencia técnica, sino también, en algunos casos, equipo.

TEMA 28: ESTADO DE LA ERRADICACION DEL AEDES AEGYPTI EN LAS AMERICAS

ITEM 28: STATUS OF AEDES AEGYPTI ERADICATION IN THE AMERICAS

El Dr. BICA (Jefe, Departamento de Enfermedades Transmisibles, OSP) indica que en el documento CD15/20, distribuido entre los Representantes se ofrece un resumen del estado actual de la campaña de erradicación del Aedes aegypti en las Américas.

Hace constar que han sido declarados hasta ahora libres del mosquito los 16 países y territorios siguientes: Belice, Bolivia, el Brasil, Costa Rica, Chile, el Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, el Paraguay, el Perú, el Uruguay y la Zona del Canal de Panamá.

Además -agrega- la campaña está terminada en la Argentina, donde la verificación especial acaba de confirmar la erradicación del vector, y en las Bermudas, donde la verificación especial, hecha en 1963, también confirmó la ausencia del A. aegypti; y se encuentra en su fase final en Colombia, donde ya se consideran eliminadas las reinfestaciones ocurridas en los últimos años.

Al presente, como se puede observar en el mapa que acompaña al documento, el problema está limitado al extremo

norte de la América del Sur, los Estados Unidos de América y el Caribe. En la primera de esas áreas, están todavía infestadas Venezuela y las Guayanas.

En Venezuela, no obstante los problemas técnicos y administrativos que han dificultado la marcha de los trabajos en los últimos años, la campaña ya cubrió cerca del 70% del área presumiblemente infestada del país. En esa área, fueron inspeccionadas en encuesta inicial 5.763 localidades, de las cuales se encontraron 604 con A. aegypti. De estas localidades inicialmente infestadas, 526 ya se consideran negativas.

Entre las dificultades que la campaña ha tenido que afrontar últimamente en este país merece mención especial la reinfestación de las localidades de Puerto Cabello y La Guaira por cepas de A. aegypti resistentes al DDT y al dieldrín. Esas reinfestaciones fueron atribuidas a las pequeñas embarcaciones que diariamente viajan de Curazao a Venezuela, en muchas de las cuales se han encontrado criaderos del mosquito, al arribar aquéllas a los puertos de La Guaira y Puerto Cabello.

Reinfestaciones de ese tipo se registran con frecuencia también en otros puertos del Caribe, y para evitarlas será necesario que, hasta que termine la erradicación del vector en esa área, los países y territorios interesados

intensifiquen la vigilancia de sus puertos y pongan en práctica las medidas indicadas para impedir que dichas pequeñas embarcaciones continúen transportando el mosquito.

La Guayana Británica fue encontrada reinfestada en 1962, pero hasta comienzos de 1964 no pudo el Gobierno tomar la decisión de reanudar la campaña, que en este momento se encuentra en su fase preparatoria.

La Guayana Francesa, después de haber sido considerada libre del mosquito durante varios años también fue encontrada reinfestada en 1963, y una investigación hecha en este Departamento a comienzos de 1964 mostró que, además de la ciudad de Cayena y sus alrededores, están también infestadas otras localidades del interior. El Gobierno estudia la posibilidad de reanudar los trabajos de erradicación, pero aún no ha tomado una decisión definitiva al respecto.

En Surinam, los trabajos de erradicación se iniciaron en 1963 en la ciudad de Paramaribo. Los resultados obtenidos por la campaña en su primer año de actividad fueron bastante limitados, en virtud de las dificultades técnicas y administrativas con que la misma tropezó durante ese período, entre ellas la baja susceptibilidad del mosquito a los insecticidas clorados, el alto índice de absentismo del personal de campo y el elevado porcentaje de casas que quedaron sin ser inspeccionadas o tratadas en cada uno de los ciclos de trabajo.

Sin embargo, se está tratando de resolver esas dificultades, y se espera que la campaña pase a obtener mejores resultados.

La campaña en los Estados Unidos de América se encuentra en su fase inicial.

A fines de 1963 se creó, en el Centro de Enfermedades Transmisibles del Servicio de Salud Pública, el Departamento de Erradicación del A. aegypti, bajo cuya responsabilidad estará la erradicación del mosquito tanto en el territorio continental como en Puerto Rico y las Islas Vírgenes Americanas.

De acuerdo con el plan de operaciones preparado por ese Departamento, los trabajos de erradicación se limitarán inicialmente a los Estados de Texas y Florida, Puerto Rico y las Islas Vírgenes, para extenderse más tarde a las otras áreas infestadas del país, las cuales, según los últimos datos disponibles, incluyen los Estados de Alabama, Arkansas, Carolina del Sur, Georgia, Luisiana, Mississippi y Tennessee.

Desde su creación hasta fines de mayo, el Departamento de Erradicación del A. aegypti trabajó en la organización y planeamiento de la campaña, preparación de manuales, selección y adiestramiento de personal, instalación de oficinas, etc., y a fines de mayo se iniciaron las primeras operaciones de campo del programa.

Durante esa fase preparatoria, la OPS, por solicitud del Gobierno, envió a uno de sus consultores a Atlanta, durante tres meses, para cooperar con el Departamento en el planeamiento y organización de la campaña.

En el área del Caribe, la campaña se encuentra en su fase final en Trinidad. También progresa satisfactoriamente en Cuba, donde el Gobierno ha mostrado interés en terminar la erradicación del mosquito lo antes posible, y en este momento estudia la posibilidad de aumentar considerablemente el personal de la campaña. Sin embargo, en los demás países y territorios de esa área, con muy pocas excepciones, los trabajos de erradicación han sido interrumpidos, están estancados, o progresan muy lentamente y los resultados obtenidos son muy pobres.

Uno de los principales obstáculos que el programa encuentra en el Caribe es la resistencia del mosquito a los insecticidas clorados, con cuya extraordinaria eficacia ya casi no se puede contar en esa área.

Con el propósito de eliminar ese obstáculo, la Organización en colaboración con el Ministerio de Salud Pública de Jamaica, y la Universidad de las Indias Occidentales, estableció en Kingston, en 1962, un pequeño laboratorio cuyos objetivos son los siguientes:

1. Determinar la susceptibilidad del A. aegypti de países y territorios del Caribe al DDT y al dieldrín, así como a insecticidas que puedan sustituir a los clorados en la erradicación del vector;

2. Evaluar insecticidas que ofrezcan posibilidades de uso contra el mosquito en los territorios y países en que el mismo es resistente al DDT y al dieldrín;

3. Estudiar la ecología del A. aegypti en esa área, a fin de hallar los puntos vulnerables en que la especie pueda ser atacada más eficazmente.

El laboratorio ya hizo pruebas de susceptibilidad con cepas de A. aegypti procedentes de 64 localidades sitas en 16 unidades administrativas del Caribe. Los resultados de esas pruebas, junto con informaciones obtenidas anteriormente por otros investigadores, han mostrado que, con raras excepciones, las cepas del mosquito existentes en toda esa área son resistentes al DDT o al dieldrín, o simultáneamente a los dos insecticidas.

Al mismo tiempo, el laboratorio ha investigado la susceptibilidad de cepas de A. aegypti procedentes de 21 diferentes localidades, a seis insecticidas que ofrecen posibilidad de reemplazar a los clorados; ha estado evaluando esos nuevos insecticidas en los diferentes tipos de

depósitos en que comúnmente se encuentran los criaderos del mosquito en el Caribe, y ha empezado a estudiar la ecología del vector en los puntos en que el mismo es resistente al DDT y al dieldrín.

De los nuevos insecticidas evaluados por el laboratorio, algunos son prometedores, entre ellos el DDT "deuterizado", un análogo del DDT que contiene un átomo de deuterio y que, sin ser radioactivo, se ha mostrado considerablemente más eficaz que el DDT contra las cepas del mosquito resistentes a este insecticida. Sin embargo, antes de que se pueda tomar una decisión sobre el empleo de cualquiera de esos nuevos insecticidas en la erradicación del A. aegypti, será necesario esperar a que se disponga de mayor información al respecto.

Por otra parte, afirma el orador, no debe olvidarse que la solución del problema de la resistencia, por sí sola, no resolvería el problema de la erradicación del mosquito en el Caribe. Para que la campaña tenga éxito, será indispensable también que se eliminen las dificultades económicas y administrativas existentes en el área.

El Dr. ORTIZ MARIOTTE (México) hizo un resumen del desarrollo de la campaña para la erradicación del Aedes aegypti en México. Dice que se procedió a la investigación de los métodos y la planeación de la campaña para aprovechar la aplicación de un insecticida empleado en la campaña anti-malárica.

Se efectuaron encuestas en localidades rociadas para observar sus resultados en cuanto a la infestación del mosquito y se realizó un trabajo experimental sobre la aplicación intradomiciliaria de DDT, comparándola con las localidades testigo.

Agrega que se trazó el plan sobre la base teórica de una infestación en terrenos que tuvieran menos de 1.000 metros de altitud con una extensión aproximada de un millón de Km², el 60% de los cuales serían protegidos por los rociamientos de la campaña antimalárica y 40% en áreas no maláricas o circundadas por localidades palúdicas estarían bajo la responsabilidad de la campaña contra el Aedes aegypti, que efectuaría rociamientos intradomicilia-rios con DDT en proporción de 2 gramos por metro cuadrado hasta 3 metros de altura cada 6 meses. Se rociarían todas las casas incluyendo oficinas, negocios, fábricas, etc.

Las localidades positivas fueron objeto de 3 verifi-caciones: la primera y segunda por pesquisa de focos y la tercera por investigación sobre los adultos cuyos resultados fueron negativos para el Aedes aegypti. En los años 1962 a 1963 se practicó la verificación confirmatoria en colabo-ración con la OSP lo que dio por resultado que se declarara erradicado el Aedes aegypti en México, entrándose en fase de vigilancia. Se estableció un programa de protección en la frontera norte del país, que comprendía la verificación

en el 25% de las casas de localidades con características especiales por las que se canaliza el tránsito hacia los Estados Unidos de América. Además, en puertos marítimos de la costa del Golfo y el Caribe y en las costas del Pacífico se estableció un servicio de vigilancia.

Dr. WEDDERBURN (Jamaica) said that the A. aegypti eradication program had been undertaken in Jamaica in 1951, and within a few years it became clear that the mosquitoes were resistant to the insecticides in use. Eradication work had therefore been suspended and control was maintained principally around airports and harbors, in order to meet international obligations. An early solution to the resistance problem had at first been anticipated, but those hopes had not yet been realized. The occurrence of an epidemic of equine encephalomyelitis in a limited area of the country in 1962 and the dengue fever epidemic in 1963 had shown the need for urgency in dealing with the high A. aegypti infestation on the island. As Dr. Bica had pointed out, research was being undertaken by the PASB entomologists assigned to Jamaica, by the Ministry of Health, and by the University of the West Indies, with the aim not only of discovering a suitable insecticide but also of designing control procedures capable of producing maximum results with the minimum expenditure.

Requests for funds for the program were not being met to the same degree as in the case of the malaria eradication program. Malaria was a reality that was understood and appreciated by government officials, whereas the threat of yellow fever did not instill in them the necessary anxiety and fear. To his knowledge, there had been no case of yellow fever in Jamaica in the present century, and the disease was therefore not often regarded as a serious threat. Another fact worth mentioning was that it had not been possible to state with any degree of certainty that the occurrence of equine encephalomyelitis was due to the presence of large numbers of A. aegypti in the area where the disease had occurred. In addition to Aedes aegypti, a number of other mosquitoes were present, in particular Taenorrhynchus, and because of that uncertainty convincing evidence could not be produced.

It would be helpful to obtain from other countries that had the same type of difficulty with respect to insecticide resistance, information on control measures that were likely to produce speedy and effective results.

El Dr. HYRONIMUS (Francia) manifiesta la preocupación que inspira el estado de la erradicación del Aedes aegypti en el Departamento de la Guayana Francesa, libre del mosquito durante diez años pero de nuevo investado. Informa que a mediados de 1963 se advirtieron casos de fiebre amarilla

en Cayena y, luego, en localidades inmediatas, como Saint Laurent du Maroni; el A. aegypti en esta zona ofreció considerable resistencia a los insecticidas, lo que agravó la situación.

Se asocia a las declaraciones formuladas por el Representante de Jamaica y señala que en la Guayana Francesa se tropieza con idénticas dificultades para resolver tan delicado problema. Es evidente -dice- que la reinfestación se ha producido por vía marítima, por pequeñas embarcaciones cuyo control no es posible, pues llegan a las costas en plena noche, en forma más o menos clandestina. Además, la verificación sanitaria en las fronteras no es eficaz mas que en pequeña proporción y la presencia del vector es descubierta casi siempre tardíamente.

Considera que las circunstancias actuales obligan a emprender de nuevo la campaña con toda energía, pero que el mosquito ahora descubierto es más difícil de combatir. No obstante, cree que el área afectada es relativamente limitada y que será posible erradicar de nuevo la enfermedad. Tampoco cree que el DDT, aplicado en rociamientos domiciliarios sistemáticos, vaya a ser ineficaz; lo que se requiere es una acción constante y, a menos que se encuentre otro insecticida más económico, el DDT puede acabar con la reinfestación registrada, pero es menester que los rociamientos vayan acompañados de la adopción de medidas de saneamiento muy rigurosas.

En otros Departamentos -dice- la situación es diferente: en la Martinica, que en 1956 estaba libre del Aedes aegypti, se registró una reinfestación en 1958, pero la ejecución de una campaña extremadamente activa en el curso de un año, determinó que en 1959 sólo parte de Fort de France estuviera parcialmente infestada, encontrándose el resto de la isla totalmente libre del mosquito. Afirma que el ejemplo de lo sucedido ahora en la Guayana muestra la conveniencia de ser prudentes y de no descuidar la acción de saneamiento general.

En Guadalupe -señala- la situación es menos favorable: sigue preocupando el problema de la erradicación de la malaria; las especies de vectores son numerosas y aunque la erradicación no parece ya difícil, a pesar de las dificultades encontradas, incluso en ciertos sectores de la población, para llevar a buen término la campaña, son muchas las personas que creen que el problema de la fiebre amarilla está todavía muy lejos de resolverse. No obstante, hay que reanudar la acción contra el Aedes aegypti en condiciones más enérgicas y es de creer que se obtendrán resultados satisfactorios en plazo no muy largo.

En cuanto a la isla de San Martín, el Representante de Francia señala que aunque en el informe se afirma que la erradicación del Aedes aegypti ha sido lograda en la parte francesa de la isla, no es válida esta afirmación mientras

haya zonas aun afectadas, ya que es constante el movimiento entre la parte francesa y la parte holandesa y esta última sigue infestada.

Termina asegurando que el Gobierno de Francia no escatimará esfuerzo alguno para erradicar de nuevo el Aedes aegypti de sus territorios de ultramar.

El Dr. MARTINEZ (Cuba) hace constar que, como se indica en el Documento presentado por la OSP, la campaña en su país avanza satisfactoriamente cuando se han observado resistencias del vector en la gran Habana, y que, en algunas regiones prácticamente limpias hubo reinfestación desde áreas aún no tratadas. Añadió que se piensa hacer una encuesta en las dos provincias en que, prácticamente, se ha terminado la campaña y en otras que se han beneficiado con el tratamiento antimalárico y que con el asesoramiento técnico de la OSP se extenderá la lucha contra el Aedes aegypti a todo el territorio de la Isla, para lo cual se ha duplicado el presupuesto destinado a la campaña que sumará más de dos millones de pesos.

El Sr. FERNANDEZ (Chile) informa sobre el estado del programa de la erradicación en su país, el cual cubrió su última etapa en abril de 1961, después de la cual se declaró erradicado el Aedes aegypti, quedando desde entonces en su su fase de vigilancia con verificación trimestral de las

localidades de tránsito internacional de la región norte del país. Agrega que se han enviado ya seis informes negativos a la OSP y que está en preparación el séptimo informe con datos correspondientes a los meses de abril, mayo y junio del corriente año, en los cuales la verificación también fue negativa. Esperan las autoridades chilenas que la OSP indique cuando se podrá considerar terminada la actual fase de vigilancia.

El Ing. JCVE (Venezuela) después de manifestar que en su país también se comprobó la resistencia del vector, precisó que la campaña comprendió dos etapas: la primera, comenzada en 1950, se aprovechó de la campaña antimalárica y la segunda, comenzada en 1958, fue dirigida contra el Aedes aegypti y contó con la colaboración de la OSP, con un presupuesto anual de \$1.000.000 aproximadamente.

Manifestó que hasta 1963 el problema no revistió gravedad, pero que en ese año se reintrodujo Aedes aegypti resistente proveniente de Curazao en algunas localidades de la costa. Esta reinfestación se debió a que en los depósitos de agua de pequeños veleros llegaban larvas. Más tarde se aconsejó y se obtuvo que dichos depósitos fueran protegidos contra acceso de los mosquitos.

Agregó que en el oriente del país las comunicaciones marítimas facilitaban la llegada del vector procedente de Trinidad. Finalizó informando que se utilizó el BAYTEX con éxito en las cepas resistentes sin mayores contratiempos, puesto que no constituía peligro para el personal encargado de los rociamientos. Pregunta la Delegación de México si se vigilan, en los puertos marítimos, los buques de carga y pasajeros, ya que en Venezuela el control sólo se realiza sobre las pequeñas embarcaciones.

Dr. WATT (United States of America) stated that Dr. Terry had already reported on the full-scale operations being carried out toward the eradication of A. aegypti. Those operations had begun in the southern states and, as the program continued, would move toward other areas. The effect was one of a pinzer movement, since the mosquito was not found in the northern part of the country, and it would eventually reach the area where the mosquito lived without difficulty.

There was a matter of some concern which had been referred to repeatedly and that was the problem of resistance, which was not unique to A. aegypti. Other mosquitos had learned to fight back, as had other insects. He wondered if perhaps there might not be some new technology developing in that field, as was the case of some insect work in the agricultural field. He referred specifically to the use of the

attractants, i.e., the isolation by sophisticated chemical means of the substance which the female of the species used to attract the male. That method had been used quite successfully in experiments on the gypsy moth, and technology had been developed for isolating that attractant from roaches. Therefore, serious consideration might be given to that expanding technology. Most of the practical work had been done in the departments of agriculture or in schools and universities affiliated with the agricultural ministries. However, the knowledge and the ability to carry out the work was there and could easily be expanded to insects of particular importance to health, provided the challenge, the opportunity, and the need were brought to the attention of those engaged in those activities, such as research workers, chemists, entomologists, and others. With assistance in the campaigns and with the opportunity presented by that new technology, it might be possible to get away from the ever increasing difficulty of more and more insecticides or combinations of insecticides, which inevitably led to the point of criticality in relation to safety of the human population, since it was not possible to test their toxicity rapidly. Perhaps with luck the campaign in the Hemisphere might come to a successful conclusion before the critical point in the insecticide use occurred. However, there were other parts of the world where the problem would remain and for which simple techniques were required to ensure protection.

El Dr. ORTIZ MARIOTTE (México), contestando a la pregunta del Ing. Jove, de la Delegación de Venezuela, informa que el año siguiente a la negativización se inspeccionaban los aviones y barcos para asegurarse de que no traían larvas del mosquito; en especial, se inspeccionaban cuantas naves procedían de puntos infestados, pero dicha verificación dio resultado negativo en todos los casos. Agrega que, como medida de seguridad, se había pensado si sería mejor rociar los puertos y aeropuertos, pero no se consideró conveniente ya que en las naves podía haber mosquitos resistentes; se prefirió hacer periódicamente una revisión en un tercio de las casas de la localidad correspondiente.

Dr. FERREIRA (Brazil) stated that at the XV Pan American Sanitary Conference, held in Puerto Rico in 1958, Brazil had been declared free of A. aegypti, a victory which could not have been achieved without the very valuable collaboration of the Rockefeller Foundation. The other important point he wished to make was related to present-day air transportation in the Americas, which would eventually carry passengers from Buenos Aires to New York in three or four hours. He stressed the fact that there was still an area of jungle yellow fever in Mato Grosso, where four cases had been found in 1964, and that it was of international importance that all America be free of the A. aegypti mosquito. There were in Brazil 23 observation posts located at sea, air, and river ports to ensure against possible

infestation, and since 1958 none had occurred. In view of the fact that other parts of South America did have A. aegypti, it was necessary to take all measures to eradicate the disease from the Hemisphere.

El Dr. BICA (Jefe, Departamento Enfermedades Transmisibles, OSP) agradece los informes suministrados a la Oficina por los países, que servirán para completar el análisis presentado al Consejo Directivo.

Afirma que para hacer frente a la resistencia del Aedes aegypti se pueden seguir varios caminos: continuar los estudios que se realizan hasta encontrar otro insecticida de acción más enérgica; existe -dice- un insecticida relacionado con el DDT, en cuya molécula hay un reemplazo de un átomo de hidrógeno por otro de hidrógeno pesado, el cual se ha mostrado eficaz, pero requiere una mayor experimentación, dándose además la circunstancia de que su precio es elevado. Por otra parte, se pueden utilizar diversos insecticidas para diversos focos, y también se puede volver a los procedimientos anteriores del DDT, bastante más caros y laboriosos, los cuales podrían ser, en cambio, aplicables en pequeñas áreas. Termina diciendo que no basta tener un buen insecticida sino aplicarlo correctamente y disponer de recursos bastantes para desarrollar en forma adecuada la campaña.

Dr. COMISSIONG (Trinidad and Tobago) said that he had several comments to make on the section of the PASB document which reported that the Grenadines, Carriacou, and Petite Martinique were positive for A. aegypti and that no eradication or control operations were under way there. He explained that a large part of the population of those islands was seafaring. Small craft were used for both trade and fishing, sailing between Carriacou and neighboring islands to take on fruit, vegetables, and animals for sale in Trinidad and some of the other islands, and returning with stores of rice, flour, and the like. The fishing trade was even more widespread; small craft went throughout the islands, putting in at any port when they had collected enough fish to sell, and sometimes going as far south as Trinidad. Carriacou and Petite Martinique, which were still heavily infested with A. aegypti, depended for their total water supply on the collection of rain water -in cisterns, shallow wells, barrels- all of which provided ideal A. aegypti reservoirs. Hence there was a two-way trade of the vector between islands that were infested and those that were not. Moreover, St. Lucia, which at one time had been on the point of achieving eradication, was again heavily reinfested with resistant mosquitos.

Trinidad and Tobago, therefore, were virtually surrounded by areas that were heavily infested, from the French islands to Barbados, St. Lucia, Carriacou, and the

northern coast of South America, including Venezuela, Surinam, and British Guiana. The situation in Trinidad over the last two years had, in fact, been an object lesson in what could happen under those circumstances.

In 1962, 183 foci had been discovered in Trinidad; fortunately, those were brought under control in time to prevent a wide-scale reinfestation of the whole country. In 1963 only 43 foci were discovered. During that year, the examination of water supplies of boats arriving in Port-of-Spain was started, and it soon became evident that the supplies of most small craft were not properly protected against the entry of mosquitoes, and on some occasions A. aegypti larvae were actually present in them. A notice was prepared pointing out the importance of screening supplies and showing how containers could be protected. Excellent cooperation was provided by Venezuela in that connection. But in spite of all those efforts, the response on the part of the small craft had not been satisfactory. In 1964, up to August, seven foci had been discovered; three of the boats involved had come from Venezuela and two from Barbados and St. Lucia. It was certain that timely interception in Trinidad's ports was responsible for the dramatic reduction in the number of breeding places so far found during 1964.

Most of the Antilles islands were infested, the notable exceptions being Grenada, St. Vincent, St. Kitts,

Nevis, Bermuda, and Aruba. Trinidad and Tobago had adopted an eradication program and had been successful in its efforts. It was a great pity that it was currently being subjected to repeated and persistent reintroduction of the vector. Finally, it was significant to note that a large number of the infested areas were dependent upon metropolitan countries overseas.

Dr. Comissiong then presented the following draft resolution:

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having examined the report of the Director on the campaign to eradicate Aedes aegypti in the Americas (Document CD15/20);

Considering that despite the results obtained in this campaign there is still much to be done before the eradication of the mosquito in the Hemisphere is completed;

Bearing in mind the provisions of Resolution XXXIV adopted by the Directing Council at its XIII Meeting;

Having regard to the fact that the resistance of Aedes aegypti to insecticides is a serious obstacle to the progress of the campaign in the Caribbean area; and

Mindful that, in order not to jeopardize the success of the continent-wide campaign, it is essential to prevent the reinfestation of areas already free of the mosquito,

RESOLVES:

1. To urge the Government of the countries and territories still infested by Aedes aegypti to make every effort to eradicate the mosquito as soon as possible.

2. To remind the Governments of countries and areas from which the vector has been eradicated of the necessity of maintaining active vigilance services to prevent reinfestation.

3. To instruct the Director to intensify the studies aimed at solving the resistance problem that are now under way and to take appropriate measures to complete Aedes aegypti eradication in the Americas as soon as possible."

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe del Director sobre la campaña de erradicación del Aedes aegypti en las Américas (Documento CD15/20);

Considerando que, a pesar de los resultados ya obtenidos por esa campaña, es mucho todavía lo que falta por hacer para completar la erradicación del mosquito en este Hemisferio;

Teniendo en cuenta lo dispuesto por el Consejo Directivo en la Resolución XXXIV, aprobada en su XIII Reunión;

Considerando que la resistencia del Aedes aegypti a los insecticidas constituye un serio obstáculo para el progreso de la campaña en el área del Caribe; y

Teniendo en cuenta que debe evitarse la reinfestación de las áreas ya libres del mosquito, a fin de no poner en peligro el éxito de la campaña continental,

RESUELVE:

1. Encarecer a los Gobiernos de los países y territorios todavía infestados por el Aedes aegypti, que hagan lo posible para lograr cuanto antes la erradicación del mosquito.

2. Recordar a los Gobiernos de los países y áreas donde el vector ha sido erradicado, que es imprescindible que mantengan servicios activos de vigilancia, a fin de impedir la reinfestación.

3. Encomendar al Director que intensifique los estudios que se están llevando a cabo con miras a resolver el problema de la resistencia, y que adopte todas las medidas oportunas para completar lo más pronto posible la erradicación del Aedes aegypti en las Américas."

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Decision: The draft resolution was unanimously approved.

PROGRAMAS DE ERRADICACION DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
PROGRAMS FOR THE ERADICATION OF COMMUNICABLE DISEASES

El Dr. QUIROS (Perú) estima que, habiendo sido discutidos los programas de erradicación, parece conveniente llegar a un punto práctico que permita asegurar el mantenimiento de tales programas. En consecuencia, somete a la consideración del Consejo Directivo el siguiente proyecto de resolución:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando que los programas de erradicación de las enfermedades transmisibles, realizados mediante una acción vertical, al llegar a sus fases avanzadas de consolidación y vigilancia corren serios peligros de fracasar por la falta de una infraestructura capaz de continuar las acciones, y teniendo en cuenta que las causas principales de mortalidad infantil en el medio rural, donde habita más del 50% de la población de la América Latina, son precisamente estas enfermedades transmisibles,

RESUELVE:

1. Encomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que gestione ante el UNICEF la inclusión en sus programas de aquéllos encaminados a establecer una infraestructura sanitaria en el medio rural.

2. Encomendar asimismo al Director que estimule y asesore a los Gobiernos en la organización de este tipo de servicios."

"THE DIRECTING COUNCIL,

Considering that programs for the eradication of communicable diseases which are implemented through special campaigns are exposed to serious risks of failure as they enter in the phases of consolidation and vigilance, owing to the lack of an infrastructure capable of maintaining their activities; and

Bearing in mind that it is precisely these communicable diseases that are the main causes of infant mortality in rural areas, which contain over 50 per cent of the population of Latin America,

RESOLVES:

1. To instruct the Director of the Pan American Sanitary Bureau to request UNICEF to include programs designed to provide a health infrastructure in rural areas among its programs.

2. To request the Director to encourage and advise the Governments in the organization of this type of service."

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Decision: The proposed resolution, was unanimously approved.]

TEMA 24: LA POLÍTICA Y EL PROGRAMA DE INVESTIGACIONES DE
LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
ITEM 24: RESEARCH POLICY AND PROGRAM OF THE PAN AMERICAN
HEALTH ORGANIZATION

Dr. ALLEN (Chief, Office of Research Coordination, PASB) presented Document CD15/19 on the item and the appended report of the Third Meeting of the PAHO Advisory Committee on Medical Research (15-19 June 1964).

During the Advisory Committee's review of PAHO's research activities, it returned to its previous discussion, concluding that "both so-called 'fundamental' and 'applied' aspects of biomedical science remain essential parts of the research process directed toward the acquisition of new knowledge. The important policy problem for PAHO is to maintain a balanced emphasis in these respects." The implementation of the Committee's recommendations in the forthcoming years by both the Governments and the Organization could well be a very important factor in achieving health progress.

Recognizing the great importance of the "Environmental Determinants of Community Well-Being," the Committee devoted a day to discussion of that subject.

In that connection, the examination of the "shanty-town" problem by specialists from relevant disciplines represented a very significant contribution to an understanding of the health problems posed by those conglomerations of people, and possible approaches to solutions had been made by the Committee.

For the whole of the problems of community well-being, a multidisciplinary approach to the problem would be required.

It had been shown, however, in experimental models, that human behavior was conditioned by genetic determinants, as well as by the pressures of human ecological circumstances. Genetic biologic determinants of behavior resulted in crystallizations in artifacts, such as the nests and burrows of birds and rodents, which made visible in structure the behavior of the animal, the "ethophane". That might be a surer indication of species differences than the biological structure of the animal itself. It was clear, also, that when the normal habitat characteristics of the white rat, for example, were experimentally controlled as to amount and arrangement of the living space of a population group, abnormal behavior was the inevitable consequence. Profound metabolic and physiological changes were precipitated by the animals' stressful effort to adapt to the limitations and deprivations of such artificial, man-made (not animal-made) environments. The Advisory Committee observed that "studies of a wide variety of species have shown that ethophanes are almost always the result of genetically-determined behavior and it is inconceivable that man differs in this respect, although cultural modifications of its expression are overwhelming and tend to obscure the common genetic pattern.

Except in primitive societies, man no longer builds his own 'nest', his home. Especially in urban areas, he has to accept the patterns decided by a wide variety of social, economic, and technical influences... this may profoundly influence behavioral patterns."

The Committee commented further that the "social use of space" was a growing field of study.

A proposal had been made for "socioanthropological studies of various groups to determine the patterns of behavior in their home setting which might provide clues to the ethophane that could make their adaptation to city life easier." It had also been suggested that, in view of those biosocial considerations, "urban renewal and urban development should be designed for people and not for the benefit of architects or city planners."

The Committee concluded that "common concepts regarding the barriadas are based mostly on ideas and hearsay and that there is an urgent need for facts. These studies should include not only investigations of the actual sociological and health situation but also of the sociological determinants of rural-urban migration and the factors which lead to success or failure."

The section on "Evaluation of Selected Environmental Factors" stressed the importance of research in socioeconomic and technological aspects of water supply, air pollution, sanitary services, and housing improvement.

It had been suggested that "PAHO might undertake to support or encourage, in relation to Latin American universities, where possible, such research efforts and to cooperate with regional and ultimately with national research and training centers for urban planning."

With reference to "Population Dynamics", the Committee had discussed the research aspects of the growth of human populations and had agreed that the importance of the problems called for studies of the highest quality. It went on to note that "this research would include studies of human reproduction, hereditary and environmental factors in sterility and fertility, preventable malformations; demographic studies of live births, abortions, fetal deaths, and maternal deaths; and studies of family size and constitution in relation to socioeconomic factors in urban and rural communities. It would also necessitate training in epidemiology and demography in relation to socioeconomic development in schools of medicine and public health, and a search for improved methodology in the analysis of demographic data."

The Committee added that "such studies would be the foundation of further research in human genetics. Genetic effects often show up as disease many years after birth, and these investigations would be of great importance for a better understanding of many degenerative diseases."

The Committee observed that methodical studies of population dynamics were related to all branches of medicine and public health, and that further research in that field was essential.

The Committee had reported on a research program whose results could ultimately affect the health and well-being of all the people of the Hemisphere, provided that the Governments, their universities, medical schools, and research institutes actively planned and coordinated their efforts to mobilize, expand, and intensify their research and training programs in order to obtain answers to the common problems which the Committee had considered basic to the improvement of health in the Americas.

The contributions of the research community to the achievement of that goal would depend, in the final analysis, on national and international policy decisions with respect to education, training, support of research, and the utilization of research methods and findings in the development and implementation of each country's health program.

El Dr. BUSTAMANTE (México) manifiesta que si bien el Dr. Allen acostumbra a preparar excelentes informes, el que ha presentado la OSP merece especiales felicitaciones porque ha abarcado todos los aspectos de la investigación que pueden realizarse no con el presupuesto limitado de esta Organización, sino con otro diez veces mayor.

Detalla a continuación algunas de las investigaciones que se llevan a cabo en México, mencionando entre ellas las relativas a la oncocercosis; la lepra, con respecto a la cual se investiga la forma de reducir las reacciones que produce el tratamiento con sulfonas; el mal del pinto, grave problema que afecta a cerca de 1.500.000 personas, a las que si bien no les ocasiona la muerte, las aísla hasta tal punto que hay casos de maestros que no desean ser enviados a las regiones afectadas por este mal, acentuando la pobreza y la ignorancia de la población. A este respecto, destaca la buena disposición de la Secretaría de Hacienda que no ha regateado fondos para combatir este mal, habiéndose tratado hasta ahora unas 500.000 personas con penicilina. Se refiere a las dudas de algunos técnicos respecto a si se debe tratar a todos los enfermos, aun cuando su curación impida profundizar en algunos aspectos epidemiológicos de la enfermedad, y añade que se acordó que era mejor atender a los pacientes que estudiar la enfermedad.

En relación con el bocio endémico, manifiesta que dicha enfermedad está más extendida de lo que se creía, contribuyendo a ello la ecología del país por la formación volcánica del suelo. Agrega que en el país existe legislación en virtud de la cual es obligatoria la yodación de la sal que se consume en todo el país.

Con respecto a la malaria, recuerda que las investigaciones se han llevado a cabo con la colaboración técnica, y, en alguna oportunidad, económica de la OPS.

Se refiere también al tifo epidémico, sobre el que se están estudiando vacunas de virus vivo atenuado. Por último menciona el Instituto de Enfermedades Tropicales, centro de investigación que cuenta con secciones para el estudio de las micosis, los virus, la anatomía patológica, etc., e invita a los Representantes a que lo visiten, poniéndolo a la disposición de la OSP para cualquier actividad de investigación en la que pueda ser utilizado.

Dr. WATT (United States of America) said that his country had been deeply interested in the support given to the coordinated research program in the Americas. It was quite clear from the summary given by Dr. Allen that the wisdom and knowledge of the Advisory Committee had combined to point out the frontiers of our knowledge and the direction that should be taken to gain the additional knowledge needed for the conquest of diseases.

He wished to emphasize two points. One was the question of studies on population dynamics, on human fertility, and the matter of adequate population statistics. With all the progress that had been achieved in many areas, it was surprising that one knew so little about man himself, about the simple facts of human reproduction, and of the ways human beings adapted to their own environments and surroundings. Perhaps it was understandable in that only relatively recently had the tools been available for systematically and effectively studying man in mass. The technological advances which had given the world the electronic computer had for the first time provided the means for handling the masses of data that would have to be accumulated in order to understand the complex of all biological beings.

The other point concerned the Pan American Foot-and-Mouth Disease Center. It had at first seemed somewhat strange that a health organization should concern itself with a disease primarily of cattle. The research conducted by INCAP and by other agencies had clearly shown that one of the most important ways of tackling the problems of nutrition was to find means of increasing the supplies of protein. A tremendous step in that direction, of course, was INCAPARINA, but that was an artificial way of solving the problem. It was not his intention to downgrade that achievement, but it would appear that the complete solution was to succeed in increasing

the supply of animal protein. Foot-and-mouth disease was one of the greatest drawbacks to obtaining adequate supplies of animal protein in the Hemisphere. There had been some outstanding successes in the eradication of that disease, and dramatic demonstrations of how joint action could be taken by neighboring countries in eradication programs. Since the Organization had accepted responsibility in regard to the anti-aftosa research work, the time had come when the countries should fully understand the status of that work and its importance to themselves. Quite possibly, the fact that it was a disease of animals had led many health officials to overlook its significance to the supply of good-quality foodstuffs. Some rather dramatic breakthroughs had been made in regard to methods of eradicating aftosa, including the development of vaccines that gave great promise for the future. While the program was not necessarily one that should be conducted by a health department as such, it did appear that the health ministries had a vital stake in knowing and understanding the program, which the Organization of American States had initiated and for whose implementation PAHO had accepted responsibility with OAS cooperation. That activity provided another example of the opportunities for research coordination for the mutual benefit of the countries.

El Dr. AGUILAR (Guatemala) menciona las investigaciones sobre oncocercosis realizadas en su país de 1949 a 1954, con la cooperación de la OSP. Añade que esta enfermedad aún presenta grandes dificultades, tanto en su tratamiento como en su erradicación, y que vería con beneplácito que la OSP se interesara por el problema. Informa que en su país la yodación de la sal es obligatoria por ley y que esta medida ha dado buenos resultados en la lucha contra el bocio endémico. En cuanto a la enfermedad de Chagas, manifiesta que debido a las investigaciones que han permitido descubrir nuevos medicamentos, se siente más optimista. Para terminar, felicita a México por la labor que realiza por medio del Instituto de Enfermedades Tropicales.

El Dr. QUIROS (Perú) se refiere a los estudios sobre la dinámica de población, de gran interés actual, ya que el crecimiento de la población mundial constituye una gran preocupación y es necesario un estudio sobre el control de ese crecimiento que, aun cuando presenta facetas muy complejas, debe ser llevado a cabo. Expresa también su interés porque se efectúen investigaciones sobre la peste y, en general, sobre las enfermedades transmitidas por artrópodos que dan lugar a serios problemas.

El Dr. OÑATIVIA (Argentina) considera excelente el informe presentado y elogia a los científicos que constituyen el Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas. Estima que

dicho Comité puede realizar una gran labor facilitando asesoramiento a los países. Explica que en la Argentina las investigaciones se han orientado fundamentalmente hacia los aspectos biológicos y se desarrollan en el Instituto de Investigaciones Científicas y Técnicas que dirige el profesor Houssay, con amplio apoyo gubernamental. Expresa el deseo de que las investigaciones aplicadas a los problemas de salud pública sean objeto de mayor atención por parte de algún organismo ya sea el mencionado Instituto o cualquier otro, en cuyas actividades participarían el Ministerio de Salud, las universidades y otras instituciones que dispusieran de un fondo nacional y determinaran las prioridades que habría que conceder a los problemas.

Con referencia al bocio, da cuenta de que se estudian los isótopos radioactivos, pero que se ha producido el fenómeno paradójico de que, en algunas comunidades, la instalación de agua potable ha ocasionado un aumento de la forma endémica de dicha enfermedad, problema que se está investigando.

Señala el orador la urgente necesidad de realizar estudios acerca de la erradicación de la enfermedad de Chagas.

Por último, destaca la necesidad de que los Gobiernos ofrezcan su decidido apoyo a las investigaciones sobre las enfermedades transmisibles y las degenerativas y crónicas,

así como sobre los aspectos asistenciales, cuya repercusión en el desarrollo económico es suficientemente conocida.

Dr. FRAZER (United Kingdom) said that, in connection with the excellent report on the research activities, he had been struck by two words: one was "impatience" and the other, "pre-adjustment." There had been discussion of the impatience of people as a whole, and it was most interesting to think of the question of pre-adjustment, basically in the sense of what use the community could make of the research that was performed.

In Bermuda, where the censuses were quite complete, an interesting point had been revealed by the data for 1950-1960. Broadly speaking, the island had two large ethnic groups and a third smaller one: the original Anglo-Saxon group that had colonized the island 350 years ago; the Negro ethnic group; and the smaller Portuguese group. The higher socioeconomic group was represented by the Anglo-Saxon and the lower socioeconomic group by the Negro. In 1950 the child survival rate in those two groups had been quite different, the rate in the Negro group being a good deal lower. In the 1960 census the survival rate was shown to be the same for the two groups, indicating that a change had occurred. In 1957 it was not realized that those dynamic pressures were turning the population from a partially

rural one into a suburban one. Not having space for a large movement of rural people into the towns, Bermuda actually was developing into a suburban area. That was bound to happen and it would lead to different conditions of life for most of the population. By informing the people of the changes that were to come, providing for a degree of pre-adjustment to the changes foreseen, quite possibly the people themselves would be able to understand many of the problems and make an adjustment or come up with answers that were acceptable to the community as a whole.

Conditions varied in different communities, and many of the answers acceptable to one community were not acceptable to another. Moreover, there was a tendency to underestimate the necessity for survival of the mass of the people, and in particular to underrate the rural man. Problems were too often discussed and answers formulated on an intellectual plane, as to what the people would accept or would not accept. Because of that fact, one of the basic needs was for what might be called community research, apart from technical research, designed to present the problems to the people, to show them how the future might develop if the situation continued the way it was going.

In Bermuda, the Government had made a start on such a program, not in connection with public health, but with respect to emigration. Dr. Frazer said that it was not

possible as yet to report on the results achieved in that and other efforts, but he gave that information to illustrate the point he wished to make.

Dr. ALLEN (Chief, Office of Research Coordination, PASB) referred to the question of specialized manpower training. In Mexico, and in many of the countries, it was a question of mobilizing a number of institutions to participate in a program such as the one described by the Representative of Argentina. The important point was to provide leadership from the ministries, in close cooperation with the universities. The Organization, with the assistance of outside funds, was making feasibility and planning studies in connection with centers in perhaps five locations, which would maximize the resources available for the training of students coming from other Latin American countries. The purpose would be to make available the opportunities for students from other countries to obtain the kind of training that could be applied and multiplied in their own institutions. But to accomplish that it was necessary to ensure the direct interest and influence of the ministries and the interest of the universities.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) expresa sus agradecimientos al Consejo por el apoyo que realmente ha prestado a la ampliación del programa de investigaciones médicas de la Organización Panamericana de la Salud, entidad científica

con un programa similar al de la Organización Mundial de la Salud. Se siente muy satisfecho al observar que, a pesar de la presión a que están sujetos los técnicos en salud, tanto nacionales como internacionales, para poder resolver problemas que resultan angustiosos por estar relacionados con la vida y la muerte, no olvidan que queda mucho por conocer en cuanto a promover más intensamente el bienestar.

Recuerda lo dicho en esta sesión, en el sentido de que el conocimiento es poder y que la falta de interés por las investigaciones significa un retroceso hacia la mediocridad. A ello quiere agregar que la investigación contribuye a colocar a la disciplina de la salud al nivel intelectual del cual nunca debió salir. Señala que tal vez todos hayan contribuido a exagerar de tal manera las prácticas administrativas como imagen de la función salud, que se ha llegado a olvidar que se trata de una de las iniciativas más complejas relacionadas con el bienestar de los hombres. Quienes hayan tenido oportunidad de leer en detalle las actas sobre la sesión especial del Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas, respecto a los factores ambientales que influyen en la dinámica de las enfermedades, coincidirán con esas afirmaciones. Falta muchísimo por saber qué es lo que determina la conducta de los seres humanos y mientras no se conozca este factor no se podrán resolver fácilmente los problemas de salud, aun si se cuenta con procedimientos que

según demuestra la biología son muy efectivos. Pero una cosa es conocer el fundamento de un fenómeno, y otra es beneficiar con ello a los seres humanos.

Refiriéndose a continuación a un aspecto práctico, terrenal y concreto, menciona la fiebre aftosa, y, después de agradecer al Dr. Watt sus comentarios, explica que en junio pasado la Oficina patrocinó una reunión de Ministros de Agricultura de los países de Sudamérica donde existe dicha enfermedad, con el propósito de que en esa oportunidad se plantearan programas concretos de vacunación, ya que el Centro de Fiebre Aftosa, uno de los pocos existentes en el mundo, ha logrado ya adaptar los tres virus que predominan en la América Latina en una vacuna de virus vivos atenuados. La reunión fue extraordinariamente interesante; se demostró un gran desconocimiento de las repercusiones económicas de la enfermedad, pero mediante los datos obtenidos, se tiene conocimiento de que las pérdidas representan una cantidad superior a \$400.000.000 al año. Se trata de pérdidas manifiestas, porque las demás no se han podido determinar, ni tampoco se han medido los efectos de la fiebre aftosa en la mortalidad infantil. Se presentó un plan de cinco años para reducir la incidencia de modo que el resto del problema pudiera resolverse recurriendo al sacrificio de los animales infectados, y se habló de una inversión total de \$150.000.000 en cinco años. En ese mismo período, según los datos

disponibles, las pérdidas representarían una pérdida mas de \$200.000.000. El Dr. Horwitz señala que se le encomendó que hiciera gestiones para obtener fondos de los bancos internacionales porque, evidentemente, los Gobiernos no tienen todos los recursos necesarios. A este respecto, se complace en anunciar que, al plantearse el asunto al Banco Interamericano de Desarrollo, esta institución manifestó interés por financiar la instalación de laboratorios para la producción de vacuna y otros elementos de inmunización. Añade el Director que, en reciente visita del Presidente del Banco al Paraguay, se discutió el asunto con el Ministro de Agricultura y la mencionada institución, con la prudencia de cualquier banco, si bien ha aceptado la idea en principio, espera que se formulen proyectos factibles, responsabilidad que también incumbe a los técnicos en salud. A juicio del Director, los expertos en fiebre aftosa deben examinar este problema con un criterio epidemiológico, porque no hay ninguna diferencia entre un programa continuado de inmunización del ganado y cualquier otro programa extensivo de inmunización de seres humanos. La OSP va a seguir colaborando en esta empresa porque, una vez superadas las etapas más difíciles de los diez años transcurridos, se empiezan a vislumbrar posibilidades de mejorar la calidad y la cantidad de proteínas de origen animal. Considera muy oportunas las observaciones del Dr. Watt en el sentido de que los Ministros de Salud, en

relación con la fiebre aftosa, intensifiquen sus relaciones con los Ministros de Agricultura, sobre todo si, finalmente, se logra conmover al mercado internacional de capitales por las repercusiones de dicha enfermedad en la mortalidad infantil.

El PRESIDENTE anuncia que se preparará un proyecto de resolución recogiendo los diversos puntos de vista expuestos en el curso del debate, proyecto que se someterá a la consideración del Consejo.

The PRESIDENT said that a draft resolution embodying the views expressed in the discussion would be prepared and submitted to the Council.

TEMA 26: INVESTIGACION INTERAMERICANA DE MORTALIDAD
ITEM 26: INTER-AMERICAN INVESTIGATION OF MORTALITY

Dr. PUFFER (Chief, Health Statistics Branch, PASB) presented Document CD15/28, containing a progress report on the Inter-American Investigation of Mortality. It gave the status of the collaborative program, undertaken in 1962, for the investigation of more than 40,000 deaths in 12 cities, which was designed to establish a sound basis for epidemiological research. A preliminary analysis of the data for four cities for the first year (Caracas, Venezuela; La Plata, Argentina; and Ribeirao Preto and Sao Paulo, Brazil) was presented to illustrate the kind of results that could be expected. The rates should be regarded as provisional and subject to revision when data relating to the population became available later in the current year. The preliminary analysis was useful in exploring the first phase of the investigation, indicating the types of analyses that were possible and the uses that could be made of the data.

In the age group under study, 15-74 years, the two principal causes of death were malignant neoplasms and diseases of the heart, which accounted for almost half of the deaths. In three of the cities the leading cause was malignant neoplasms, while in the fourth city, diseases of the heart had first place.

Death rates from cardiovascular diseases varied from 149.5 per 100,000 population in Caracas to 323.8 in Ribeirao Preto. In the latter city mortality from Chagas' cardiopathy was excessive in young adult life, which indicated an unusual hazard in that area. The variation in death rates from vascular lesions affecting the central nervous system was great. The death rates from chronic rheumatic heart diseases, including rheumatic fever, were of approximately the same size in three of the cities, which recorded three times the rate in Caracas.

One of the purposes of the investigation was to obtain information regarding arteriosclerotic heart disease in Latin America. Data available in the past for countries had indicated relatively low rates. The death rates from those causes in the four cities studied varied from 53.6 per 100,000 population in Ribeirao Preto to 109.8 in La Plata. From 17 to 50% of deaths due to cardiovascular diseases were classified as arteriosclerotic and degenerative heart disease. Those percentages were lower than in the United States of America, where for the three years 1958-1960 more than 60% of the deaths due to cardiovascular diseases in adults 15-74 years of age were classified as arteriosclerotic and degenerative heart disease. In spite of standardized procedures for collection of data and assignment of causes of

death, there were noteworthy variations in those groups of cardiovascular diseases.

The provisional death rates from malignant neoplasms for three of the cities -Caracas, Ribeirao Preto, and Sao Paulo- were of similar size; the death rate for La Plata was approximately twice the rates for Caracas and Sao Paulo. The highest death rate for cancer of a specific site was noted in La Plata, that for cancer of the trachea, bronchus and lung. The rate of 44.2 per 100,000 population was more than three and four times the rates in the other three cities. In La Plata also the death rate for cancer of the bladder was high, and much higher than in the other cities. High death rates were noted from cancer of the stomach in Ribeirao Preto, La Plata, and Sao Paulo. Those rates revealed the marked variation in mortality from malignant neoplasms by site in the four cities.

Since preparation of the document, age-adjusted death rates for four cities had been calculated and compared with those for the United States of America. One of the results of considerable importance was the establishment of the fact that there was excessive mortality from cancer in those Latin American cities. The greatest excess was noted in La Plata, where the male death rate from cancer was 74% higher than the comparable rate in the United States of America. The total death rates

from diseases of the heart were much lower in those cities than in the United States of America. However, Chagas' cardiopathy stood out as a definite problem causing excessive mortality in Ribeirao Preto, Brazil. The age-adjusted death rates confirmed the fact that there were important differences in mortality from malignant neoplasms and cardiovascular diseases in Latin American cities.

The additional information obtained from interviews with physicians, hospital records, laboratory findings, and autopsy reports had resulted in many changes in the assignments on the original death certificates, generally to more specific categories. A few illustrations of the original and final assignments were given to indicate the products of the investigation and the importance of using the results for the improvement of mortality statistics to serve for epidemiological research as well as for the direction of public health programs.

One of the groups of causes of major concern was that of maternal deaths, namely, deaths resulting from deliveries and complications of pregnancy, childbirth, and the puerperium. An increase of about 40% was noted in the four cities, indicating that complete reporting of those complications for the correct ascertainmnet of maternal deaths would require additional efforts.

Another noteworthy observation was the over-reporting of influenza and pneumonia. The additional information and final review revealed a 49% reduction.

Although the total number of deaths from malignant neoplasms as a group varied only slightly, deaths assigned to cancer of the cervix increased by 80 per cent.

Many changes were recorded in the group of deaths due to cardiovascular diseases as a result of the investigation. That group, which included deaths due to coronary heart disease, was of major concern, and the reduction recorded was of considerable interest. The results in the English-speaking cities were being awaited, so as to permit a comparison of the data from the investigation.

All the cities included in the study were medical centers, with medical schools and adequate hospital facilities. The percentages of deaths occurring in hospitals varied from 42 to 58. In addition, 28% of those dying elsewhere had been in the hospital during the last year of life. For three cities, the percentages of deaths with autopsies were 20, 29, and 30 which indicated that considerable evidence was available from autopsies. The importance of having complete autopsies for use in ascertaining the underlying cause of death was clear.

In summary, the Inter-American Investigation of Mortality had followed the original plan of providing the basis for epidemiological studies. In general, the provisional death rates for adults 15-74 years of age indicated that there were variations in malignant neoplasms by site, in types of cardiovascular diseases, and in other causes of mortality that warranted further investigation. Thus, in accordance with the original purpose, the basis for research in the fields of cancer and heart diseases was currently being established and plans for research should be made and funds sought.

Sufficient additional information had been obtained from interviews with physicians and laboratory and autopsy findings to indicate the value of establishing methods of supplementing official death certificates with additional data that might not be available to the certifying physician at the time of death. Mortality statistics could serve an increasingly important role in research and in the development and management of health programs if steps were taken now to build soundly for the future.

Se suspende la sesión a las 4:35 p.m.
y se reanuda a las 4:55 p.m.
The session was recessed at 4:35 p.m.
and resumed at 4:55 p.m.

El Dr. BRAVO (México) considera excelente la exposición sobre la investigación, que representa una nueva etapa en la cooperación internacional, ya que es la primera vez que en un grupo de ciudades diferentes condiciones socioculturales se lleva a cabo un programa de investigación epidemiológica con las características uniformes de este estudio.

El aspecto principal de dicho estudio consiste, a su juicio, en una mejor valoración de las enfermedades cardiovasculares y de los neoplasmas malignos, como principales causas de defunciones en la edad adulta, hecho que no siempre se ha considerado como evidente en América Latina, donde la atención se concentra de preferencia en las enfermedades transmisibles, que causan una elevada mortalidad en la infancia, importante sector de la población.

Otro resultado digno de mención -continúa- es la valoración de la calidad de la certificación médica. Expresa la esperanza de que las deficiencias que existen en este campo sean objeto de adecuada atención por los organismos correspondientes, ya que las estadísticas de mortalidad constituyen datos básicos indispensables para la planeación y evaluación de los programas de salud pública.

El Sr. FERNANDEZ (Chile) señala que Chile empezó a participar en esta investigación el 1o. de julio de 1962 en Santiago, donde se lleva a cabo mediante un convenio concertado entre la Universidad de Chile y la Organización Panamericana de la Salud.

Explica a continuación los propósitos fundamentales del estudio, que permitirá obtener información sobre ciertas características básicas de la mortalidad. En Chile se espera, además aprovechar dicha información, para estudiar las principales deficiencias de la certificación de causas de muerte y los datos obtenidos constituyen ya un valioso material para la enseñanza de la certificación médica de la causa de muerte.

A continuación explica el método que se sigue en la investigación, que es en general el descrito en el Documento CD15/28. En Santiago la investigación comprende alrededor de 4,500 casos que corresponden a defunciones ocurridas del 1o. de julio de 1962 al 30 de junio de 1964; los datos sobre cerca de 4.000 de estos casos han sido ya enviados a la Oficina Sanitaria Panamericana para su estudio final. Señala que aún no se ha iniciado la fase de análisis de los resultados, que es la próxima etapa.

Termina manifestando que la organización de la atención médica chilena, que cuenta con un servicio nacional de salud que atiende a cerca del 70% de la población, ha sido una circunstancia favorable para lograr un estudio de calidad, pues una alta proporción de los casos se basan en diagnósticos formulados en hospitales, lo que permite llegar a conclusiones bien fundamentadas. En la calidad de la información ha influido también la importante cooperación de todas las instituciones del país.

El Dr. QUIROS (Perú) manifiesta que sólo desea preguntar, en relación con la mencionada investigación, que ya lleva dos años, cuándo va a terminar. Es muy posible, agrega, que existan graves deficiencias debidas a errores de diagnóstico, pero sólo desea limitar su intervención a la pregunta mencionada.

Dr. WATT (United States of America) said that it had been a long time since the Organization had begun its attempts on a long-range basis to develop the ability to carry out studies of the type which had been so well demonstrated in the Inter-American Investigation of Mortality. In fact, those studies were possible only because many years previously efforts had been undertaken for the training of statisticians and demographers and for building the groundwork in all

countries of the Hemisphere for that type of coordinated activity. It was quite appropriate to recognize as a landmark in the development of long-range approaches the fact that all the countries currently had the basic ability to learn the facts on the diseases that afflicted their peoples. No health officer responsible for a community of people could effectively carry out his duties unless he knew when, where, and under what circumstances disease and death were occurring.

Dr. Watt said that tribute should be paid to the Organization and to Dr. Puffer for the tremendous job accomplished in the past few years in creating the resources which were now beginning to pay off.

With reference to the question raised by Dr. Quirós, he considered that the studies should continue until such time as the diseases which were under investigation had actually been controlled, because the facts that were being collected would make it possible to direct health efforts effectively and efficiently.

He stated that he would submit a draft resolution on the item, for later distribution to the representatives.

El Dr. ONATIVIA (Argentina) estima que es muy posible que las altas cifras de mortalidad por cancer, registradas en la Ciudad de La Plata, se deban a que dicha ciudad es un centro quirúrgico de alta jerarquía y en ella se concentran, por lo tanto, enfermos de cancer pulmonar de toda la provincia de Buenos Aires.

Dr. PUFFER (Chief, Health Statistics Branch, PASB) said that on the basis of Document CD15/28, an indication could be given of the expected completion dates for the 12 cities, in which the investigation had been started at different dates. Most of the data for about 40,000 deaths had already been sent to the Bureau in Washington. The total would run slightly over 40,000 and data would probably continue to arrive until March 1965. However, the mass of the material was already in Washington and most of the field work had been completed. The complicated task of analysis was just beginning and the first results had been reported to the Council. Also, age-adjusted death rates were available from four cities, and by November 1964 it was hoped to have the first analysis for 11 or 12 cities. Census returns from Colombia and Guatemala were being awaited so as to calculate rates for those countries. The task of analysis would be long, for there was a wealth of material, a gold mine, of which full use had to be made in order to reap the best

possible results. The principal collaborators would come to Washington for a conference, probably in February 1964, for the purpose of jointly planning how they would prepare the reports and how analyses would be used as a basis for epidemiological research in their countries and for the improvement of medical certification and the development of data for health programs.

A background document outlining the entire planning of that research project had been prepared and would be published soon in Spanish in the Boletín of PASB and in English in the Public Health Papers of WHO.

With reference to the comments made by Dr. Watt, it was of interest to refer back to the first event which had led to the development of the Inter-American Investigation of Mortality, namely, the meeting of the WHO Study Group on the Classification of Artherosclerotic Lesions, held in Washington in October, 1957. Dr. Watt had been the one to initiate planning for the WHO Study Group and was referred to as the "spark" of those developments. It had taken a long time to plan that research program and to launch the work, and it would take several more years to make full use of all the data obtained and then go on with the research that it was hoped would be carried out in the countries.

Replying to the Representative of Argentina, Dr. Puffer stated that the PASB had studied the material very carefully and included only deaths of residents for La Plata, Argentina. Every precaution had been taken to ensure that the information was as accurate as possible. It was deemed important, however, to confirm those results in other cities in Argentina, although even before the investigation was carried out those findings had been suspected from data from Rosario, Argentina. Dr. Puffer said that every attempt would be made to obtain additional information and verification wherever there was question about the data collected.

TEMA 32: INTERCAMBIO DE PERSONAL DOCENTE Y DE SALUD ENTRE
PAISES
ITEM 32: INTERCOUNTRY EXCHANGE OF TEACHING AND OTHER HEALTH
PERSONNEL

El Dr. DIAZ-COLLER (Jefe, Departamento de Educación Profesional, OSP) presenta el Documento CD15/23, referente al intercambio de personal docente y de salud entre países, y afirma que, desde hace muchos años, los países de las Américas han venido realizando tal intercambio, el cual comprende a estudiantes, profesores y personal de salud, sobre bases unilaterales.

Agrega que en los últimos 10 años han salido de sus países más de 6.000 personas para recibir adiestramiento, académico y práctico, en forma individual o en grupos. En cada caso, el período mínimo ha sido de 4 meses.

Indica que dichos intercambios son de gran utilidad y permiten determinar puntos de vista, criterio, juicios y características en relación con programas de salud, planificación, evaluación, y desarrollo de programas. En efecto -dice- todos los campos de la salud pública han sido objeto de revisión por este personal que sale de sus países con el propósito de observar las actividades en otra esfera nacional.

Sin embargo, las referidas becas y bolsas de viaje no siempre han representado un intercambio real. El

intercambio que se busca consiste en conocer experiencias ajenas para contratarlas con las propias y las discusiones de los becarios con el personal de los programas observados constituye una rica fuente de intercambio en la mejor expresión del concepto.

Una actividad similar realizada por la Organización es la formada por los seminarios viajeros. En ellos participan por lo general profesionales de distintos países y, en sus visitas, observan en lugares seleccionados, actividades similares a las suyas propias. En este caso, los trabajadores locales de la salud obtienen también un gran beneficio al escuchar, discutir y comentar los puntos de vista de los visitantes.

El orador expresa que desea llamar la atención sobre el segundo párrafo del documento presentado a la reunión, que dice así: "Hace casi siglo y medio se afirmó lo siguiente: 'En un país tan joven como el nuestro, el mejoramiento dependerá en gran medida de los conocimientos científicos de otros países, establecidos de antiguo, que posean medios mejores y se encuentren más adelantados que nosotros. Negarnos el beneficio de la luz que brilla en otros países es condenarnos a una prolongada obscuridad.' Con estas palabras, Thomas Jefferson reconoció, en 1820, la necesidad

de la asistencia técnica. El intercambio de especialistas profesionales constituye una de las formas más puras de dicha asistencia."

Dr. WEDDERBURN (Jamaica) wished to highlight the tremendous benefit that program had brought to the English-speaking peoples living in the Caribbean. He pointed out the existence of only one university in that area, the University of the West Indies, in Jamaica, and said that with the assistance of PAHO, various members of the health professions had been given the opportunity to take a number of courses, including refresher courses.

Dr. WILLIAMS (United States of America) observed that he was very much impressed with the number of exchanges among countries of the Western Hemisphere. He believed that the information related to that program should be made available to a number of health agencies, so as to keep them well informed about the activities achieved. He believed it most appropriate that PAHO disseminate all the available information to the agencies that did not have access to that material.

He stated that he would present a draft resolution on the item at a later session. That resolution would attempt to define PAHO's responsibility in that field.

El Dr. DIAZ-COLLER (Jefe, Departamento de Educación Profesional, OSP) insiste en señalar que el programa de intercambio cubre un área considerable, pero lo importante, a su juicio, es considerar la necesidad de condensar las actividades a que se refiere el programa y precisó que el Documento CD15/23 contiene datos de interés, en los que se especifican las entidades que participarán en el programa así como las actividades realizadas.

El PRESIDENTE anuncia que el proyecto de resolución sobre el tema será distribuido para ser considerado por el Consejo en una sesión posterior.

The PRESIDENT announced that the draft resolution on the item would be distributed for consideration by the Council at a later session.

Se suspende la sesión a las 6:10 p.m.
para reanudarla a las 6:25 p.m.
The session was recessed at 6:10 p.m.
and resumed at 6:25 p.m.

TEMA 37: ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL AUXILIAR
ITEM 37: TRAINING OF AUXILIARY PERSONNEL

El Dr. DIAZ-COLLER (Jefe, Departamento de Educación Profesional, OSP) presenta el Documento CD15/17, e indica que, durante la última reunión del Comité Ejecutivo, uno de sus integrantes recalcó la necesidad de incrementar, en los países miembros, el adiestramiento de personal auxiliar. Agrega que el mencionado Representante subrayó entonces que la escasez de esta clase de trabajadores de salud constituye uno de los problemas que en América Latina deben contar con mayor prioridad, ya que los programas de salud han aumentado a tal ritmo que las previsiones establecidas en cuanto a las necesidades de este personal se han visto rebasadas.

Hace constar que durante la discusión del tema, en la última reunión del Comité Ejecutivo, se subrayó el hecho de que los países más adelantados utilizan personal auxiliar, con la debida supervisión profesional, en grado mucho mayor que los países en desarrollo, lo que permite que las necesidades de salud sean atendidas con mayor eficiencia.

La Organización, -agrega- ha procurado siempre colaborar con los Gobiernos Miembros en la preparación de personal auxiliar hasta el grado máximo de sus posibilidades de personal y de presupuesto. En el documento que se

presenta se indica que en 1963 se adiestraron más de 5.000 auxiliares en los proyectos que cuentan con asesoría de la Organización. Por supuesto que el adiestramiento de este personal fue de índole muy variada, ya que la duración de los cursos, aún para el mismo tipo de trabajo, es distinta de un país a otro. Los países por sí mismos, sin ayuda directa de la Organización, prepararon una cantidad muy superior a la mencionada.

Se ha discutido mucho la definición de lo que deba aceptarse por la fórmula "auxiliar en salud pública". Dicha definición varía de un país a otro, y en muchas ocasiones incluso dentro de un mismo país. En el documento que se presenta constan las definiciones establecidas por el Comité de Expertos de la OMS en Formación Profesional y Técnica del Personal Médico y Auxiliar. Se citan las diversas fases de auxiliares en los campos de la medicina, la ingeniería, el saneamiento del medio, etc. A estos habría que agregar las características y funciones del auxiliar en los campos de la nutrición, odontología, estadísticas, laboratorios de salud pública, etc.

En el suplemento al Segundo Informe sobre la Situación Sanitaria Mundial, presentado a principios de 1964 por la OMS a la Asamblea Mundial de la Salud reunida en Ginebra, figuran en su II parte datos relacionados con la educación

y adiestramiento del personal de salud pública. Entre esos datos figura un cuadro en el que se hace una presentación esquemática para ilustrar las mútuas relaciones del personal profesional y auxiliar en las profesiones médicas y paramédicas.

Indica que el Comité Ejecutivo acordó que era menester efectuar un estudio de los aspectos relacionados con la formación de personal auxiliar y que ese estudio podría servir de base para la celebración posterior de una reunión de técnicos en la que se elaborasen recomendaciones que podría tener en cuenta la Oficina.

El Dr. DELGADO (República Dominicana) asegura que constituye una preocupación del Ministerio de Salud Pública de su país el problema del adiestramiento de personal auxiliar de los servicios de salud, como lo prueba la forma en que se lleva a cabo dicho adiestramiento. Alude a los diversos cursos que se desarrollan en la República Dominicana: el dedicado a auxiliares de enfermería, para colmar de esta forma el gran déficit de enfermeras graduadas que existe; el de parteras ayudantes; el de oficiales de saneamiento y el de técnicos de laboratorio que reciben adiestramiento en el laboratorio nacional y en otras instituciones, como el Banco de Sangre de la Cruz Roja. Agrega que se adiestran también auxiliares para cubrir ciertos aspectos de las

campanas que se llevan a cabo, como rociadores y microscopistas en la zona norte del país.

Declara que la Secretaría de Salud Pública seguirá respaldando el adiestramiento de personal auxiliar con el propósito de cumplir con las funciones que le están encomendadas a la misma.

El Dr. FERNANDEZ (Chile) informa que, en su país, la preparación de auxiliares de enfermería ha seguido un ritmo creciente desde 1958, contando en la actualidad con diez centros de adiestramiento a cargo de enfermeras universitarias; se preparan también auxiliares de terreno y de hospital, y en los últimos seis años fueron adiestrados 2,424 auxiliares un 10% de los cuales eran varones. En el presente año hay inscritos 1,169 alumnos. Como consecuencia de un estudio de las necesidades y recursos de enfermería se ha establecido un centro experimental de evaluación de servicios de enfermería, en las inmediaciones de Santiago, con la finalidad de mejorar los correspondientes servicios.

El Dr. MOTEZUMA (Venezuela) considera acertado el informe presentado por el Director respecto a la orientación dada por varios países en materia de adiestramiento de personal auxiliar de salud, y dice que en Venezuela se está haciendo una revisión de recursos, de programas de enseñanza y de

aprovechamiento de dicho personal. Resalta la importancia que tiene el sistema de atención médica simplificada, que constituye una innovación en el país, y en la aplicación del cual ocupan un lugar destacado los auxiliares, cuya actividad debe ser estimulada.

El Dr. CANALES (Nicaragua) cree que fue oportuna la inclusión de este tema en el Programa de la Reunión del Consejo Directivo. Alude a la labor desarrollada en Nicaragua, en donde se creó una división de adiestramiento de personal subprofesional y auxiliar, contando para ello con el asesoramiento de la Oficina, y dice que asimismo se han organizado cursos para preparar a personal especializado en cuestiones de saneamiento y formar auxiliares de educación en salud. Anuncia que para 1964 se proyectan cursos para auxiliares de enfermería, auxiliares de laboratorio y auxiliares de bioestadística, de los cuales se tiene gran necesidad. Felicita, por último, a la Oficina por el estímulo que significa impulsar el adiestramiento de este personal.

El Dr. FERREIRA (Brasil) cree que es fácil reclutar personal auxiliar, pero a condición de adiestrarlo, con arreglo a las funciones que vaya a desempeñar y afirma la conveniencia de realizar una cuidadosa selección, preparación y supervisión de esta clase de trabajadores de salud.

El Dr. ACOSTA (Colombia) informa que cuando se realizó la reorganización del Ministerio de Salud Pública en su país, se creó una unidad de adiestramiento y de formación de personal que participa en la selección y coordinación de actividades de subprofesionales, fundamentalmente, centralizando además funciones de adiestramiento que antes se desempeñaban en diferentes dependencias de dicho departamento. Agrega que la experiencia de esa unidad indica la conveniencia de que la formación de personal abarque desde su selección hasta la fijación de los destinos que deba ocupar, con arreglo a sus conocimientos respectivos, incluyéndose asimismo la tarea de una supervisión posterior.

El Dr. ALONSO (Cuba) indica que hace poco tiempo se creó en su país la Subsecretaría de Docencia del Ministerio de Salud Pública, con el fin de organizar la enseñanza en materia de salud a todos los niveles, incluso a los postgraduados. Informa que la escuela de Salud Pública, con la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana, ha podido satisfacer casi por completo las necesidades nacionales de personal auxiliar de enfermería y que actualmente hay alrededor de 2.000 alumnos inscritos; sin embargo, -agrega- en ocasiones este personal no tenía a quién auxiliar y hubo necesidad de preparar personal superior, pero desempeña un papel preponderante en dos o tres campos en los que no se dispone de profesionales graduados.

El Dr. GONZALEZ TORRES (Paraguay) hace constar que en su país funciona el Instituto de Enseñanza Dr. Andrés Barbero en el que se forman enfermeras, obstetras y asistentes sociales a nivel universitario. Precisa que dicho Instituto era, hasta el año pasado, una dependencia del Ministerio de Salud, pero que ha pasado a formar parte de la Universidad Nacional. La formación y capacitación de personal auxiliar se realiza en otras dependencias del Ministerio. Los cursos de capacitación y formación de auxiliares de enfermería se llevan a cabo en el Centro de Formación de Auxiliares de Enfermería (CENFAI) con una duración de nueve meses por año, habiéndose adiestrado 188 auxiliares en los últimos seis años y estando inscritos 44 el año actual. La gran mayoría de los alumnos prestan servicio en centros de salud del Ministerio establecidos en áreas rurales, algunos pertenecen a otras instituciones; subraya que los estudiantes del curso para auxiliares de enfermería disfrutaban becas del UNICEF. Además, se realizan cursos de capacitación y formación de educadores sanitarios, inspectores de saneamiento, técnicos de laboratorio, etc. En los dos últimos años han sido enviados 70 funcionarios al Ministerio de Salud a perfeccionar sus conocimientos en el centro de adiestramiento para funcionarios públicos establecido por el Gobierno en colaboración con instituciones

de los Estados Unidos de América, como la Misión de Operaciones. Añade que se realizan también cursos regulares de salud pública para obstetras en general, habiéndose formado ciento veintitrés, que proceden en especial de centros asistenciales de áreas rurales. La Misión de Operaciones de los Estados Unidos de América ha proporcionado también becas para dichos cursos. Alude también a la formación y capacitación de personal del PAEN (Plan Triministerial de Alimentación y Educación Nutricional) que en 1963 celebró diferentes cursos.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) recogiendo las manifestaciones formuladas por las diversas delegaciones y relacionándolas con el estado en que se encuentran en cada país los diferentes programas, señala que, cuando se ha hablado de los programas de atención médica parecería que hay el convencimiento de que no va a ser posible progresar hacia la solución en la América Latina de los problemas prevalentes de salud en forma que corresponda a cómo los resuelven las sociedades tecnológicas avanzadas, es decir a base exclusiva de profesionales en las distintas disciplinas de la salud, en donde el auxiliar tiene un papel muy definido que desempeñar. Sin embargo -añade- es tanta la complejidad del problema que el Comité Ejecutivo hizo bien en decidir que se hiciera un estudio al respecto. Afirma que no hay que olvidar el número de auxiliares que están hoy en servicio y que no

recibieron adiestramiento alguno, y señala que, en especial, en el campo del trabajo hospitalario es donde esta situación es más grave. Recuerda que en una publicación de la Oficina Sanitaria Panamericana se indica que seguramente hay en el Continente unos noventa mil auxiliares que no han recibido adiestramiento alguno, los cuales tal vez progresaron en el desempeño de su cometido acumulando errores, pero que ahora desarrollan una función perfectamente definida. Estima que dicho grupo tiene considerable importancia y que es necesario proporcionarle adiestramiento con la mayor rapidez posible; se trata además de personal oficial que tiene en sus empleos, una situación legal inamovible; en este sentido, la Oficina está estudiando por lo menos lo que concierne al ramo de enfermería. Esta técnica, relativamente reciente, de autoformación, que se llama instrucción por programa, tal vez pueda aplicarse a aquellas personas que cuentan con experiencia práctica en una determinada materia, como es el caso de los auxiliares mencionados. Oportunamente, a la mayor brevedad -agrega el Dr. Horwitz- la Oficina presentará al Consejo Directivo un estudio sobre la forma en que esta técnica docente puede aplicarse en dicho campo. En consecuencia, invita al Consejo Directivo a acoger el proyecto de resolución del Comité Ejecutivo y promete que la Oficina adoptará las disposiciones del caso para realizar el estudio

a que se refiere dicha resolución. Termina señalando que el problema de los auxiliares está íntimamente ligado con la cuestión rural en la América Latina.

El Dr. DIAZ-COLLER (Jefe, Departamento de Educación Profesional, CSP) da lectura del siguiente proyecto de resolución:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando la urgente necesidad de preparar personal auxiliar que responda, cuantitativa y cualitativamente, a las necesidades propias de la situación económica, social y sanitaria de cada país;

Considerando la necesidad de establecer pautas de orientación en la preparación del personal auxiliar y del personal encargado de su adiestramiento; y

Considerando la conveniencia de fijar las características, número y funciones del personal auxiliar en relación con el personal profesional y con los programas de salud,

RESUELVE:

Encomendar al Director la preparación de un estudio sobre la formación de personal auxiliar, que sirva de base de discusión en una reunión de autoridades nacionales con experiencia o interés en esta cuestión, con la colaboración de expertos internacionales, con el objeto de presentar a la consideración de la Organización una política de adiestramiento de personal auxiliar en los países de las Américas conforme a sus necesidades."

"THE DIRECTING COUNCIL,

Considering the urgent need to train a sufficient number of auxiliary workers of a caliber to meet the demands of the economic, social, and health situation in each country;

Considering the need to set up guidelines for the training of auxiliary workers and of the persons who will teach them; and

Considering the advisability of determining the types, number, and duties of auxiliary workers in relation to professional personnel and to health programs,

RESOLVES:

To instruct the Director to prepare a study on the training of auxiliary workers that may serve as the basis for discussion at a meeting of national authorities experienced or interested in the question, with the collaboration of international experts, for the purpose of presenting, for consideration by the Organization, a policy for the training of auxiliary workers based on the needs of the countries of the Americas."

Decisión: Por unanimidad se aprueba el proyecto de resolución.

/Decision: The draft resolution was unanimously approved./

Se levanta la sesión a las 7:50 p.m.
The session rose at 7:50 p.m.



consejo directivo

ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XV Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XVI Reunión



México, D. F.

Miércoles, 9 de septiembre de 1964, a las 9:05 a.m.
Wednesday, September 9, 1964, at 9:05 a.m.

CD15/51

15 septiembre 1964

ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA DECIMOCUARTA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE FOURTEENTH PLENARY SESSION

Presidente: Dr. Bienvenido A. Delgado República Dominicana
President:

Indice
Contents

Tema 19: Discusiones Técnicas sobre el tema "La erradicación de la tuberculosis: una tarea de planificación inmediata y acción futura"

Item 19: Technical Discussions: "Tuberculosis Eradication: A Task for Present Planning and Future Action"

Tema 33: Estudio sobre el problema de las enfermedades venéreas y de los programas de control en las Américas

Item 33: Review of the Status of the Venereal Disease Problem and Control Programs in the Americas

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar a la Oficina Sanitaria Panamericana (Atención: Jefe de la Sección de Conferencias y Traducciones) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto, antes del 10. de noviembre de 1964. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify to the Pan American Sanitary Bureau (Attention: Chief of Conference and Translation Section) before November 1st 1964, of any changes they wish to have made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the Meeting.

- TEMA 19: DISCUSIONES TECNICAS SOBRE EL TEMA: "LA ERRADICACION DE LA TUBERCULOSIS: UNA TAREA DE PLANIFICACION INMEDIATA Y ACCION FUTURA
Informe del Relator
- ITEM 19: TECHNICAL DISCUSSIONS: "TUBERCULOSIS ERADICATION: A TASK FOR PRESENT PLANNING AND FUTURE ACTION
Report of the Rapporteur

El Dr. ACOSTA (Colombia), en su carácter de Relator de las Discusiones Técnicas, da lectura al informe sobre dichas Discusiones presentado en el Documento CD15/DT/3.

El Dr. ALVARADO (Honduras) dice que desea destacar algunos puntos para ver si pueden ser incluidos en el documento final de las Discusiones Técnicas. Hay, dice, un hecho fundamental, a saber la grande y magnífica experiencia realizada por Venezuela a través de un curso medio de clínica sanitaria. Dicho curso se propone capacitar a su personal de salud pública a fin de que comprenda mejor los problemas reales de su actividad, y para que todas las tareas resulten integradas a través de un individuo. Este hecho tiene gran valor para las labores de erradicación de la tuberculosis.

Otro hecho que conviene tener en cuenta, dice el Dr. Alvarado, es que los médicos egresados de nuestras escuelas o facultades de medicina no tienen la preparación necesaria para comprender las actividades de salud pública. Se refiere a una intervención reciente del Representante de El Salvador, quien leyó un documento emitido por el Decano de la Facultad de Medicina de San Salvador, reconociendo

que los médicos egresados de la misma no tienen la experiencia necesaria para comprender bien los problemas de salud pública a nivel local.

El Dr. Alvarado formula dos recomendaciones, a saber: que se organicen estos cursos medios de clínica sanitaria en los países, y que se realicen todos los esfuerzos que sean necesarios a fin de que las escuelas de medicina amplíen u organicen sus departamentos de medicina preventiva.

La preparación de personal en este sentido, sobre todo de aquel personal que va a las zonas rurales, es imperativa, y de ello deben tomar conciencia tanto los países como las organizaciones internacionales. Inclusive llegaría a sugerir -afirma el Dr. Alvarado- que se hiciera una experiencia piloto en este sentido en alguno de los países de América Central, en donde el problema es muy serio. Las beneficiosas consecuencias de esta experiencia -concluye- se notarían no sólo en lo que se refiere a la tuberculosis, sino en todos los campos de la salud pública.

El Dr. ACOSTA (Colombia) expresa que comparte totalmente las observaciones hechas por el Representante de Honduras, pero que el primero de los puntos discutidos por éste consta ya en la página 10 del documento en consideración, en el cual -dice- se ha tratado de consignar todas las opiniones importantes vertidas a propósito del tema tratado.

Sobre la otra propuesta formulada, cree que la misma no corresponde al tema en consideración, sino que debería ser incluida como parte de la resolución correspondiente al tema de la formación de personal. Sin embargo, dice, se ha tomado nota de las opiniones del Dr. Alvarado y las mismas serán consignadas en el acta de la reunión.

El Dr. ALVARADO (Honduras) dice que está de acuerdo con que el acta registre esas expresiones, pero que, en su opinión, ya es tiempo de que se comience a adoptar medidas más concretas y prácticas; sobre todo teniendo en cuenta que existe una experiencia como la ya mencionada de Venezuela, que es sumamente ilustrativa. En su opinión, cursos como el mencionado son un medio eficacísimo para permitir la integración de la lucha antituberculosa en las demás actividades de salud pública.

El Dr. VILLAMAR (Ecuador) manifiesta el deseo de consignar sus felicitaciones al Relator, Dr. Acosta, por su magnífico informe. Dentro del marco general de las recomendaciones en la tarea de planificación inmediata y acción futura para la erradicación de la tuberculosis, él, sin ser un técnico en la materia, opina que se debería hacer una evaluación real y objetiva -sobre el terreno- del estado actual de la lucha antituberculosa en las Américas. Y, si es posible, hacer un parangón -lo que es factible- entre las

acciones antituberculosas desarrolladas en los Estados Unidos de América y en América Latina, adaptando las mejores técnicas posibles a nuestras propias realidades económicas y sociales.

Como Representante del Ecuador, le preocupa este punto sobre todo si se considera que en su país -por haber imperado criterios distintos, derivados de este nuevo falso enfoque de que la tuberculosis ha sido superada hasta el grado de que ya no constituye el problema de salud pública de antaño- se han disminuido notablemente las asignaciones económicas al LEA, organismo dedicado a la Lucha Ecuatoriana Antituberculosa.

Indica, además, que en el programa que se dirija hacia su erradicación no debe haber ningún método nuevo, debe ser lo más económico posible, capacitando -como dijo el Representante de Venezuela- a grandes núcleos urbanos y rurales especializados y servicios especializados voluntarios que se empeñen en la lucha contra esta grave enfermedad. Propone, para ello, que la Organización, haciéndose eco de todas las sugerencias de los Representantes reunidos, se dirija a los Gobiernos de las Américas -si se quiere en una forma ejecutiva- para que revisen los programas nacionales de erradicación de la tuberculosis y los reestructuren tonificándolos en el aspecto económico, para que las instituciones

especializadas den a la vez una orientación a las Escuelas de Medicina sobre las actividades de la lucha antituberculosa.

El Dr. MERIDA (Guatemala) se une a las congratulaciones expresadas por el Dr. Villamar en cuanto al informe presentado. Manifiesta que comparte también los puntos de vista expresados por los Representantes de Honduras y del Ecuador, en el sentido de que la tuberculosis no ha disminuido en forma importante. Estima, pues, muy necesario que en este problema se cuente con el apoyo de la Organización.

Lee el penúltimo párrafo del informe en la parte que dice: "La posibilidad de un servicio de alcance nacional y la incorporación efectiva de las actividades de control de la tuberculosis en los servicios generales de salud depende en alto grado de la adecuada orientación que se de a la preparación del personal profesional dirigente" y sugiere se agregue al mismo "de acuerdo a la organización sanitaria general de cada uno de los países".

El Dr. QUIROS (Perú) hace constar sus felicitaciones al relator de las Discusiones Técnicas por el informe presentado. Señala que las intervenciones en las Discusiones Técnicas son hechas a título personal, y que no sería oportuno reabrir el debate sobre el tema de las mismas. Si éste es interesante, debe someterse a otra reunión para una consideración más detallada.

Dr. WATT (United States of America) said that the report which had been read, together with the papers presented by the experts, certainly had demonstrated the validity of the title of the Technical Discussions; tuberculosis eradication was in fact a task for present planning and future action. Clear evidence of that had been given by the Representatives who had emphasized the urgency of bringing the problem into sharp focus for direct action now. Possibly the one error was in the timing, for in reality the action should be "current" instead of "future".

On the whole, he believed that the discussions had been most valuable and that there was little need for modification. However, he referred to a minor point in a statement appearing in the first section of the Rapporteur's report which, though quite rightly a statement of fact, nonetheless might be a bit misleading within the present context. That statement, concerning the possibility of eradicating tuberculosis, was as follows: "The fact that this idea was accepted is a consequence of the efficacy of the antibacterial treatment available today." That was a fact and he did not argue with that statement when one considered tuberculosis eradication from the viewpoint of an infected individual. However, the experts also agreed that eradication in a group of people was much more a matter of preventing transmission, and in that sense the use of

drugs was but one of many tools. Drugs obviously afforded a quick opportunity for eradication in a group, since the sources could be eliminated. However, even before the development of the drugs it had been clearly demonstrated that transmission could be interrupted.

The statement possibly might lead someone who had not been present at the Technical Discussions to believe that eradication would not be possible if there were no drugs. If that point could be modified slightly so that it would not give that impression, Dr. Watt believed that it would better reflect the opinion of the experts.

El Dr. MOTEZUMA (Venezuela) se manifiesta de acuerdo con los conceptos del Dr. Quirós en cuanto a que la esencia del informe corresponde a materia de Discusiones Técnicas, motivo por el cual procede a leer el siguiente proyecto de resolución:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe del Relator de las Discusiones Técnicas sobre el tema: "La erradicación de la tuberculosis: una tarea de planificación inmediata y acción futura";

Considerando que este informe constituye una expresión adecuada del contenido de los documentos de trabajo y de las opiniones expresadas por los participantes; y

Considerando que dicho informe puede ser de utilidad práctica como guía básica para el desarrollo de programas de control de la tuberculosis,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe del Relator y expresar su satisfacción por la preparación y desarrollo de las Discusiones Técnicas sobre el tema "La erradicación de la tuberculosis: una tarea de planificación inmediata y acción futura".

2. Solicitar del Director la publicación y amplia difusión de los documentos de trabajo y del informe del Relator.

3. Recomendar a la Organización que para su política de acción en materia de tuberculosis, tome muy en cuenta la orientación contenida en el informe de estas Discusiones Técnicas."

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having considered the report of the Rapporteur of the Technical Discussions on "Tuberculosis Eradication: A Task for Present Planning and Future Action";

Considering that this report is an accurate summation of the contents of the working document and of the views expressed by the participants; and

Considering that this report may be of practical use as a basic guide in the development of tuberculosis control programs,

RESOLVES:

1. To take note of the Rapporteur's report and to express its satisfaction with the preparation and conduct of the Technical Discussions on "Tuberculosis Eradication: A Task for Present Planning and Future Action".

2. To request the Director to publish the working documents and the Rapporteur's report, and to give them wide distribution.

3. To recommend to the Organization that, in the matter of tuberculosis policy, guidelines contained in the report on these Technical Discussions be borne in mind."

El Sr. FERNANDEZ (Chile) expresa que en su país la prevalencia de la infección ha ido en descenso. En los últimos 10 años, este descenso fluctúa entre el 25 al 50% en los grupos de edad de 0 a 15 años. Se advierte un desplazamiento de la infección hacia las edades mayores y las características de la reacción biológica estaría indicando una menor intensidad de los contagios. Sin embargo, una tercera parte de la población escolar reacciona positivamente a la prueba de la tuberculina, demostrando que la infección ocurre aún en edades tempranas, mantiene una alta frecuencia y se está aún lejos del límite del 1% que comienzan a establecer algunos países para caracterizar la meta de erradicación.

Los datos sobre morbilidad -prosigue- son imprecisos y no disponemos de estudios recientes sobre prevalencia. Las estimaciones se hacen sobre el 1,6% obtenido en el período 1940-1941. El índice no es generalizable, ya que se presentan fuertes variables regionales. La mortalidad se mantiene en niveles altos. Sin embargo, no sólo se detuvo el crecimiento que se venía operando y que llegó a 3.906 muertes en 1962 con una tasa de 48,4 por 100.000 sino que se experimenta un aumento en 1963 con 4.180 muertes y una tasa de 50,8 por 100.000. El 78,9% de las muertes ocurre entre los 15 y los 65 años de edad.

En lo que se refiere a los recursos existentes -prosigue el Sr. Fernández- hay actualmente insuficiencia de

horas médicas para desarrollar programas en niveles útiles. En los últimos 10 años se ha experimentado una fuerte reducción de especialistas; de 863 horas-tisiólogo existentes en 1954 se dispone ahora de 575. Si a éstas agregamos 84 horas de médico general se completan 659 horas destinadas en el país a acciones antituberculosas. De ellas 474 están concentradas en Santiago, Valparaíso y Aconcagua, con fuerte proporción destinada a atención cerrada.

Se dispone de 4.869 camas para tuberculosis, aunque su distribución es irregular, ya que la zona Central concentra el 75% de las camas. Hay 18 centros de atención externa distribuidos en el país, y también existen laboratorios y equipos radiológicos en la capital y en las principales ciudades de provincia; para los propósitos específicos de la búsqueda de casos se dispone de 24 equipos de Abreu fijos y de 4 móviles. El aprovisionamiento de drogas y de película radiográfica no se ha hecho en forma regular.

En lo que se refiere a la utilización de los recursos destinados a la lucha contra la tuberculosis -prosigue el Sr. Fernández- la misma ha sido insuficiente. A diversos motivos puede atribuirse esta situación: insuficiencia de personal, falta de actualización de las normas técnicas, carencia de supervisión de especialistas, o déficit de material o de drogas. Por todos esos motivos, no han podido

desarrollarse programas de control en niveles cuantitativa y cualitativamente aceptables.

La inmunización con BCG -concluye- alcanzó en 1963 tan sólo al 62% de los recién nacidos; la pesquisa por Abreu es de un 50% de la capacidad de los equipos; el número total de casos activos registrados en el país es de 21.425, y no se dispone de información adecuada sobre la forma como se conduce el tratamiento. Por otra parte, el rendimiento limitado de las camas de hospitalización señala la necesidad de definir una política que conduzca a mejorar la utilización de los recursos disponibles.

El Dr. CANALES (Nicaragua) manifiesta que el documento presentado contiene los puntos de vista de un grupo de especialistas y que, debido a la orientación que contiene, servirá para orientar la formulación y ejecución de programas. Nicaragua tiene un programa de control de la tuberculosis, para el cual cuenta con el asesoramiento de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Por otra parte -dice- está de acuerdo en que se debiera dar mayor dinamismo a todo el proceso, y adoptar resoluciones referidas a medidas más concretas. Habría que impulsar más alguna actividad determinada; por ejemplo, el adiestramiento de personal. Convendría agregar algo en ese sentido en la resolución que se está considerando.

El PRESIDENTE anuncia que se someterá a votación el proyecto presentado, con la adición propuesta por el Representante de Nicaragua.

El Dr. QUIROS (Perú) sugiere la conveniencia de formar un grupo de trabajo, a fin de que éste elabore un poco más el proyecto de resolución en cuestión y lo haga circular.

El Dr. GONZALEZ TORRES (Paraguay) se adhiere al criterio sustentado por el Dr. Quirós

El PRESIDENTE somete a consideración la propuesta de que se constituya un grupo de trabajo para que considere y redacte un proyecto de resolución que refleje los criterios formulados durante el debate, y sugiere que el mismo quede integrado por los Representantes de los Estados Unidos de América, Honduras, Nicaragua, el Perú y Venezuela.

Así se acuerda.
It was so agreed.

- TEMA 33: ESTUDIOS SOBRE EL ESTADO DEL PROBLEMA DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS Y DE LOS PROGRAMAS DE CONTROL EN LAS AMERICAS
- ITEM 33: REVIEW OF THE STATUS OF THE VENEREAL DISEASE PROBLEM AND CONTROL PROGRAMS IN THE AMERICAS

Dr. BICA (Chief, Communicable Diseases Branch, PASB) presented Document CD15/30 on the item. He stated that the venereal diseases were truly world-wide in occurrence but that the exact extent of the problem was unknown. Variations in morbidity reporting practices from country to country and, indeed, within countries, made it difficult to compute reliable statistics relating to the incidence and prevalence of venereal diseases.

In the United States of America, where a vigorous venereal disease control program had been carried out since 1940, the figures from a recent survey of case-reporting by private physicians indicated that only 11 per cent of the cases of infectious syphilis, 38 per cent of the cases of other stages of syphilis, and 11 per cent of those of gonorrhoea treated by private physicians during the survey period had been reported to the health department.

In spite of the under-reporting problem, Guthe and Hume had estimated in 1948 that at least 2,000,000 cases of new venereally-acquired syphilis occurred in the world annually. A recent global survey conducted by the WHO covering 106 countries and areas established the fact that there had

been a sustained rising incidence trend of early syphilis in all regions of the world. Taking those considerations into account, along with the large degree of under-reporting of treated cases, it was now conservatively estimated that at least 3,000,000 cases of new venereally-acquired syphilis occurred throughout the world annually and that the present reservoir of syphilis -that is, prevalence- was at least 30,000,000 cases.

Even more important than the world-wide recrudescence of acquired syphilis was the potential disability and premature mortality that could be expected to occur among persons who did not receive treatment. For example, among the millions of syphilitics throughout the world who would not receive the benefits of diagnosis and adequate treatment, it could be predicted that 1 in 200 would become blind; 1 in 50 would become insane because of central nervous-system syphilis; 1 in 25 would become incapacitated with tabes; and 1 in 15 would become disabled with cardiovascular syphilis. Furthermore, the life expectancy was reduced 17 per cent by untreated syphilis.

In addition to the disabling factors and premature deaths caused by the late manifestations of the disease, there was a tremendous economic loss due to uncontrolled syphilis. To consider just one factor of the economics of

the disease, in the United States of America alone there were currently 24,000 patients in mental hospitals as a result of psychoses due to syphilis, which represented a financial burden of \$49,000,000 per year for maintenance. Moreover, it was estimated that there were 12,200 persons in the United States of America disabled with syphilitic blindness, whose maintenance cost to the country \$5,000,000 annually. Unfortunately, corresponding economic data for other countries of the Americas were not available. Syphilis had to take a tremendous toll each year throughout the world in terms of blindness, insanity, other disabilities, and death.

Gonorrhoea was even more poorly reported than syphilis. The ratio of gonorrhoea to syphilis cases admitted to clinics indicated that about four cases of gonorrhoea occurred to one of syphilis. Applying that ratio to the estimated world-wide incidence of syphilis, it was conservatively estimated that at least 12,000,000 cases of gonorrhoea occurred throughout the world each year. Although the late manifestations of that disease were not as severe and insidious as those due to syphilis, gonorrhoea did cause pelvic inflammatory diseases in females, sterility in both females and males, epididymitis, salpingitis, other serious conditions, and on some occasions death.

Following the introduction of penicillin as a therapeutic agent and the proven susceptibility of Treponema pallidum to

that antibiotic, practically all those involved in syphilis control were convinced that it would be only a matter of time until the disease would disappear. The availability of effective, simple penicillin treatment had led to the impression that syphilis was no longer a dangerous disease. However, there had been increasingly frequent reports in the last decade of the occurrence of systemic complications, seldom observed 10 years ago, but now appearing possibly as a consequence of increasing longevity, which allowed time for such manifestations to occur.

Unfortunately, treatment alone had not achieved the eradication of the disease. The belief in penicillin as a method of eventual eradication of the disease had been so absolute that there actually had been damaging de-emphasis of the epidemiologic methods developed during the past three decades in the control of syphilis, marked reduction in financial support for the treatment and control of venereal diseases, and growth of public belief that venereal diseases were no longer a problem. The rapid increase in numbers and in relative rates for teenagers and young adults diagnosed and reported as having primary and secondary syphilis over the past years was alarming. It had recently been stated that more than 50 per cent of all the reported cases of infectious syphilis occurred among teenagers and young adults under 25 years of age.

Venereal syphilis continued to be an important communicable disease problem in all areas of the Americas. While yaws occurred mainly in the Caribbean islands and some countries of South America, and pinta was present in Mexico and in some South American countries, venereal syphilis was widespread throughout all three regions of the Hemisphere. Syphilis consistently ranked among the top 10 notifiable diseases for the countries of the Americas, as was shown in Table 1 of the report.

There had been an increasing trend in the incidence of early syphilis in the Americas since 1957 (Table 2). Gonorrhea had also consistently ranked among the 10 top notifiable diseases for the American countries and there had been an upward trend in reported cases in all three regions (Table 4). In 1962, reported cases per 100,000 population were 151, 140, and 111, respectively, in South, North, and Middle America.

The other venereal diseases -chancroid, lymphogranuloma venereum, granuloma inguinale- had been reported from all three regions of the Americas, although the numbers were not sizeable. Of some significance was the chancroid rate for South America, which was approximately one half the syphilis rate (Table 5).

The importance of the venereal diseases as a public health problem and their impact on society made it necessary to organize or intensify national programs for their control.

Measures for the control of gonorrhoea and syphilis were well known and rather simply stated. They consisted principally of rapid case-finding and treatment. The present case-finding techniques, plus the efficacy of easily applied penicillin therapy, provided adequate tools for syphilis control throughout the world. The problem was very simply one of application in public health programs of the knowledge already available, especially as regards local, national, and international surveillance and intensified case- and contact-finding, in order to bring a greater number of infected persons more rapidly under adequate treatment.

Venereal diseases should be regarded as one of the communicable diseases for whose control national health services were responsible. Control programs should be long term and conducted without interruption, for past experience had shown that the value of an isolated campaign was ephemeral.

Recognizing the importance of venereal diseases as a health problem in the Americas, the Organization would provide Governments with all possible technical assistance, subject only to budgetary limitations.

In order to furnish an opportunity for the exchange of opinions and to unify thinking about venereal diseases and about what the countries of the Americas could do in that regard, a Pan American Seminar on the control of Venereal

Diseases would be held during the last part of 1965 in the United States of America, with the cooperation of the U.S. Public Health Service. It was hoped that that international meeting would be the starting point for concerted action by the countries of the Americas for the control of venereal diseases.

Se suspende la sesión a las 10:25 a.m. y
se reanuda a las 10:45 a.m.
The session was recessed at 10:25 a.m.
and resumed at 10:45 a.m.

El Dr. CAMPOS SALAS (México) manifiesta que según el importante documento presentado por el Director de la OSP, aunque se desconoce la verdadera magnitud del problema venéreo en las Américas, los datos disponibles indican que la sífilis y la gonorrea siguen siendo un importante problema de salud pública. También señala el documento que el problema justifica que se mejoren el diagnóstico, el registro y la notificación de casos. Además se deben organizar o acelerar los programas nacionales de control de dichas enfermedades, considerándolas como un componente del grupo de las enfermedades transmisibles, cuyo dominio, efectuado en forma de actividades permanentes, es responsabilidad de los organismos nacionales de salud. Es necesario, también, establecer objetivos precisos, un calendario de operaciones y una evaluación periódica del programa. Asimismo hay que aplicar los nuevos conceptos sobre

control de enfermedades venéreas y emplear las nuevas técnicas de diagnóstico y de búsqueda de casos sobre todo mediante la investigación epidemiológica. También se deben administrar debidamente los tratamientos e incluir, como parte fundamental del programa, la educación sanitaria de la población y del cuerpo médico para obtener la colaboración necesaria. Considera el orador que todas éstas son orientaciones muy valiosas y de gran ayuda en la estructuración de los programas antivenéreos. Añade que México considera oportuno, en esta ocasión, presentar un breve informe sobre el estado del problema de las enfermedades venéreas y del programa de control en el país, a través de una breve serie de gráficas que servirán de base para analizar el problema y hacer referencia a la experiencia de México. La Gráfica No. 1 sobre mortalidad por sífilis, cuyos datos provienen de la Dirección General de Estadística, muestra una tendencia descendente en el período 1950-1962, lo cual permite afirmar que ha mejorado el índice de protección contra la enfermedad en el país. Hace notar el orador que el 95% de los certificados de defunción son expedidos por médicos. En relación con la Gráfica No. 2 (en la que se compara el promedio anual de defunciones atribuidas a sífilis adquirida y a sífilis congénita, en el período de 1960 a 1962) hace notar que casi la mitad de dichas defunciones ocurrieron por sífilis congénita y que más del 90% de las mismas ocurrieron durante el primer año de vida. Esta situación refleja cierto desequilibrio en el

sentido de que, pese a los esfuerzos que se realizan por parte de las instituciones médicas por lograr el examen serológico prenatal en cada embarazo, muchas gestantes quedan al margen de dicho examen y muchas enfermas no reciben tratamiento. Esto se debe principalmente a la deficiencia de medios de transporte, aún existente, para hacer llegar oportunamente muestras de sangre a los laboratorios serológicos regionales, si bien esta dificultad se está superando con el aumento de las carreteras, con la ampliación de la red de servicios locales de salud y de laboratorios serológicos, así como también con el empleo de pequeños buzones sanitarios instalados en determinados autobuses públicos para remitir muestra de sangre a los laboratorios regionales. Otra de las medidas consiste en convencer a las gestantes y a las personas que las atienden, de la necesidad de someterse a un examen serológico en la primera consulta prenatal y al final de la gestación. La Gráfica No. 3, sobre morbilidad por sífilis adquirida y por sífilis congénita (basada en datos provenientes principalmente de los centros de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia), indica una tendencia descendente de la sífilis congénita y de la sífilis adquirida, particularmente de esta última.

En la Gráfica No. 4, que se refiere a las tendencias seguidas por los distintos tipos de sífilis, se destacan dos hechos importantes, en primer lugar, un predominio de casos de sífilis tardía entre los descubiertos, siendo los recientes sintomáticos los menos numerosos. Como los casos tardíos lo mismo que los recientes

latentes representan casos que no fueron tratados oportunamente, es de suponer que un número elevado de ellos no fueron atendidos en las fases iniciales de la enfermedad, ni en la de recientes latentes. Para hacer frente a esta demora en el descubrimiento de casos, en los programas antivenéreos de México se consideran como actividades primordiales las de impulsar la demanda oportuna de consultas, investigar los contactos y realizar encuestas serológicas, orientadas principalmente a las embarazadas y a los grupos de población donde es posible descubrir sífilis reciente (adolescentes y adultos jóvenes). El otro hecho que se refleja en la Gráfica se refiere a que la incidencia de sífilis reciente sintomática, descendió hasta 1960, comenzó a ascender desde ese año y así ha continuado hasta la fecha. Esta situación justifica dos de las principales actividades que se realizan en el programa antivenéreo del país: a) aprovechar en la mejor forma los recursos existentes para ofrecer, a través de los servicios locales de salud, las mayores facilidades posibles de diagnóstico y tratamiento adecuados, y b) difundir información sobre enfermedades venéreas a los médicos privados e instituciones médicas para subrayar la urgencia de su colaboración en el diagnóstico y tratamiento correctos; en el descubrimiento y tratamiento de otros enfermos relacionados con el enfermo descubierto y la notificación de los casos y, asimismo, difundir información al público en general para promover actitudes individuales y

colectivas propicias a evitar contagios, a utilizar medidas preventivas, a acudir al médico oportunamente ante la menor sospecha de enfermedad y a colaborar en la investigación del contacto.

La Gráfica No. 7 muestra la incidencia de sífilis primaria y secundaria por sexos y por grupos de edad. En ella sobresalen dos fenómenos: primero, los casos masculinos predominan en forma desproporcionada sobre los femeninos en todos los grupos de edad. Como la desproporción en la seropositividad por sexos no es tan acentuada en el sexo masculino como la de casos de sífilis infectante, es lógico suponer que el menor número de enfermas registradas se debe a que muchas de ellas pasaron inadvertidas durante las fases iniciales del padecimiento. Para atenuar esta situación se está procurando que la mujer encuentre accesibles las consultas y que la información antivenérea al sexo femenino sea lo más amplia posible; segundo, en 1963, año al que se refiere la Gráfica, el grupo de edad de 15-19 años registró un coeficiente de sífilis reciente sintomática que es aproximadamente 26 veces mayor que el del grupo de menos de 15 años de edad, siendo apenas superado en casi dos veces por el grupo siguiente, el de 20 a 24 años. Esto indica que en México la principal explosión de sífilis está ocurriendo en el grupo de 15 a 19 años y que la población de 15 a 24 absorbe casi la mitad del total de recién infectados de sífilis; por este motivo, los esfuerzos preventivos y para el descubrimiento de casos se concentran en los adolescentes y adultos jóvenes.

En la Gráfica No. 5 se compara el número de casos latentes con los sintomáticos en el promedio anual 1959-1963. Los sintomáticos representan el 15.6% del total de los enfermos de los casos registrados, con predominio de los recientes sintomáticos sobre los tardíos. Los casos latentes predominan sobre los sintomáticos en una proporción aproximada de 5 por 1, lo que indica la importancia que siguen teniendo en México los exámenes serológicos para el descubrimiento de enfermos.

La importancia que revisten las encuestas serológicas en el país resalta ante el hecho de que hay grupos de población adulta, principalmente rural, en los que un alto porcentaje de sus componentes no ha sido serológicamente examinado en el pasado, así como también ante el hecho de que en ciertos grupos expuestos al contagio venéreo es frecuente que resulten seropositivas personas que uno o dos años atrás eran seronegativas.

La Gráfica No. 6 compara la incidencia de sífilis primaria y secundaria con la de gonorrea. Según los casos registrados, la morbilidad por gonorrea descendió ligeramente durante los últimos años, hecho que no compagina con el incremento de la sífilis primaria y secundaria registrado por las mismas fuentes de notificación. Este descenso merece ser analizado a la luz de otros datos que ayudan a comprender la situación. Primero, al comparar la incidencia de la gonorrea con la de la sífilis primaria y secundaria por grupos de edad en el sexo

masculino (Gráfica No. 8), donde estos diagnósticos presentan menos causas de error que en el femenino, llama la atención que en 1963 los coeficientes de gonorrea específicos para los grupos de edad entre 15 y 19 así como de 20 a 24 años, fueron aproximadamente 5 veces mayores que los de sífilis reciente sintomática; y asimismo que a la repentina elevación de la sífilis primaria y secundaria en varones a partir de los 15 años de edad, correspondió un ascenso más desproporcionado de la gonorrea. Por lo tanto parece ser que en México la gonorrea, aún más que la sífilis, afecta seriamente a los hombres, y seguramente también a las mujeres. Segundo, además de que las diversas causas socioeconómicas que favorecen la elevación de la sífilis precoz actúan en el mismo sentido a propósito de la gonorrea, dos factores están coadyuvando principalmente a su propagación. El primero es que tanto la disminución de la sensibilidad a la penicilina de las diversas cepas de gonococos como el recelo de los médicos y de la población al empleo inmediato de la penicilina ante esta enfermedad, originan que se retarde la supresión de fuentes de infección ya descubiertas. El otro factor es la carencia de métodos de laboratorio prácticos y rápidos que descubran los gonococos en forma inmediata y segura, particularmente en las mujeres lo que determina que sigan existiendo numerosas fuentes femeninas de infección gonocócica, cuya dificultad de descubrir impide cegarlas, siquiera con la misma velocidad con que se propagan.

Ante estas circunstancias resulta difícil aceptar como realidad el descenso de la gonorrea en el país, puesto que al incrementarse la sífilis primaria y secundaria, las infecciones gonocócicas, con similar mecanismo de transmisión, seguramente se propagarían con mayor velocidad, no sólo por existir un mayor número de enfermos infectantes de gonorrea que de sífilis, sino también debido a su más corto período de incubación y a la menor proporción de personas inmunes a ella que a la sífilis en cualquier momento. No parece lógico aceptar que existiendo en el país más de 5 veces de casos de gonorrea que de sífilis infectante, sólo ésta estuviera incrementándose. Parece más acertado admitir que numerosos pacientes con infecciones gonocócicas no figuran en la estadística porque no acudieron a consulta a los servicios médicos notificadores; esto también se deduce y comprueba por encuestas, del gran predominio de blenorragicos entre los que solicitan tratamiento en las farmacias o recurren a la automedicación.

En relación con la morbilidad por otros padecimientos venéreos, durante los últimos años los casos de chancro blando registrados en el país ascendieron a 142 como promedio anual, y los de linfogranuloma venéreo a 43. Aunque dichos casos representan sólo una parte del total de los que ocurren, el número de pacientes conocidos señala su relativa poca importancia frente a la sífilis y la gonorrea. En cuanto al granuloma venéreo, no se registran casos en el territorio nacional.

Los datos enunciados indican que en México, como en otros países, la sífilis y la gonorrea cobran cada vez mayor importancia como problemas de salud pública. Para explicar el incremento de la incidencia de sífilis y la que se estima existente en cuanto a la gonorrea, pueden invocarse diversas causas complejas, algunas de las cuales tienden más bien a acentuarse que a desaparecer, siendo las principales en nuestro medio: Primero, la disminución del temor del público a la sífilis y a la gonorrea desde la época de excesiva confianza en la penicilina y, ahora, por la creencia en la rápida eficacia de otros fármacos. Segundo, el creciente recelo del cuerpo médico, de empíricos y de la población a utilizar de inmediato la penicilina en los casos iniciales de sífilis y de gonorrea, por aprensión a posibles accidentes, utilizando en su lugar otros medicamentos que no aventajan en eficacia, costo, y facilidad de aplicación a la penicilina. Tercero, la reglamentación de la prostitución establecido en diversas localidades del país, por autoridades distintas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, lo cual favorece la diseminación de los padecimientos venéreos al facilitar el contacto sexual con meretrices que ningún sistema de vigilancia médica puede eliminar como fuentes seguras de infección, circunstancia que se agrava cuando en tales localidades hay marcadas limitaciones para el inmediato diagnóstico y tratamiento específico y cuando, además, la información antivenérea al público es insuficiente. Cuarta, la mayor movilización actual de grupos

de población, originada principalmente por el aumento de vías de comunicación, lo que propicia la exposición al contagio venéreo. Quinto, el hacinamiento en las zonas marginales de las ciudades, lo cual favorece la propagación de los padecimientos venéreos, por la conjugación de múltiples problemas, entre los que destacan la insuficiencia de recreaciones sanas y la promiscuidad. Sexto, las mayores posibilidades que tienen actualmente los adolescentes de sexos opuestos para relacionarse entre sí y el relajamiento de las costumbres que acontece en ciertos grupos sociales de todos los países. Y por último, pero no menos importante, el debilitamiento en la búsqueda, y tratamiento de casos infectantes de parte del cuerpo médico en general, acontecido durante varios años como consecuencia de la disminución de pacientes venéreos en las consultas, del optimismo excesivo en la penicilina que fue utilizada ampliamente en forma indiscriminada y de la mengua progresiva de instrucción en enfermedades venéreas a las nuevas generaciones de profesionistas en algunas Escuelas de Medicina.

Ante el evidente recrudecimiento de las enfermedades venéreas en México nuestro programa de control está encaminado a dos objetivos fundamentales: evitar la propagación de estos padecimientos y descubrir y tratar los casos. Al efecto se procura lograr un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles en los centros de salud que integran la creciente

red de oficinas aplicativas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con dos propósitos inmediatos: el de ofrecer a la población las mayores facilidades posibles para diagnóstico y tratamiento inmediato y adecuado, en forma gratuita y reservada; y el de hacer que los centros de salud irradian permanentemente, en su área, conocimientos antivenéreos a la población e información técnica a los administradores sanitarios de las instituciones médicas gubernamentales, descentralizadas y privadas, al cuerpo médico privado, y a las escuelas de medicina y ciencias afines con miras a incrementar en la población, en las instituciones sanitario asistenciales y en el cuerpo médico, el interés en la prevención de infecciones y en el descubrimiento y tratamiento oportuno de casos.

Consideramos de fundamental importancia -prosigue- obtener y coordinar esa colaboración no sólo a nivel local, regional y nacional, sino también en el internacional. En el nivel nacional, dos grupos no gubernamentales, la Asociación Nacional de Venerología y la Rama Mexicana de la Unión Internacional contra las Enfermedades Venéreas y Treponematosis, han brindado, en determinadas ocasiones, apoyo y ayuda al programa nacional de control. En el plano internacional, la colaboración mutua establecida con las oficinas responsables del control de las enfermedades venéreas en nuestros dos países vecinos, los Estados Unidos de Norteamérica y Guatemala, han resultado de

gran utilidad en el desarrollo de alguno de los aspectos de nuestros programas. Asimismo, a través de la Asociación Fronteriza Mexicano-estadounidense de Salubridad, en 21 reuniones anuales consecutivas, hemos podido intercambiar información técnica antivenérea en un ambiente de comprensión amistosa y de compañerismo profesional, que ha servido de base para proyectar y desarrollar programas cooperativos de control de enfermedades venéreas que han sido particularmente benéficos para las zonas fronterizas limítrofes. Los datos que acabamos de presentar en relación con México, coinciden en su mayor parte con los presentados para el total de los pueblos americanos en el valioso documento del señor Director de la Oficina Sanitaria Panamericana. Ante el incremento de las enfermedades venéreas en los países de América y ante el interés de la Oficina de facilitar a los Gobiernos toda la colaboración técnica que le sea posible en relación con el problema de las enfermedades venéreas, la Delegación de México propone que la Oficina Sanitaria Panamericana haga un estudio más detallado de la situación actual del problema de las enfermedades venéreas en los países americanos con objeto de formular un proyecto de programa continental para el control de estas dolencias, informando sobre ello al Consejo Directivo en su próxima reunión.

Dr. LAYTON (Canada) congratulated Dr. Bica on his concise and illuminating summary of the current world-wide venereal disease situation, as presented in Document CD15/30,

as well as Dr. William J. Brown and his co-authors on their valuable study of syphilis and gonorrhoea in the Americas.

He noted the references to the availability of adequate tools for the control of syphilis through case-finding and treatment, which with recent advances in diagnostic procedures for gonorrhoea applied also to that disease. It was somewhat of a paradox, however, that with those effective measures available there was nevertheless the evident recrudescence of those diseases on a world-wide basis. In his own country the increase had been observed in both syphilis and gonorrhoea, the latter, in 1963, ranking first among the 10 leading notifiable diseases, with some 19,400 cases reported. On the basis of a recently conducted survey in the United States of America, among other considerations, it was suspected that the total incidence would greatly exceed that figure.

Referring to the working document, Dr. Layton fully supported the indicated value of recognized control procedures, such as case-finding through epidemiological methods, early diagnosis, and prompt and effective treatment, provided, however that they were applied properly. He considered that in the document reference should also be made to the importance of legislation on venereal disease control, at the national or the state level.

Dr. Layton emphasized the value of contact investigation, as had been recommended, among other proposals, by the special task force appointed in 1961 by the Surgeon General of the United States Public Health Service. He supported, in principle, the place of health education in venereal diseases control, especially in encouraging the participation of the health professions, but expressed some reservations as to its ultimate effectiveness in competition with the single or combined factors of alcohol, juvenile emotion, and the mass or "gang" influence. He also felt that, within the limitations of inadequate reporting and other uncertain factors, portrayal of local and national venereal disease problems would favorably influence those responsible for giving financial support and encouragement to the program.

Referring to Resolution EB34.R25 of the WHO Executive Board, Dr. Layton expressed the hope that it would further the efforts of national venereal disease control officers and that reports on individual programs might be forthcoming as a result. He noted the positive indications of progress in that field, but with regard to the specific diseases, syphilis and gonorrhoea, and their alarming increase in recent years, it was to be hoped that the effort would not be too little and too late.

El Dr. HYRONIMUS (Francia) expresa que ha escuchado con vivo interés la exposición del Dr. Bica. Es un hecho que,

cuando podríamos esperar la erradicación de las enfermedades venéreas, de hecho estamos lejos de ese objetivo, pues tales enfermedades no son suficientemente controladas. Hay, dice, más bien un retroceso que un progreso. Tenemos una nueva terapéutica, pero de todos modos los objetivos buscados no son de fácil alcance.

También es cierto -prosigue el Dr. Hyronimus- que la investigación es bastante fácil de realizar. Los informes que se reciben, no obstante, están lejos de declarar todos los casos; debido a que los médicos aducen el secreto profesional y a otros factores, sólo conocemos una pequeña parte de los casos, y no llegamos a conocer los agentes de contaminación. Esto pasa en todos los países del mundo; y hasta en los países más avanzados se registra una extensión de la sífilis y la gonorrea. En los territorios franceses del Caribe hay tantos casos de sífilis y de gonorrea como en cualquier otro país del mundo. Los agentes de contaminación son, sobre todo, los marineros, aunque procedan de países cuyo estado sanitario es avanzado. El control sanitario de estos navegantes es un problema muy difícil; generalmente, se descubre su condición mucho tiempo después.

Dice también el Dr. Hyronimus que está de acuerdo con lo expresado por los Representantes del Canadá y de México, en el sentido de que hay que reforzar al máximo las medidas de

control. Una de esas medidas consiste en la investigación sistemática y obligatoria de toda la población. Eso lo hacemos nosotros, de modo que pocas mujeres escapan ahora al control en materia de enfermedades venéreas. Es verdad que da trabajo obtener sistemáticamente declaraciones de los médicos; pero hay que hacer un esfuerzo en ese sentido, tal como se recomienda en el caso de la tuberculosis. En la actualidad, la medicina preventiva tiene un papel que es cada vez más importante.

En los casos descubiertos y tratados, el tratamiento no es siempre bien llevado. A veces los enfermos mismos lo abandonan, apenas advierten un alivio. Es necesario que en las escuelas de medicina se haga un esfuerzo para reforzar el conocimiento de esta terapéutica por parte de los médicos.

Los jóvenes constituyen un gran problema, por la falta de control sobre ellos. Es evidente que debe llevarse a cabo una educación sanitaria y social de los jóvenes. La educación sanitaria no debe orientarse hacia los grupos de población de cierta edad; por otra parte, el joven es generalmente más receptivo que el adulto, y la escuela brinda una oportunidad para educarlo sobre este problema. Esta acción puede comenzar con la escuela secundaria.

Concluye el Dr. Hyronimus manifestando que la sífilis debe seguir siendo una de nuestras más grandes preocupaciones; y si bien no podemos pensar en su erradicación próxima, en cambio debemos esforzarnos por controlarla lo más pronto posible.

El Dr. GONZALEZ TORRES (Paraguay) manifiesta que, así como las estadísticas mundiales revelan el hecho del recrudescimiento de las enfermedades venéreas en los últimos años, después de una gran declinación debida al uso de antibióticos, así también en el Paraguay, a pesar de que la mortalidad por sífilis y sus secuelas han disminuído, comenzó a notarse a partir de 1961 un apreciable número de casos de formas sintomáticas recientes y latentes tempranas.

En términos generales, la notificación no es completa, porque no todos los pacientes concurren a los servicios asistenciales o al médico, y prefieren la automedicación. Todavía se encuentra una tasa de 7,5% de reacciones serológicas positivas para sífilis y de 7,7% en embarazadas; además, según datos del primer semestre de 1962, se observaron formas congénitas en un 15% de los casos presentados.

El plan de control de las enfermedades venéreas que se está llevando a cabo en el Paraguay -prosigue el Dr. González Torres- está incluído en el nuevo plan de control de enfermedades transmisibles integrado en los centros de salud, que ha comenzado con el asesoramiento y la cooperación material de la OSP y del UNICEF.

Entre los objetivos de este programa -continúa- se cuentan: la habilitación o reorganización de los servicios asistenciales antivenéreos en los centros de salud; la

actualización de normas sobre diagnóstico, tratamiento y manejo del enfermo venéreo; la investigación de la fuente de infección y de los contactos, así como el control de por lo menos el 80% de estos últimos; el descubrimiento de enfermos venéreos sin control en población presuntamente sana; y la educación sanitaria de la comunidad respecto de las enfermedades venéreas, con el fin de obtener su cooperación consciente y motivada en la prevención y control de las mismas.

Termina expresando que se tratará de que los centros de salud lleguen a encontrar y tratar adecuadamente por lo menos el 80% de los casos contagiosos de enfermedades venéreas en los próximos cuatro años.

El Sr. FERNANDEZ (Chile) manifiesta que, como en otros países, también en el suyo la morbilidad por enfermedades venéreas ha experimentado variaciones de importancia en los últimos 10 años. Así puede observarse si se estudian las cifras estadísticas de la provincia de Santiago, las que muestran el aumento de la incidencia de sífilis contagiosa a partir de 1955, el que llega a su punto máximo en 1960, para seguir luego una marcada declinación. No obstante, agrega, debe tenerse en cuenta que hay un gran número de casos que seguramente permanecen ignorados para la estadística de los servicios asistenciales.

En cuanto a la sífilis congénita -prosigue el Sr. Fernández- la misma ha descendido sin interrupción a lo largo de los años, en estrecho paralelismo con la intensificación y generalización en el país del control maternoinfantil.

Durante el mismo lapso (1955-1963) las cifras de blenorragia para la provincia de Santiago oscilaban entre tasas de 393 a 112 por 100.000 habitantes, apreciándose también un franco descenso.

En Valparaíso, así como en la mayoría de las demás ciudades con población superior a 50.000 habitantes, la morbilidad por enfermedades venéreas ha tenido oscilaciones semejantes.

Según la información estadística del Servicio Nacional de Salud, se diagnosticaron en los últimos años los siguientes totales de casos de sífilis: 3.705 casos en 1961; 3.106 casos en 1962, y 3.046 casos en 1963. Estos datos no especifican si se trata de sífilis reciente, tardía o congénita; por otra parte, reflejan sólo una parte de la realidad debido al hecho de la deficiencia y aun falta de notificación de enfermedades venéreas en varias zonas del país.

Prosigue el Sr. Fernández informando que la atención del enfermo venéreo en Chile está a cargo de servicios especializados solamente en las ciudades de Santiago y Valparaíso.

En el resto del país se efectúa en conjunto con los enfermos de urología y dermatología, especialidades que desde hace años se han considerado afines con la venereología. El Servicio Nacional de Salud ha establecido centros de tratamiento para estos enfermos en cada área de salud del país, atendidos en lo posible por médicos con experiencia en la especialidad.

Los procedimientos de diagnóstico basados en investigaciones de laboratorio -continúa el orador- han progresado poco en Chile. En efecto, las facilidades que el médico tiene para recurrir a estos servicios son escasas fuera de Santiago, Valparaíso o Concepción. Se observa que actualmente se hace sentir la necesidad de incorporar al uso del médico práctico las nuevas técnicas serológicas y de otro tipo que son de aplicación corriente en los Estados Unidos de América y en Europa.

La encuesta epidemiológica en enfermedades venéreas es practicada con personal especialmente preparado para el objeto, utilizando una técnica que se usó anteriormente en Chile y que luego fue suspendida a raíz de la aparición de la penicilina. En 1961, después de conocerse el aumento de la morbilidad por estas enfermedades, se comenzó a impulsar en Santiago un programa de este tipo, el que incluye la preparación de más personal especializado.

El Sr. Fernández termina informando que se han realizado también actividades de educación sanitaria y, además las

autoridades del país procuran mantener el control de las fuentes de infección, para lo cual en casi todas las áreas de salud se verifica el control periódico de las personas dedicadas al comercio sexual, por medio de médicos o de otro personal debidamente adiestrado,

El Dr. ORTEGA (República Dominicana) felicita al Dr. Bica por el magnífico informe y al Dr. Campos Salas por su interesante trabajo sobre la situación en México con respecto a las enfermedades venéreas. Comparte la opinión de que este problema puede ser muy similar al que existe en otros países.

En lo referente a la República Dominicana, señala que en 1957 cuando el tratamiento con penicilina produjo resultados espectaculares, se afirmaba que la sífilis ya no era una enfermedad peligrosa y su importancia pasó a ocupar un plano secundario. Cita a este particular un artículo que en ese entonces apareció en el Readers' Digest en el que se utilizaba la expresión "maté al dragón con una aguja." Todo ello causó cierta despreocupación en los diversos sectores de la salud pública.

Se comenzó luego la operación de los centros especializados de maternidad, dispersos en distintas partes del país y, al pasar los hospitales a formar parte del servicio

integrado general, el médico encargado se preocupaba más bien por administrar el tratamiento a los casos en sí que a las fuentes de donde el contagio procedía.

Sin embargo -manifiesta el Dr. Ortega- se dio un paso importante en cuanto al control de madres embarazadas. Se impartieron varios cursos con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud y del UNICEF, mediante los cuales se adiestró a laboratoristas en el uso de nuevas técnicas y se impuso el examen periódico de la embarazada, así como el tratamiento inmediato a las pacientes.

Dichos centros especializados -señala el orador- cubren un 40% de los partos que se registran en el país, es decir, sólo un 40% de embarazadas. Sin embargo, últimamente ha suscitado honda preocupación el alto incremento de blenorragia y sífilis.

El problema de las enfermedades venéreas debe verse desde varios ángulos, considerándosele como problema médico, social y económico. Consciente de ello en la Secretaría de Estado en Salud Pública, se reunieron diversos organismos para coordinar acciones contra los prostíbulos, y contra la prostitución.

En el código sanitario las enfermedades venéreas se consideran como cualquier otra enfermedad transmisible, y

un problema íntimamente ligado a éste es el de la prostitución. Se espera que esta acción combinada dé buenos resultados ya que el problema es polifacético.

Continúa informando el Dr. Ortega que otra treponematosis que fue motivo de seria preocupación en el país fue el pian o frambesia. Sin embargo, las encuestas realizadas revelaron únicamente casos dispersos en el área rural y no así en la urbana. La realización de una campaña vertical mostró que ha sido ya erradicada y la vigilancia de casos residuales de esta enfermedad endémica ha quedado a cargo de las diferentes autoridades sanitarias.

Se refiere seguidamente a las ocho conclusiones formuladas por el Dr. Campos Salas en su trabajo, las cuales considera muy objetivas y atinadas. Estima que encierra un verdadero estudio del problema existente y que son muy aplicables a país.

La notificación de casos, por lo mismo que se carece de personal especializado, presenta ciertas deficiencias. Por este motivo la Secretaría de Estado en Salud Pública está tomando serias medidas y recomendando el desarrollo de programas de control para combatir las enfermedades venéreas.

Le preocupa también la incidencia de casos notificados en diversas oportunidades, así como las quejas públicas al

respecto. Cree, no obstante, que dentro de poco podrá resolverse ese problema, ya que se le está dando bastante énfasis en la actualidad. También espera con entusiasmo, la realización, en 1965, del Seminario Panamericano sobre el Control de las Enfermedades Venéreas a que el Dr. Bica se refirió en la presentación de este tema, ya que como lo señalara el Representante del Canadá, el problema ha cobrado mucho cuerpo.

El PRESIDENTE indica que antes de clausurar la sesión desea informar que se constituirá una Comisión de Trabajo, compuesta por los Representantes del Canadá, de México de Francia y de la República Dominicana, para estudiar el proyecto de resolución que presentó el Representante de México, a fin de someterlo a consideración general en la próxima sesión.

Se levanta la sesión a las 12:05 p.m.
The session rose at 12:05 p.m.



consejo directivo

ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XV Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XVI Reunión



México, D. F.

Miércoles, 9 de septiembre de 1964, a las 2:30 p.m.

Wednesday, 9 September 1964, at 2:30 p.m.

CD15/52

16 septiembre 1964

ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA DECIMOQUINTA SESION PLENARIA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE FIFTEENTH PLENARY SESSION

Presidente: Dr. José Alvarez Amézquita México

President:

Indice
Contents

Tema 33: Estudio sobre el estado del problema de las enfermedades venéreas y de los programas de control en las Américas (continuación)

Item 33: Review of Status of Venereal Disease Problem and Control Programs in the Americas (continuation)

Tema 14: Segundas Reuniones Anuales del Consejo Interamericano Económico y Social y asuntos afines

Item 14: Second Annual Meetings of the Inter-American Economic and Social Council and Related Matters

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar a la Oficina Sanitaria Panamericana (Atención: Jefe de la Sección de Conferencias y Traducciones) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto, antes del 10. de noviembre de 1964. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify to the Pan American Sanitary Bureau (Attention: Chief of Conference and Translations Section) before November 1st 1964, of any changes they wish to have made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the Meeting.

Tema 22: Selección de temas para las Discusiones Técnicas que tendrán lugar durante la XVI Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XVII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas

Item 22: Selection of Topics for the Technical Discussions during the XVI Meeting of the Directing Council of PAHO, XVII Meeting of the Regional Committee of WHO for the Americas

La enseñanza de los aspectos preventivos en patología
Training in Preventive Aspects of Pathology

Tema 24: La política y el programa de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud (conclusión)

Item 24: Research Policy and Program of the Pan American Health Organization (conclusión)

Tema 32: Intercambio de personal docente y de salud entre países (conclusión)

Item 32: Inter-Country Exchange of Teaching and other Health Personnel (conclusion)

Tema 26: Investigación interamericana sobre mortalidad (conclusión)

Item 26: Inter-American Investigation of Mortality (conclusion)

Programas de erradicación de las enfermedades transmisibles

Programs for the eradication of communicable diseases

Tema 38: Puntos de importancia a considerar sobre el otorgamiento de becas por la Oficina Sanitaria Panamericana

Item 38: Important aspects of the awards of fellowships by the Pan American Sanitary Bureau

Tema 25: Lugar de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana

Item 25: Place of the XVII Pan American Sanitary Conference

Tema 36: Estudio de la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana

Item 36: Study of the Organization of the Pan American Sanitary Conference

Tema 11: Informe sobre la recaudación de las cuotas (conclusión)

Item 11: Report on the Collection of Quota Contributions (conclusion)

- Tema 33: Estudio sobre el estado del problema de las enfermedades venéreas y de los programas de control en las Américas (conclusión)
- Item 33: Review of Status of Venereal Disease Problem and Control Program in the Americas (conclusion)
- Tema 19: Discusiones Técnicas sobre el tema: "La erradicación de la tuberculosis: una tarea de planificación inmediata y acción futura"
Informe del Relator (conclusión)
- Item 19: Technical Discussions: "Tuberculosis eradication: A Task for Present Planning and Future Action"
Report of the Rapporteur (conclusion)
- Tema 30: Colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana con los servicios nacionales de salud en materia de prácticas administrativas (conclusión)
- Item 30: Collaboration of the Pan American Sanitary Bureau in Administrative Practices of National Health Services (conclusion)
- Tema 14: Segundas Reuniones Anuales del Consejo Interamericano Económico y Social y asuntos afines (conclusión)
- Item 14: Second Annual Meetings of the Inter-American Economic and Social Council and Related Matters (conclusion)
- Tema 27: Estado de la erradicación de la viruela en las Américas (conclusión)
- Item 27: Status of Smallpox Eradication in the Americas (conclusion)
- Tema 35: Estudio de las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como otros organismos gubernamentales de salud (conclusión)
- Item 35: Study of the Relationships between Social Security Medical Programs and those of Ministries of Health or other Official Health Agencies (conclusion)
- Tema 25: Lugar de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana (conclusión)
- Item 25: Place of the XVII Pan American Sanitary Conference (conclusion)
- Tema 36: Estudio de la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana (conclusión)
- Item 36: Study of the organization of the Pan American Sanitary Conference (conclusion)

Homenajes
Tributes

Voto de gracias
Vote of thanks

- TEMA 33: ESTUDIO SOBRE EL ESTADO DEL PROBLEMA DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS Y DE LOS PROGRAMAS DE CONTROL EN LAS AMERICAS (continuación)
- ITEM 33: REVIEW OF STATUS OF VENEREAL DISEASE PROBLEM AND CONTROL PROGRAMS IN THE AMERICAS (continuation)

El PRESIDENTE declara abierta la sesión y anuncia que va a proseguir el debate sobre el problema de las enfermedades venéreas.

Dr. WATT (United States of America) stated that a good lesson had been learned from the report on the venereal disease situation and that was an indication of what happened to well-planned, well-conceived, and well-developed health programs when they failed to set a clear, unequivocal end point which could be understood by health officer and private citizen alike. The use of the word "control" did not achieve that. What constituted control and when a disease was considered to be under control varied with the interest and the degree of sophistication of the individual making the statement. However, if it were stated that the objective of control was the absence of a case of syphilis or of gonorrhoea, it was something that everyone could understand. Then a citizen could ask the health officer why a case of syphilis had occurred in his community. Also, if it were stated that zero could not be achieved but that the rate would be reduced by a specific amount in a given year, the citizen could then know whether the job was being carried out effectively. The history of venereal

diseases in his lifetime was a clear example of what happened when the citizens and the health officers did not agree on the end point for the program. He therefore felt that it would be necessary to go one step beyond what was contained in the report and collectively agree on reasonable and proper goals for the campaign.

Dr. COMISSIONG (Trinidad and Tobago) reported that the pattern of venereal diseases in a small country such as his was exactly the same as in the larger countries, including the United States of America. In the case of syphilis, there had been a significant increase in 1963 over 1962 and the same had been true of gonorrhoea over the past four years. Another significant increase had been found in the number of cases of non-specific urethritis. A total of 278 cases had been registered in 1962, as compared with 678 in 1963. However, on the other side of the balance sheet, yaws had been eradicated to all intents and purposes, and there had been no autochthonous cases of yaws for a number of years although odd cases did come in from infected territories near Trinidad. In 1964 there had been one case of primary yaws from St. Vincent, clearly an imported case.

In Trinidad and Tobago the Venereal Disease Division was at a disadvantage in two respects: they lacked an adequate staff of trained investigators and the venereal

diseases were not notifiable there. It was estimated that about 50 per cent of VD cases were treated by private practitioners and others and no investigation of contacts was undertaken on those cases. Even in the Government clinics it was impossible to trace all contacts with only two male follow-up workers. Some men had as many as six contacts but they seldom mentioned more than one. Many patients with acquired syphilis did not receive treatment, especially if the lesions appeared to be insignificant. The number of deaths from those diseases could not be determined with accuracy because the primary cause of death by syphilis was often omitted from the death certificates. Gonorrhoea continued to increase. The figures given referred to those treated in clinics only and included reinfections. The number treated by private practitioners was unknown but probably amounted to 3,000 or 4,000.

The story was therefore the same in Trinidad and Tobago as it was in the larger countries: lack of legislation and lack of adequate funds for the control of those diseases.

El Dr. BICA (Jefe, Departamento de Enfermedades Transmisibles, OSP) agradece a los Representantes las interesantes informaciones que han aportado y que indudablemente

permitirán que la Oficina coopere de manera más eficaz con los Gobiernos Miembros en la solución de tan importante problema. Agrega que los preparativos para el seminario están bastante avanzados, y se espera que ofrezca una oportunidad para examinar, a un elevado nivel técnico, los aspectos más importantes de la lucha contra las enfermedades venéreas.

El PRESIDENTE informa que en el curso de la sesión se someterá a la consideración del Consejo el proyecto de resolución sobre el tema, preparado por el grupo de trabajo constituido con dicha finalidad.

TEMA 14: SEGUNDAS REUNIONES ANUALES DEL CONSEJO INTERAMERICANO
ECONOMICO Y SOCIAL Y ASUNTOS AFINES

ITEM 14: SECOND ANNUAL MEETINGS OF THE INTER-AMERICAN ECONOMIC
AND SOCIAL COUNCIL AND RELATED MATTERS

El PRESIDENTE anuncia que el Dr. Drobny va a presentar el informe sobre este tema.

El Dr. DROBNY (Jefe de la Oficina de Evaluación Informes, OSP) señala que el Documento CD15/7, que ha sido distribuido a los Representantes, contiene el informe que el Director tiene el honor de presentar acerca de la Segunda Reunión Anual del CIES, celebrada en Sao Paulo, Brasil, en octubre y noviembre de 1963.

A continuación menciona algunos aspectos de dichas reuniones que la Oficina considera de especial importancia, por ejemplo: el sector salud tuvo una destacada participación, ya que de las diecinueve Delegaciones, trece incluyeron representantes de los Ministerios de Salud; y la Oficina estuvo representada por el Director y tres funcionarios técnicos.

Además, en la Reunión mencionada se creó el Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso (CIAP), con el objeto de dar mayor eficacia a las actividades de dicha Alianza para el Progreso, de acentuar su carácter multilateral y de dar forma visible al esfuerzo común que realizan las Américas para alcanzar las metas establecidas en la Carta de Punta del Este.

El CIAP, constituido por un Presidente y siete miembros, está ya funcionando activamente. Ha celebrado varias reuniones en las cuales se han estudiado las prioridades que deben establecerse en los planes de desarrollo de los diversos países, a fin de formular las recomendaciones necesarias para obtener el financiamiento correspondiente.

Entre las 34 resoluciones aprobadas al nivel de expertos y las 30 al nivel ministerial, el Dr. Drobny destaca algunas que interesan especialmente al sector salud.

La Reunión al nivel ministerial reconoció la necesidad de desarrollar el Programa Continental de Saneamiento y Bienestar Rural, y encomendó a la Organización, al BID y a otros organismos interesados, que coordinaran sus esfuerzos a fin de llevarlo a la práctica. Dicho programa prevé el de abastecimiento de agua a las poblaciones rurales que el Director ha presentado en la actual reunión del Consejo y que ha sido ampliamente discutido.

La Reunión examinó la importancia y consecuencias económicas de la fiebre aftosa en las Américas y recomendó la organización de una reunión de expertos que representaran a los países interesados, a fin de estudiar la organización de una campaña contra esa enfermedad. Como ya ha informado el Director, dicha reunión, a la que asistieron los Ministros de Agricultura de los países de la América del Sur, tuvo lugar en Río de Janeiro, del 22 al 27 de junio pasado. En

esa reunión se analizó el problema y se preparó un estudio de los costos de campañas nacionales de cinco años, indicándose las necesidades de financiación externa. Se tomaron otros acuerdos a fin de ser presentados a las terceras reuniones del CIES.

La reunión de Sao Paulo recomendó también a los Gobiernos que tomaran las medidas necesarias, a fin de llevar a la práctica las recomendaciones de la Reunión de Ministros de Salud, Grupo de Estudio, celebrada en Washington en abril de 1963.

También se aprobó el informe con las recomendaciones de la Comisión Especial (VI), de Salud, reunida poco antes en San José, Costa Rica. Entre estas recomendaciones que figuran en el Anexo del Documento CD15/7 se incluyen, entre otras, la de que "en el nivel internacional se establezca una mejor coordinación en la formulación de programas de desarrollo, dándole a la OPS la responsabilidad debida, a fin de asegurar la intervención armónica de todas las organizaciones internacionales en el campo de la salud".

Se recomendó también a la OPS "que designara un Comité Técnico Asesor para elaborar un sistema de unidades de medidas o índice de evaluación que permita determinar el progreso alcanzado en las actividades de salud, tanto a nivel continental como nacional, dentro de y en relación con las metas generales establecidas en la Carta de Punta del Este".

Señala el Dr. Drobny que la Oficina Sanitaria Panamericana ha tomado varias medidas en relación con estas recomendaciones, entre las que figuran la organización del Comité Técnico Asesor relacionado con el índice de evaluación, que se reunió en junio en Washington y cuyo informe final está en preparación. También se ha establecido una Oficina de Enlace Internacional para fortalecer y mejorar las relaciones de trabajo con los grupos de planificación tripartitos de la OEA, el BID y la CEPAL, con la Secretaría Ejecutiva del CIES y con el CIAP, entre muchas otras.

Este tema --agrega-- fue examinado en la 50a Reunión del Comité Ejecutivo, en la que se aprobó una resolución que ha sido distribuida a las Delegaciones. En el párrafo quinto de la parte dispositiva de esta resolución se encomienda al Director que informe a esta reunión del Consejo acerca de la posibilidad de conseguir que las organizaciones internacionales de crédito, al aprobar préstamos para la construcción de obras de gran alcance, consideren la asignación de los fondos necesarios para atender los problemas de salud que tales obras plantean. A este respecto, la Oficina ha realizado varias gestiones con el BID y otros organismos de crédito, así como con varios Gobiernos, a fin de determinar los factores de salud que intervienen en determinados proyectos de desarrollo. Se espera lograr que los aspectos de salud sean debidamente considerados en el financiamiento de estas obras.

Como un ejemplo, menciona las posibilidades de obtener recursos adicionales para los programas de erradicación de la malaria, como en el caso del Gobierno del Brasil, que consiguió de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) del Gobierno de los Estados Unidos de América un préstamo a largo plazo y a bajo interés.

La Oficina espera que, a través de los mecanismos de la Alianza para el Progreso, el sector salud podrá participar en forma más efectiva en la planificación y ejecución del proceso de desarrollo en cada uno de los países.

Para terminar, el Dr. Drobny insiste en la importancia que tiene la representación del sector salud en este tipo de reuniones, a fin de que sea tomada en cuenta adecuadamente en las actividades de planificación y evaluación de programas nacionales de desarrollo. Los Ministerios de Salud deberían estar representados en las Delegaciones que asisten a este tipo de reuniones, así como también en los grupos nacionales que colaboran con el CIAP, en la determinación de las prioridades de los diversos componentes de los programas de desarrollo, como ya lo están haciendo varios países.

El Dr. CANALES (Nicaragua) manifiesta que ha escuchado con gran interés el informe sobre las Segundas Reuniones Anuales del Consejo Interamericano Económico y Social, y felicita a la Oficina Sanitaria Panamericana por la forma

en que ha actuado en esta materia. Por otra parte considera que se debe encarecer a los Gobiernos que, a estas reuniones asistan representantes de los Ministerios de Salud junto con los economistas y Ministros de Hacienda, que son precisamente a los que hay que estimular para que apoyen las actividades de salud y les recuerden que la mejor inversión que se puede hacer, es precisamente en este campo.

El Dr. VIDOVICH (Uruguay) manifiesta que en la reunión del CIES, celebrada en San José, Costa Rica, el año pasado, a la que asistió como Delegado de su país, en la sección salud, pudo apreciar la importancia que suponía, tanto para los delegados de los países como para los funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud, la participación en la Reunión. El trabajo mancomunado de estos Técnicos permite al sector salud participar con mayor intensidad en las actividades encaminadas al desarrollo económico y social de las Américas. Añade que, como asistente a aquellas reuniones, se complace en presentar a la consideración del Consejo, un proyecto de resolución que ya ha entregado a la Secretaría.

Mrs. ELDRIDGE (Observer, Organization of American States) expressed thanks on behalf of the OAS and the Economic and Social Council to the Governments for having included high officials from the health ministries in the delegations to the Second Annual Meetings of the IA-ECOSOC. She also thanked the

Pan American Sanitary Bureau officers for their attendance at the same Meetings, recognizing that that represented a good beginning of increased collaboration in a reciprocal endeavor in the health-related aspects of economic development in the Americas.

El PRESIDENTE anuncia que en el curso de la sesión se someterá a la consideración del Consejo el proyecto de resolución presentado por el Representante del Uruguay.

- TEMA 22: SELECCION DE TEMAS PARA LAS DISCUSIONES TECNICAS QUE TENDRAN LUGAR DURANTE LA XVI REUNION DEL CONSEJO DIRECTIVO, XVII REUNION DEL COMITE REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMERICAS
- ITEM 22: SELECTION OF TOPICS FOR THE TECHNICAL DISCUSSIONS DURING THE XVI MEETING OF THE DIRECTING COUNCIL, XVII MEETING OF THE REGIONAL COMMITTEE OF THE WHO FOR THE AMERICAS

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) explica que el Documento referente al tema es el CD15/31 con dos Addendums. En él se señala que la selección de los temas de las Discusiones Técnicas corresponde al Consejo, y se debe efectuar en la reunión que precede a aquélla en que se habrá de examinar el tema seleccionado, y que los Gobiernos y el Director de la Oficina tienen facultad para proponer temas. Con el fin de evitar duplicaciones se ha venido incluyendo en el documento correspondiente los temas de las Discusiones Técnicas de la Organización Panamericana de la Salud que han sido objeto de análisis desde el año 1953 hasta la actual reunión del Consejo Directivo. Figuran también en el documento los temas de las Discusiones Técnicas de la Organización Mundial de la Salud desde 1951 hasta el año próximo.

Sigue diciendo el Director que el Addendum I contiene dos temas propuestos por el Gobierno de México: el primero se refiere a la investigación científica en los programas nacionales de salud pública, y el segundo a la organización de las comunidades rurales en los programas de nutrición y abastecimiento de agua potable. Añade el Dr. Horwitz que,

de acuerdo con las normas que ha mencionado, la Oficina Sanitaria Panamericana propone tres temas, que figuran en el Addendum I: el primero es el de "Funciones y actividades de los Ministerios de Salud y de los Servicios de Seguridad Social en relación a las prestaciones de salud a la población", este asunto ha sido ampliamente debatido en esta reunión del Consejo, y ya se ha tomado una decisión respecto al mismo. En cuanto al segundo tema, que se refiere a Estadísticas vitales y de salud, el Dr. Horwitz solicita que se le permita cambiar el título por el siguiente, que figura en el Addendum II: "Métodos para mejorar las estadísticas vitales y de salud". Aclara que, a su juicio, con este título más amplio, el Consejo Directivo al seleccionar el tema podría abordar el problema en su totalidad, incluyendo la conveniencia de crear áreas experimentales donde puedan recopilarse adecuadamente toda clase de estadísticas de servicios y de prestaciones, a fin de programar y evaluar las actividades de salud. Estas áreas se podrían ir extendiendo a medida que avanzara el proceso de una buena recopilación y análisis de datos en cada país.

El tercer tema es el de "Salud mental: integración de sus técnicas en los programas generales de salud". El Director considera que se trata también de un asunto pertinente toda vez que el Consejo ha aprobado una resolución sobre la incidencia de la epilepsia y las medidas o disposiciones jurídicas que existen en los países en cuanto a

dichos enfermos. Termina diciendo que, a menos que se presenten otras propuestas corresponde al Consejo seleccionar, entre los temas propuestos por el Gobierno de México y los tres presentados por la Oficina Sanitaria Panamericana, el que habrá de ser examinado en las Discusiones Técnicas de la próxima reunión.

El Dr. QUIROS (Perú) apoya plenamente la selección del primer tema propuesto por la Oficina Sanitaria Panamericana, sobre los servicios de Seguridad Social que es un tema interesante y muy de actualidad, y al que debería darse toda la consideración que merece.

El Dr. ACOSTA (Colombia) se adhiere a las manifestaciones del Representante del Perú.

El Sr. FERNANDEZ (Chile) pide que, si es posible, se considere también un tema que podría titularse, "Medidas conducentes a dotar de personal médico y paramédico a los sectores rurales". La propuesta se basa en el hecho de que en un país en proceso de desarrollo, los problemas de salud merecen alta prioridad, y uno de los mayores escollos en la ejecución de las actividades asistenciales, es la cantidad y la calidad del personal disponible y su adecuada distribución. La formación de personal médico y paramédico, generalmente no coincide con las exigencias de los programas y es necesario establecer un contacto permanente entre las

instituciones docentes y las encargadas de llevar a cabo las actividades de salud. La formación de personal es un proceso lento, y en cambio, las necesidades de atención son perentorias y no admiten una larga espera. Por otra parte, en los países subdesarrollados, se suman varios factores que requieren un rápido aumento de personal.

Los progresos de la medicina -continúa diciendo el Sr. Fernández- exigen un número de técnicos cada vez mayor y por ello los hospitales de las grandes ciudades solicitan constantemente el aumento de sus instalaciones. El crecimiento de la población, y una mayor conciencia sanitaria de los habitantes de la ciudad y del campo, obligan a ampliar cada vez más los servicios. Ambas fuerzas de atracción, en países en que escasean los médicos y los técnicos, ocasionan una distribución desigual, con tendencia a agravarse, porque el atractivo de trabajar en la gran ciudad es muy difícil de contrarrestar. Se necesita, por lo tanto emplear algún sistema que regule la distribución de los profesionales y asegure las posibilidades de atención adecuada en las pequeñas ciudades y en los sectores rurales. Considera el orador que, para este fin, podría estudiarse la preparación de personal monovalente en las profesiones paramédicas, así como la conveniencia de que el médico joven comience ejerciendo la medicina en establecimientos de pequeñas localidades. Dada la importancia que se atribuye a esta materia, sugiere el Dr. Fernández que se incluya este tema.

Dr. WILLIAMS (United States of America) suggested that the subject of the Technical Discussions two years hence, might be the need for a hemisphere-wide epidemiologic intelligence service. This thought and title was put forth for inclusion in the themes which will be presented for consideration by the XVI Meeting of the Directing Council.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP), refiriéndose a la sugerencia del Representante de los Estados Unidos de América, en el sentido de que sería de interés analizar en las Discusiones Técnicas el asunto de la organización de un servicio de inteligencia epidemiológica para las Américas, manifiesta que como dicho Representante no lo ha propuesto como tema para la próxima reunión del Consejo Directivo, la Secretaría toma nota de esta sugerencia, que será estudiada en espera de que el Gobierno de dicho país formule la propuesta para la reunión subsiguiente de los Cuerpos Directivos.

Decisión: Por 11 votos a favor, ninguno en contra y cinco abstenciones, se selecciona el tema "Métodos para mejorar las estadísticas vitales y de salud".

Decision: By a vote of 11 in favor, none against, and five abstentions the topic selected was "Methods of Improving Vital and Health Statistics".

LA ENSEÑANZA DE LOS ASPECTOS PREVENTIVOS EN PATOLOGIA
TRAINING IN PREVENTIVE ASPECTS OF PATHOLOGY

El PRESIDENTE da lectura al proyecto de resolución sobre el tema presentado por el Representante de México, y concebido en los siguientes terminos:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando que la correcta preparación de las nuevas generaciones médicas exige la creación de una actitud favorable para el desarrollo de los programas de la medicina preventiva y de la salud pública; y

Considerando que es esencial que en la literatura de la patología humana se incluyan, con el énfasis adecuado, todos los aspectos de la medicina preventiva,

RESUELVE:

Encomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que gestione la preparación y edición de libros de patología en que los aspectos preventivos aparezcan con la importancia que requieren los problemas médicos sociales de la mayoría de los países americanos."

"THE DIRECTING COUNCIL:

Considering that a favorable attitude towards programs of preventive medicine and public health is necessary in order to ensure the proper training of new generations of physicians; and

Considering that the literature on human pathology should properly emphasize the preventive aspects of medicine,

RESOLVES:

To instruct the Director of the Pan American Sanitary Bureau to arrange for the preparation and publication of text books on pathology in which the

preventive aspects of the medical and social problems faced by most of the countries of the Americas are properly dealt with."

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución presentado.

Decision: The draft resolution was unanimously approved. /

- TEMA 24: LA POLITICA Y EL PROGRAMA DE INVESTIGACIONES DE
LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (conclusión)
ITEM 24: RESEARCH POLICY AND PROGRAM OF THE PAN AMERICAN
HEALTH ORGANIZATION (conclusion)

El PRESIDENTE da lectura al proyecto de Resolución sobre el tema, presentado por el Representante de la Argentina, que dice así:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre la política y el programa de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud. (Documento CD15/19), así como el informe adjunto de la Tercera Reunión del Comité Asesor sobre Investigaciones Médicas de la OPS (Documento RES3/8);

Teniendo en cuenta la Resolución XXVI aprobada por la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, en la que resolvió expresar su satisfacción por la política y el programa de investigaciones, tal como habían sido presentados, y encomendar al Director que sometiera al Consejo Directivo un informe anual, que ha sido examinado en la presente Reunión;

Teniendo en cuenta que la Reunión de Ministros de Salud-Grupo de Estudio puso de relieve el valor de las investigaciones y sugirió que los Gobiernos procedieran a una evaluación de las investigaciones que se llevan a cabo y de los recursos para el adiestramiento de investigadores, y acelerar las actividades en estos campos con miras a la solución de problemas con proyecciones sociales a los que se ha asignado prioridad en los planes nacionales y en la Carta de Punta del Este;

Considerando que el estudio de los múltiples y complejos factores que condicionan las campañas de controlar y erradicación de las enfermedades transmisibles, nutricionales, de las enfermedades crónicas y degenerativas, en saneamiento ambiental y desarrollo de la comunidad, y de los aspectos fundamentales de la administración para los fines de la planificación, entre otros, no han de tener

fundamento sólido sin que paralelamente se desarrollen programas de investigación que le den apoyo en sus realizaciones y evaluaciones periódicas;

Considerando que la formulación de planes nacionales en materia de salud es parte integrante del desarrollo nacional general, que la salud y el bienestar individual y colectivo son esenciales para el progreso en su conjunto, y que los estudios sobre dinámica de la población constituyen elementos necesarios en el proceso de planificación de programas de salud; y

Observando con satisfacción que el Comité Asesor de la OPS sobre Investigaciones Médicas ha concentrado su atención, desde el punto de vista científico, en los factores ambientales que determinan el bienestar de la comunidad en relación con el desarrollo urbano y rural,

RESUELVE:

1. Aprobar el programa de investigaciones que se está llevando a cabo en lo que respecta tanto al alcance y profundidad como al equilibrio de las actividades programadas.

2. Recomendar que la Organización realice estudios sobre dinámica y crecimiento de la población, con especial referencia a la demografía médica, epidemiología y reproducción del ser humano en relación con el desarrollo económico y social y con la participación, en caso necesario, de las escuelas de medicina, de salud pública y de otros centros de investigación, en los estudios que se relacionen directamente con el mejoramiento de salud en los diversos países.

3. Recomendar que la Organización preste el máximo de asesoramiento y colaboración para el desarrollo en los respectivos países de la investigación de salud pública, como apoyo imprescindible a las acciones sanitarias que desarrollan.

4. Recomendar a los Gobiernos que hagan todo lo posible por mejorar las instituciones de adiestramiento e investigación, a fin de desarrollar los recursos humanos de salud y actividades de investigación, y prestar el máximo apoyo para asegurar la necesaria cooperación y coordinación en las escalas nacional e internacional.

5. Encarecer a los Gobiernos que, dentro de sus recursos, contemplen la posibilidad de constituir un fondo permanente nacional destinado a la Investigación de los problemas de Salud Pública, con la consiguiente autonomía administrativa y técnica".

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having examined the report of the Director on the research policy and program of the Pan American Health Organization (Document CD15/19) and the appended report of the Third Meeting of the PAHO Advisory Committee on Medical Research (Document RES3/8);

Bearing in mind Resolution XXVI of the XVI Pan American Sanitary Conference, which expressed satisfaction with the research policy and program as presented and requested the Director to submit an annual report to the Directing Council, which has been examined at the present meeting;

Recalling that the Task Force on Health at the Ministerial Level took note of the importance of research and suggested that the Governments assess their research and research training resources and accelerate their activities in these fields with a view to the solution of social problems that have been given priority under national plans and in the Charter of Punta del Este;

Considering that the study of the multiple and complex factors affecting campaigns for the control and eradication of communicable diseases, improvement of nutrition, management of chronic and degenerative diseases, environmental sanitation and community development, as well as basic administrative aspects of planning, among others, cannot have a solid foundation unless programs of research are simultaneously developed in order to give the necessary support to those activities and permit periodic evaluations;

Believing that national development planning for health is an integral part of over-all national development, that the health and well-being of populations and of individuals are essential to progress generally, and that studies on population dynamics are necessary elements in the process of planning for health programs; and

Noting with satisfaction that the PAHO Advisory Committee on Medical Research has focused attention, from the scientific point of view, on the environmental determinants of community well-being in relation to urban and rural development,

RESOLVES:

1. To approve the program of research that is now under way, with respect to both the scope and depth and the balance of the programmed activities.

2. To recommend that studies be undertaken by the Organization on population dynamics and population growth, dealing with medical demography, epidemiology, and human reproduction as related to socioeconomic development, and with the participation, when necessary, of schools of medicine and public health and other research centers in such studies as may be immediately related to the improvement of health in the various countries.

3. To recommend that the Organization give all possible advisory services and collaboration for the development in the various countries of research in the field of public health, as a necessary support to the health activities that are being conducted by those countries.

4. To recommend to the Governments that they make every effort to improve the training and research institutions for the development of health manpower, giving maximum financial and other support to ensure the necessary cooperation and coordination on a national and international basis.

5. To urge that the individual Governments, insofar as their resources permit, consider the possibility of establishing a permanent national fund for research on public health problems, assigning it the technical and administrative autonomy necessary for accomplishing its purposes".

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución presentado.

Decision: The draft resolution was unanimously approved. /

TEMA 32 : INTERCAMBIO DE PERSONAL DOCENTE DE SALUD ENTRE
PAISES (conclusión)
ITEM 32 : INTER-COUNTRY EXCHANGE OF HEALTH PERSONNEL
(conclusion)

El PRESIDENTE da lectura al proyecto de resolución sobre el tema, presentado por el Representante de los Estados Unidos de América y que dice así

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado detenidamente el estudio presentado por el Director de la Oficina sobre el intercambio de personal docente y de salud entre los distintos países (Documento CD15/23), en cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución XXV adoptada por el Consejo Directivo en su XIV Reunión; y

Considerando que es conveniente coordinar la difusión de información relativa a las actividades docentes de los organismos públicos y privados en el campo de la salud, con el fin de facilitar, en la medida posible, el intercambio de dicho personal,

RESUELVE:

1. Expresar su agradecimiento al Director de la Oficina por la amplia información presentada en su estudio sobre el intercambio de personal docente y de salud entre los distintos países (Documento CD15/23).

2. Encomendar al Director que examine la conveniencia de establecer un centro coordinador de informaciones relativas a las necesidades y posibilidades de intercambio en los distintos campos mencionados en dicho estudio".

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having carefully examined the report on the intercountry exchange of teaching and other health personnel (Document CD15/23), submitted by the Director of the Bureau in conformity with Resolution XXV adopted by the Directing Council at its XIV Meeting; and

Considering that the dissemination of information concerning the teaching activities of public and private agencies in the health field should be coordinated so as to facilitate exchange of personnel to the greatest extent possible,

RESOLVES:

1. To thank the Director of the Bureau for the extensive information contained in his report on the intercountry exchange of teaching and other health personnel (Document CD15/23).

2. To request the Director to study the advisability of establishing a clearinghouse for information about the need for and possibility of intercountry exchanges in the various fields mentioned in the above-mentioned report."

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Decision: The draft resolution was unanimously approved./

TEMA 26: INVESTIGACION INTERAMERICANA SOBRE MORTALIDAD
(conclusión)
ITEM 26: INTER-AMERICAN INVESTIGATION OF MORTALITY
(conclusion)

El Dr. BRAVO (México) da lectura al proyecto de resolución sobre el Tema 26 con las modificaciones que había propuesto en el curso del debate sobre dicho asunto, y que está concebido en los siguientes términos:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana acerca de los progresos realizados en la Investigación Interamericana sobre Mortalidad (Documento CD15/28);

Teniendo en cuenta que dicha investigación ha revelado variaciones según la localización en las tasas de mortalidad debida a tumores malignos, en las correspondientes a enfermedades cardiovasculares, así como en otras causas, por lo que es necesario proseguir los estudios en esta materia; y

Considerando que se está obteniendo información adicional en entrevistas con médicos, y mediante hallazgos de laboratorio e informes de autopsias, a fin de lograr una asignación más precisa de la causa básica de defunción,

RESUELVE:

1. Recomendar a los Gobiernos y a la Oficina Sanitaria Panamericana que utilicen plenamente los resultados de la Investigación Interamericana sobre Mortalidad, a fin de llevar a cabo estudios para precisar los factores determinantes de las diferencias que revela dicha investigación.
2. Recomendar a los Gobiernos que adopten las medidas necesarias para mejorar las estadísticas de mortalidad y los certificados médicos de defunción, a fin de que dichos datos puedan aprovecharse mejor tanto en los programas de investigaciones como en los de salud.

3. Recomendar a los Gobiernos que aprovechen al máximo los resultados de la Investigación Inter-americana sobre Mortalidad en sus programas específicos de control."

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having examined the report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau on the progress of the Inter-American Investigation of Mortality (Document CD15/28);

Considering that this Investigation has revealed variations in death rates for malignant neoplasms according to site, in those for cardiovascular diseases, as well as in other causes, which warrant further investigation; and

Considering that additional information is being obtained through interviews with physicians and from laboratory and autopsy findings, in order to arrive at a more precise assignment of the underlying cause of death,

RESOLVES:

1. To recommend that the Governments and the Pan American Sanitary Bureau make full use of the results of the Inter-American Investigation of Mortality in order to develop studies to determine the factors responsible for the differences revealed by that Investigation.

2. To recommend that the Governments take the necessary steps to improve mortality statistics and medical certification, so that such data may be better utilized in both research and health programs.

3. To recommend that the Governments make full use of the results of the Inter-American Investigation of Mortality in their specific control programs."

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución presentado.

Decision: The draft resolution was unanimously approved/

PROGRAMAS DE ERRADICACION DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
PROGRAMS FOR THE ERADICATION OF COMMUNICABLE DISEASES

El PRESIDENTE da lectura al proyecto de resolución sobre los programas contra las enfermedades transmisibles presentado por el Representante del Perú y que dice así:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando que los programas de erradicación de las enfermedades transmisibles realizados mediante una acción vertical al llegar a sus fases avanzadas de consolidación y vigilancia corren serios peligros de fracasar por la falta de una infraestructura capaz de continuar las acciones teniendo en cuenta que las causas principales de mortalidad infantil en el medio rural, donde habita más del 50% de la población de la América Latina, son precisamente estas enfermedades transmisibles,

RESUELVE:

1. Pedir al Director que gestione ante el UNICEF la inclusión en sus programas de aquellos encaminados a establecer una infraestructura sanitaria en el medio rural.
2. Solicitar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que estimule y asesore a los Gobiernos en la organización de este tipo de servicios."

"THE DIRECTING COUNCIL,

Considering that programs for the eradication of communicable diseases which are implemented through special campaigns, are exposed to serious risks of failure as they enter in the phases of consolidation and vigilance, owing to the lack of an infrastructure capable of maintaining their activities; and

Bearing in mind that it is precisely these communicable diseases that are the main causes of infant mortality in rural areas, which contain over 50% of the population of Latin America,

RESOLVES:

1. To instruct the Director to request UNICEF to include programs designed to provide a health infrastructure in rural areas among its programs.

2. To request the Director of the Pan American Sanitary Bureau to encourage and advise the Governments to organize this type of service."

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución presentado.

Decision: The draft resolution was unanimously approved.

- TEMA 38: PUNTOS DE IMPORTANCIA A CONSIDERAR SOBRE EL OTORGAMIENTO DE BECAS POR LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (Tema propuesto por Cuba)
- ITEM 38: IMPORTANT ASPECTS OF THE AWARDS OF FELLOWSHIPS BY THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU (Item proposed by Cuba)

El Dr. ALONSO (Cuba) afirma que las autoridades de salud de su país observan con satisfacción los esfuerzos que realiza la Organización Panamericana de la Salud incrementando el número de becas para conseguir el más amplio adiestramiento y capacitación del personal. Subraya que en los dos últimos años los becarios cubanos han encontrado algunas dificultades para hacer uso de dichas becas. En otras ocasiones -agrega- los buenos oficios de la Oficina facilitaron el disfrute de aquéllas. Por último, hace constar que, con la mejor intención, y a fin de solucionar estas dificultades, la Delegación de Cuba somete a la consideración del Consejo Directivo el siguiente proyecto de resolución:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Dado que es propósito fundamental y básico de la Oficina Sanitaria Panamericana, la capacitación del personal profesional que labore en los programas de salud del Continente;

Teniendo en cuenta que en el presupuesto aprobado para el próximo año (Documento Oficial No. 52) se consigna en todos los países en los diferentes programas, un capítulo para becas; y

Teniendo en cuenta que durante los dos últimos años surgieron algunas dificultades que impidieron al Gobierno de Cuba utilizar las becas a él otorgadas,

RESUELVE:

Solicitar de los países miembros donde se dicten cursos, para los cuales se otorgan becas por esta Organización, se den todas las facilidades para que los becarios designados puedan disfrutar de los mismos."

"THE DIRECTING COUNCIL,

Considering that one of the fundamental and basic purposes of the Pan American Sanitary Bureau is the training of professional personnel who will work in the health programs of the Continent;

Bearing in mind that in the budget approved for the coming year (Official Document No. 52) each country is assigned an item for fellowships in the various programs; and

Taking into account that the past two years certain difficulties have arisen that have prevented the Government of Cuba from utilizing the fellowships awarded to it,

RESOLVES:

To request those member countries in which courses are held for which fellowships are awarded by the Organization to grant every facility to the designated fellows to enable them to attend the courses concerned."

Decisión: Por cinco votos a favor, ninguno en contra y 11 abstenciones, queda aprobado el proyecto de resolución presentado.

Decision: By 5 votes in favor, none against and 11 abstentions, the proposed resolution is approved.

El Dr. QUIROS (Perú) afirma que para su país, tratándose de cuestiones relacionadas con la salud, no cuentan las consideraciones de carácter político. Por consiguiente, se muestra de acuerdo con el proyecto de resolución presentado por el Representante de Cuba y que se refiere a una cuestión

que afecta a todos los países de América. Recuerda que en el Perú se llevó a cabo un curso sobre Pediatría Social, al que no pudo concurrir una delegación de Cuba, a pesar de que se hicieron las correspondientes gestiones a través de la Cancillería por intermedio de un país que mantiene relaciones con el actual Gobierno de la Isla. Cree que dificultades políticas no permitieron entonces la concurrencia de una delegación cubana e insiste en el punto de vista de su Gobierno, según el cual cuando se trata de cuestiones científicas, debe hacerse caso omiso de las consideraciones de carácter político.

El Sr. FERNANDEZ (Chile) comparte el criterio expresado por el Representante del Perú en el sentido de que las cuestiones de sanidad son completamente ajenas a toda cuestión política. Sin embargo, se ha abstenido en la votación por considerar que no es necesario adoptar una resolución específica sobre este tema. Añade que su Gobierno ha otorgado siempre a todos los becarios las más amplias facilidades.

El Dr. ALONSO (Cuba) expresa su agradecimiento a los Representantes que han puesto las cuestiones de salud de los pueblos por encima de los hechos políticos y del sistema social, que cada país se quiera dar en ejercicio de sus derechos de autodeterminación.

El Dr. AGUILAR (Guatemala) manifiesta que desea aclarar que la abstención de Guatemala se debe a no haber contado con suficiente información sobre las circunstancias del caso.

Se suspende la sesión a las 3:55 p.m.
y se reanuda a las 4:25 p.m.
The session is adjourned at 3:55 p.m.
and resumed at 4:25 p.m.

- TEMA 25: LUGAR DE LA XVII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA
ITEM 25: PLACE OF THE XVII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE
- TEMA 36: ESTUDIO DE LA ORGANIZACION DE LA CONFERENCIA SANITARIA
PANAMERICANA
ITEM 36: STUDY OF THE ORGANIZATION OF THE PAN AMERICAN SANITARY
CONFERENCE

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) informa que la Comisión General, en su sesión celebrada al mediodía, acordó por una parte que los Temas 25 y 36 se examinaran conjuntamente. En realidad, el estudio llevado a cabo sobre la Organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana hace referencia al lugar de las conferencias en general y, por lo tanto, de la décimoseptima. Tanto es así, que algunos Gobiernos, al contestar a la invitación formulada por la Oficina en cumplimiento de una resolución del Consejo Directivo, se han referido concretamente en su respuesta al lugar de celebración. Prosigue recordando que en la primera sesión plenaria del Consejo, cuando el Presidente puso a consideración el programa de temas de esta reunión, el Representante del Perú pidió que se incluyera el estudio de la forma de simplificar las reuniones de los Cuerpos Directivos al que se refirió también en su informe como Presidente del Comité Ejecutivo. A su vez, el Dr. Alvarez Amézquita sugirió que las proposiciones del Representante del Perú fueran examinadas al estudiar la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana. Por lo tanto, continúa diciendo el Director, al analizar conjuntamente ambos temas deben tenerse en cuenta las propuestas

formuladas por el Presidente del Comité Ejecutivo en su Informe Anual.

Por otra parte, la Comisión General convino en que se examinaran primero las cuestiones de orden general respecto a la Conferencia: su estructura, el propósito de las sesiones plenarias, el establecimiento o no de comisiones, la documentación de la Conferencia, etc. La Comisión General sugirió que a continuación se estudiaran las enmiendas al Reglamento Interno de la Conferencia que algunos países, particularmente los Estados Unidos de América, formularon en sus propuestas y que luego se considere en general el papel que la Sede va a tener en la celebración de las Conferencias Sanitarias Panamericanas y en general de las Reuniones de los Cuerpos Directivos. Recuerda aquí el Dr. Horwitz que el edificio de la Organización va a estar en funciones a más tardar en julio de 1965 y, por lo tanto, la Reunión del Consejo Directivo de septiembre puede perfectamente hacerse en él, lo mismo que la siguiente Conferencia. Cuando se sometieron a la aprobación del Consejo Directivo el programa y los planos del nuevo edificio, se insistió en que se aprobara la idea de construir un área especial para el funcionamiento de los Cuerpos Directivos de la Organización, teniendo en cuenta las dificultades que se habían experimentado en los últimos años y la poca frecuencia con que los Gobiernos querían sufragar los gastos para celebrar fuera de la Sede

reuniones de esta especie. Por lo tanto, considera que, resueltos los asuntos de estructura y organización de la Conferencia, sería del caso determinar con qué frecuencia las reuniones podrán celebrarse en la Sede.

El Director destaca que en la última reunión del Comité Ejecutivo, en abril pasado, se le indicó que presentara al Consejo un informe preliminar. La Resolución XXVI de la XIV Reunión del Consejo Directivo, dice que se presente a la XVI Reunión, la del año próximo, un informe circunstanciado sobre este asunto, tomando siempre en cuenta las opiniones expresadas por los Gobiernos. Añade el Dr. Horwitz que los antecedentes que seguidamente va a dar a conocer el Dr. Portner, forman parte de este informe preliminar; una decisión definitiva correspondería hacerla en la próxima reunión del Consejo Directivo o sea, muy posiblemente, en septiembre de 1965.

Dr. PORTNER (Chief of Administration, PASB) in introducing this subject referred to the discussion at the 47th Meeting of the Executive Committee on the structure, organization and procedures of the Pan American Sanitary Conference. As a result of these discussions and action taken by the Executive Committee, the Director communicated with the Member States on 9 November 1962, requesting that

they forward any comments or suggestions considered of interest for the organization and procedures of future meetings of the Conference.

As reported by the Director to the XIV Meeting of the Directing Council in 1963 (Document CD14/5) only ten replies had been received, ranging from acknowledgement to proposals for modification of Conference Rules and arrangements.

In view of this situation, the XIV Directing Council through Resolution XXVI urged the Governments who did not put forth their proposals, to do so and instructed the Director to submit a detailed report on this subject to the XVI Meeting of the Directing Council.

At the 50th Meeting of the Executive Committee, however, the Chairman requested that this item be added to its agenda. The matter was reviewed at this meeting and decision taken by the Committee to establish the subject as an agenda item for the XV Meeting of the Directing Council.

In accordance with the operative part of the resolution passed by the 50th Meeting of the Executive Committee, the Director sent another communication to the Member States who had not previously indicated their desires on the matter.

Dr. Portner informed the Directing Council that the 26 letters which had been received to date from the Member States represented a wide variety of suggestions. Document CD15/26 Addendum, gave a synthesis of the replies from the Member Governments. Dr. Portner reviewed the findings in Document CD15/26, classifying the letters into three groups and noting the basic suggestions made as to conference procedures, committees, documentation and place of the Conference.

After reviewing the several replies and taking into account the request of the Executive Committee that the Director note his position, Dr. Portner stated it would appear prudent to continue the Conference in essentially its present structure, but to adapt the timing of Committee Meetings and adjust procedures to meet the objective of both effective and economical operation while pressing the special character and status of the Conference.

On the point of the place of the meetings, Dr. Portner related the presentation of Agenda Item 36 to that of Agenda Item 25 and noted the effect of the availability of the new Headquarters Building and the special conference facility on the planning and cost of meetings in PAHO/WHO. He noted the resolution of the XVI Pan American Sanitary Conference bearing on this matter and indicated a saving of

approximately \$40,000 in the cost of a meeting at Headquarters as against one at a location away from Headquarters. Dr. Portner referred to Document CD15/27 and made mention of the need for a Constitutional amendment, should the Council indicate an interest in holding the Conference at Headquarters, since Article 7-A of the Constitution did not allow two successive meetings of the Conference to be held in the same country.

El Dr. VILLAMAR (Ecuador) considera que el Consejo debería primeramente designar la sede de la Conferencia, para posteriormente estudiar la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana.

Dr. WILLIAMS (United States of America) stated that the views of his Government with respect to the reorganization of the Conference had already been submitted in a communication to the Director of the Bureau. The most important one was related to the number of committees. His Government preferred that all items be discussed in plenary session but would accept the alternative of having committees meet at different times rather than simultaneously, thus effecting savings in both time and money.

As for the place where the Conference would be held, while appreciating the fact that the Bureau was located in Washington and that the construction of the new building represented a guarantee that it would remain there in the

future, there were certain advantages to meeting at regular intervals in other countries of the Hemisphere. His delegation would accept whatever decision was taken by the Council; however, if it decided that the Conference should be held in Washington, that action would require an amendment to Article 7-A of the Constitution.

El PRESIDENTE recuerda que los dos temas van a ser presentados en conjunto y que, en las ideas emitidas por los Representantes del Perú, del Ecuador y de los Estados Unidos de América, se han sintetizado los puntos claves de la discusión. Pregunta al pleno si esta cuestión va a ser discutida hasta que se encuentre una proposición concreta que pueda ser tratada y llevada a votación o si prefiere que con este cambio de opiniones se encomiende a la Oficina que presente a la próxima reunión del Comité Ejecutivo un informe circunstanciado, teniendo en cuenta todas las opiniones emitidas, el que sería enviado a todos los Gobiernos a fin de que en la próxima reunión del Consejo Directivo se pueda tratar definitivamente el asunto.

El Dr. QUIROS (Perú) manifiesta que desea hacer dos comentarios, uno relativo al tema específico en discusión y otro relacionado con lo que expresó cuando se discutió la adopción del programa de temas, que de acuerdo al pedido de la mesa, fue diferido para esta oportunidad.

Conforme a lo manifestado al dar lectura al informe del Comité Ejecutivo -continúa- considera conveniente, para abreviar la duración de las reuniones del Consejo y la Conferencia, conferirle a aquel Cuerpo Directivo atribuciones más amplias, evitándose repetir la discusión de temas que no son fundamentales y que ya son de conocimiento de los Gobiernos porque oportunamente llegaron a sus manos los documentos respectivos.

En su opinión, y de acuerdo con la experiencia adquirida asistiendo a las reuniones de todos los Cuerpos Directivos de la Organización, es decir: la Conferencia, los Consejos y el Comité Ejecutivo como país miembro y como Presidente de este último, cree que el Informe Anual del Presidente del Comité, conjuntamente con el Informe Anual del Director, el Informe Financiero del Director y el Auditor Externo y el estado de la recaudación de las cuotas deben ser los temas centrales de las discusiones del Consejo y la Conferencia.

La duración de la Conferencia y el Consejo -prosigue- son muy dilatadas, porque el programa de temas es muy amplio. Por ejemplo, este año se están discutiendo 37 temas, muchos de los cuales a veces deben ser considerados sumariamente por falta de tiempo. En cambio, las reuniones del Comité Ejecutivo son muy breves y sus deliberaciones expresadas en

el informe final y el informe de su Presidente apenas si son discutidas o no lo son prácticamente, siendo así que debería ocurrir lo contrario.

El Comité Ejecutivo debería tener una participación más activa en la marcha de la Organización y resolver por sí solo, naturalmente dando cuenta al Consejo y a la Conferencia, sobre todos o por lo menos la mayoría de los asuntos, exceptuando los señalados anteriormente, para lo cual siempre debería concurrir a estas reuniones su Presidente. El Comité debería fiscalizar con mayor profundidad la marcha financiera y administrativa de la Organización, para lo cual debería establecer consultas con el auditor externo u otros asesores cada vez que lo estimara conveniente para revisar la ejecución de los programas y hacer los ajustes necesarios en el curso del año.

Es obvio -prosigue el Dr. Quirós- que un cuerpo deliberativo más pequeño que el Consejo o la Conferencia está en condiciones de realizar una mejor fiscalización de la marcha de la Organización y someter a estos plenarios un estudio amplio, el que debe ser uno de los temas centrales de la discusión. En cambio, hoy el informe del Presidente del Comité Ejecutivo es uno de los puntos de la agenda que se trata en una forma muy breve, y del cual apenas si se toma conocimiento.

Por las consideraciones anteriormente expuestas, cree el orador que debería enmendarse la Constitución en su Capítulo IV, añadiendo en el Artículo 14 un punto más que diga: "El Comité Ejecutivo será el organismo encargado de supervigilar directamente la marcha de la Organización, fiscalizando su estado financiero y el cumplimiento de sus programas, asunto del que dará debida cuenta al Consejo y a la Conferencia para su aprobación en un amplio informe que será uno de los temas centrales de sus discusiones".

Para poder cumplir debidamente con este cometido, debería procederse como se hace con el Consejo Ejecutivo de la OMS, designándose no a los países como miembros del Comité sino a los países con derecho a elegir, para formar parte del Comité, a una persona, que debe ser un técnico en salud pública, debiendo la Organización financiar los gastos que demande la concurrencia del Presidente del Comité a la próxima reunión de la Conferencia o el Consejo a fin de que pueda ampliar cualquier información que se solicite. Este procedimiento haría mucho más breves y dinámicas las reuniones de la Conferencia y el Consejo, a la vez que permitiría un manejo más efectivo de la Organización por sus propios Cuerpos Directivos.

El segundo punto -manifiesta el Dr. Quirós- es el relativo al tema central de esta discusión. Con referencia

a él, informa que, conforme aparece en el documento distribuido, que el Gobierno del Perú ha dado respuesta a la solicitud del Director en sendas notas del 19 de noviembre de 1962 y del 19 de junio de 1964, habiéndose pronunciado en esta última en términos similares a los que acaba de exponer y proponiendo la constitución de una Comisión, que estudie este asunto, de acuerdo con la propuesta hecha por el Gobierno de El Salvador, ya que sería necesario no solo revisar la Constitución sino también los Reglamentos para adecuarlos al nuevo sistema que se propone. También está de acuerdo con la proposición hecha por el Gobierno de los Estados Unidos de América en el sentido de que la Conferencia debe trabajar con una comisión solamente.

Una Organización de Salud -afirma el orador- debe ser dinámica y adaptarse al progreso que se va alcanzando y a los nuevos conocimientos; una estructura muy formal y pesada no permite cumplir adecuadamente con sus finalidades.

Nuestra intervención -concluye- no entraña crítica de ninguna naturaleza, sino que simplemente refleja la experiencia vivida a lo largo de la concurrencia a muchas reuniones internacionales, por lo que cree de esta manera cumplir con su deber al expresarla libremente.

El Dr. OLGUIN (Argentina) expresa que el tema ha sido considerado en reuniones anteriores, y que es muy ilustrativo el documento que presenta los puntos de vista de los distintos

Gobiernos al respecto. La opinión de la Argentina ha sido expresada oportunamente y se confirma en el mismo documento; naturalmente hace fundamentalmente referencia al aspecto económico de la organización de la Conferencia, que es el que motivó las consideraciones que en la reunión de Minneapolis tuvieron lugar. Considera que desde entonces se ha venido concretando la construcción del edificio, una aportación importante en el sentido del factor económico a que se ha hecho referencia. Indudablemente la realización de las conferencias en la Sede significa desde este punto de vista un costo menor. Expresa que comparte las opiniones de los Representantes del Perú y de los Estados Unidos de América acerca del enorme interés y la oportunidad que las reuniones en distintos países ofrecen no solo para el intercambio técnico sino también humano y de conocimientos de los respectivos países y pueblos. Evidentemente es un factor que se debe tener en cuenta. Con referencia a las proposiciones del Representante del Perú, sobre la modificación de responsabilidades en los distintos órganos o Cuerpos Directivos de la Organización, con anterioridad a la decisión sobre el lugar de realización de la Conferencia, considera que ambos puntos están íntimamente relacionados, y que cualquier modificación que se introduzca o proponga introducir en la mecánica de la Conferencia implicará modificaciones al Reglamento y posiblemente también, eventualmente, a las responsabilidades y atribuciones de los otros Cuerpos Directivos.

En consecuencia, habiéndose fijado originalmente en la Conferencia de Minneapolis un plazo hasta la XVI Reunión del Consejo, estima el Dr. Olguin que valdría la pena estudiar este asunto a la luz de todos estos factores y elementos de juicio, para que se pudiera adoptar una decisión relativa a todos esos aspectos, y que en forma unitaria resolviera estas distintas características y particularidades, fijando las atribuciones y responsabilidades de cada Cuerpo Directivo y ratificando o rectificando las actuales de acuerdo con las circunstancias y en la forma que ofrezca mayor ventaja para los intereses de los respectivos países y de la Organización.

El Dr. MARTINEZ (México) cree que no se ha presentado ninguna oposición fundamental a la proposición del Representante del Perú, y señala la conveniencia de que el Dr. Quirós elabore una recomendación para ser sometida a votación, en relación con la revisión de las responsabilidades y funciones de los distintos Cuerpos Directivos de la Organización, sin perjuicio de seguir discutiendo después los otros aspectos.

El Dr. MOTEZUMA (Venezuela) se refiere a la pregunta formulada por el Presidente, sobre si se iba a seguir discutiendo los temas que están sobre el tapete o si se debe adoptar una solución diferente. Leyendo el Addendum presentado, dice, se advierten las dificultades que se han tenido para llegar a un informe definitivo sobre la organización de la Conferencia, ya que muchos de los documentos que

constituyen la respuesta de los Gobiernos tienen fechas de apenas algunas semanas anteriores a la reunión del Consejo Directivo. En consecuencia, estaría de acuerdo en que se encomendara al Director un informe definitivo para la próxima reunión del Consejo Directivo, tomando en cuenta las proposiciones hechas por los Gobiernos Miembros y solicitando nuevamente a algunos de ellos que no han expuesto su criterio, que lo hagan.

En segundo lugar -prosigue- considera muy interesante la proposición del Representante del Perú, Dr. Quirós, y cree que sería igualmente conveniente que, al mismo tiempo que se trabaja en el informe definitivo de la organización de la Conferencia, un grupo de trabajo o comisión se encargara de analizar los posibles cambios que habría en la responsabilidad de cada uno de los organismos.

En lo que concierne a la Sede, por último, opina que hay que tomar muy en cuenta la parte económica. Sin embargo, considera indudable que la realización de las reuniones en diferentes sitios permite a los delegados tomar contacto con otros países, crear nuevas relaciones, etc. Sugiere por ello el establecimiento de un sistema de rotación que permitiese utilizar ampliamente la Sede pero, al mismo tiempo, diera oportunidad para establecer esos contactos.

El Dr. VILLAMAR (Ecuador) opina que, en lo que se refiere al número y clasificación de las respuestas recibidas por los Gobiernos Miembros, éstas se clasifican en tres categorías: 1) Los Gobiernos que aceptan el actual sistema; 2) los Gobiernos que ofrecen dar a conocer ulteriormente sus puntos de vista, y 3) los Gobiernos que formulan recomendaciones y medidas tendientes a conseguir ciertas modificaciones de la misma.

Por su parte, quiere someter a la consideración del Consejo un proyecto de resolución que debido a la complejidad del asunto, no pretende tener el carácter de definitivo.

El PRESIDENTE da lectura a un proyecto de resolución sobre el Tema 36, presentado por el Representante del Ecuador, y en el que se propone: 1) Autorizar el reembolso de los gastos efectivos de viaje del delegado jefe o del delegado único enviado por los respectivos Gobiernos a las reuniones de la Conferencia, y asimismo el pago de las correspondientes dietas; 2) modificar el Artículo 7-D de la Constitución en la forma siguiente: "Artículo 7-D. Los gastos del delegado jefe o del delegado único a la Conferencia estarán a cargo de la Oficina, así como los de su personal"; 3) modificar el Artículo 12-B en la forma siguiente: "Artículo 12-B. La Oficina pagará los gastos de un representante por cada Gobierno y los de su personal" y 4) autorizar al Director

para que en la preparación del Proyecto del Programa y Presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud para 1965 haga los ajustes necesarios para poder atender a las obligaciones financieras que implican las resoluciones anteriores.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) dice que el debate tiene un curso natural. El Comité Ejecutivo presidido por el Dr. Quirós, en su sesión del 29 de abril, sugirió que sobre esta materia se presentara un informe preliminar. El informe es complejo, porque las opiniones son muy variables, ya que se refieren a una enmienda constitucional, modificaciones reglamentarias, divergencias de opinión respecto a estructura, número de comisiones, ritmo de distribución de los documentos, etc. El Comité Ejecutivo tuvo presente el mandato del Consejo en su sesión del 24 de septiembre de 1963, en la cual se le indicó a la Oficina que para la XVI Reunión (1965) el Director presentara un informe que permitiera una resolución final por parte del Consejo Directivo.

Lo que hay de nuevo en todo este asunto -prosigue- es la proposición del Gobierno de El Salvador de que una comisión o un grupo especial estudie este problema e informe al Consejo Directivo en su reunión próxima. Opina el Director que ésta es precisamente la función del Comité Ejecutivo, el que debiera actuar como tal grupo especial teniendo en su

mano todos los antecedentes reunidos. La Oficina podría hacer circular, antes de la reunión del Consejo, las diversas enmiendas constitucionales propuestas, dando los tres meses de plazo que señala la Constitución.

La resolución sobre la sede de la próxima Conferencia -prosigue el Director- está íntimamente conectada con la de la estructura de la Conferencia. Recuerda que, aparte de la proposición del Representante del Perú, hay otras de varios Gobiernos en el sentido de que las Conferencias sean en la Sede, con las enmiendas constitucionales del caso, y hay además invitaciones de varios Gobiernos.

En consecuencia, la resolución que se adopte debiera insistir en que la próxima reunión del Consejo Directivo tome una determinación final sobre la base de un análisis lo más exhaustivo posible del asunto en la próxima reunión del Comité Ejecutivo.

El Dr. QUIROS (Perú) manifiesta que está enteramente de acuerdo con el Director. Solamente quiere añadir que si el Comité Ejecutivo lo estima conveniente, podría solicitar la asesoría de personas con experiencia en estos asuntos, de tal manera que pudiera presentar un informe muy completo al próximo Consejo Directivo.

El Dr. OLGUIN (Argentina) manifiesta que ratifica lo expresado inicialmente en el sentido de dejar la decisión a la XVI Reunión del Consejo Directivo.

El PRESIDENTE manifiesta que, en resumen, queda en pie una sola proposición, o sea que todo el asunto se lleve a la próxima reunión del Comité Ejecutivo, con un informe completo y con la información dada a los Gobiernos para que en esta próxima reunión se decida sobre la cuestión con carácter definitivo.

El Dr. ACOSTA (Colombia) solicita se le aclare si ello incluiría la decisión sobre la sede de la próxima reunión de la Conferencia.

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) dice que, en efecto, el Consejo Directivo tomará una resolución definitiva sobre la estructura de la Conferencia y sobre la sede de la próxima Conferencia.

Dr. WILLIAMS (United States of America) agreed that the matter should be resolved by the Executive Committee. However, since his country was a member, he felt that it would be useful and perhaps essential to have a clear expression of opinion from the Council as to the action it wished be taken. The major decision referred to the advisability of holding meetings at Headquarters or elsewhere.

A constitutional amendment would be required in the first instance but not in the latter. He thus requested that a Working Party be conceived to prepare instructions in this matter for guidance of the Executive Committee in its considerations.

El PRESIDENTE expresa que no cree que se pueda tomar una determinación sobre una enmienda constitucional en la oportunidad presente, y que la opinión vertida por el Dr. Williams de los Estados Unidos de América no se contrapone a lo que se había dicho anteriormente, en el sentido de estudiar los dos temas en la próxima reunión del Comité Ejecutivo.

El Dr. QUIROS (Perú) expresa que está de acuerdo con el Presidente. Agrega que si bien es lógico que las reuniones del Consejo se celebren en lo sucesivo en la Sede, estima que las de la Conferencia, que tienen lugar cada cuatro años, pueden constituir una buena oportunidad para establecer esas relaciones, entre los países y los Cuerpos Directivos, a que se ha hecho mención.

El Dr. BONICHE (Nicaragua) expresa que ha seguido con mucho interés los pronunciamientos, y quiere manifestar su opinión en el sentido de que es una necesidad ineludible que la próxima Conferencia se realice en Washington, debido a que se contará con edificio propio. Sin embargo, agrega,

no quisiera que la Conferencia quedara precisamente sujeta a realizarse siempre en Washington. En realidad, ésta debiera decidir cada vez dónde ha de celebrarse la reunión siguiente.

El PRESIDENTE dice que el asunto ha sido suficientemente debatido y ya se ha llegado a una síntesis de ideas más o menos unánime. Propone entonces la formación de una comisión para preparar un proyecto de resolución que sería estudiado después, y sugiere que ese grupo esté formado por los Representantes del Perú, Nicaragua, la Argentina, y los Estados Unidos de América.

El Dr. QUIROS (Perú) sugiere incluir al Dr. Bustamante, de México, quien tiene mucha experiencia al respecto.

El PRESIDENTE deja constituida la comisión con los Representantes del Perú, Nicaragua, la Argentina, los Estados Unidos de América y México.

TEMA 11: INFORME SOBRE LA RECAUDACION DE LAS CUOTAS (conclusión)
ITEM 11: REPORT ON THE COLLECTION OF QUOTA CONTRIBUTIONS
(conclusion)

El PRESIDENTE da lectura al proyecto de resolución preparado por el grupo de trabajo sobre el pago de las cuotas atrasadas, que dice lo siguiente:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe del Grupo de Trabajo encargado del estudio de los posibles medios y fórmulas que puedan facilitar, cuando proceda, a los Gobiernos el saldo de las cuotas atrasadas; y

Teniendo en cuenta la enmienda constitucional aprobada en la presente Reunión del Consejo Directivo, relativa a la suspensión del derecho de voto de los Gobiernos que tengan atrasos que excedan del importe de las cuotas correspondientes a dos años completos,

RESUELVE:

1. Instar a los Gobiernos que tengan pendientes de pago las cuotas correspondientes a que estudien todas las medidas posibles para hacer efectivas dichas cuotas, recurriendo, si lo estiman procedente, a los organismos de crédito nacionales o internacionales.

2. Recomendar a los Gobiernos, en los casos procedentes, que establezcan con la Oficina Sanitaria Panamericana un plan financiero para el pago de las cuotas pendientes en un plazo definido. El establecimiento de un plan financiero, a este fin, y su puntual cumplimiento podrán servir de base a la Conferencia Sanitaria Panamericana o al Consejo Directivo para permitir el ejercicio del derecho de voto del Gobierno de que se trate.

3. Encomendar al Director de la Oficina que personalmente o a través de su Representante Especial, se dirija oficialmente a los Gobiernos

para informarles de las graves consecuencias que el atraso en el pago de las cuotas tiene en el normal desenvolvimiento de los programas establecidos por los Cuerpos Directivos en beneficio de los pueblos de América.

4. Encomendar al Comité Ejecutivo que analice anualmente la situación de los países que tienen pendiente de pago las cuotas correspondientes a dos o más años y recomienda las medidas que estime pertinentes en cada caso."

"THE DIRECTING COUNCIL,

Bearing in mind the amendment to the Constitution that was approved at this Meeting of the Directing Council which provides that the voting privileges of Governments in arrears in an amount exceeding the sum of their quotas for two full years shall be suspended; and

Having examined the Report of the Working Party charged with studying procedures that whenever necessary will enable the Governments to pay their arrears,

RESOLVES:

1. To urge all Governments in arrears to explore every possible way of paying their outstanding contributions, including, if they deem it appropriate, resort to national and international credit institutions.

2. To recommend to the Governments that, whenever appropriate, they establish a plan with the Pan American Sanitary Bureau for the payment of arrears within a specified period, it being understood that should such a financial plan be established and promptly fulfilled, the Pan American Sanitary Conference or the Directing Council may permit the Government concerned to exercise its voting privileges.

3. To instruct the Director of the Bureau to officially inform the Governments, either personally or through a special representative, of the serious consequences of the delay in the

payment of quotas on the normal development of the programs decided on by the Governing Bodies for the benefit of the peoples of America.

4. To instruct the Executive Committee to conduct an annual review of the situation of the countries in arrears in an amount exceeding the sum of their quotas for two full years, and to recommend such measures as it deems pertinent in each particular case."

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución presentado.

Decision: The proposed resolution was unanimously approved.

- TEMA 33: ESTUDIO SOBRE EL ESTADO DEL PROBLEMA DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS Y DE LOS PROGRAMAS DE CONTROL EN LAS AMERICAS (conclusión)
- ITEM 33: REVIEW OF STATUS OF VENEREAL DISEASE PROBLEM AND CONTROL PROGRAMS IN THE AMERICAS (conclusion)

El Dr. CAMPOS (México) en su calidad de Presidente del grupo de trabajo encargado de preparar un proyecto de resolución sobre las enfermedades venéreas, da lectura a dicho proyecto, que dice así:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe del Director, relativo al estado actual del problema de las enfermedades venéreas en las Américas (Documento CD15/30);

Considerando que debido al evidente incremento de las enfermedades venéreas en los países de América es urgentemente necesario organizar o acelerar, según las circunstancias, los programas para controlar este grupo de dolencias; y

Considerando el interés de la Organización Panamericana de la Salud por facilitar a los Gobiernos toda la colaboración técnica posible tendiente a la solución del problema de las enfermedades venéreas,

RESUELVE:

Encomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que efectúe un estudio especial del estado actual del problema de las enfermedades venéreas en los países americanos, con el objeto de formular un proyecto de programa continental para el control de esas dolencias y que informe sobre el particular al Consejo Directivo en una próxima reunión."

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having studied the report of the Director on the current status of the problem of venereal diseases in the Americas (Document CD15/30);

Considering that, in view of the clear increase in venereal diseases in the countries of the Americas, there is an urgent need for programs to be organized, or intensified, as the case may be, for the control of this group of illnesses; and

Considering the interest of the Pan American Health Organization in providing the Governments with all possible technical assistance, to assist in overcoming the problem of venereal diseases,

RESOLVES:

To request the Director of the Pan American Sanitary Bureau to proceed with a special study of the current situation of the venereal disease problem in the countries of the Americas, for the purpose of preparing a proposal for a continental program to control these diseases, and to report thereon to a future meeting of the Directing Council."

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución presentado.

Decision: The draft resolution was approved.7

- TEMA 19 : DISCUSIONES TECNICAS SOBRE EL TEMA "LA ERRADICACION DE LA TUBERCULOSIS: UNA TAREA DE PLANIFICACION INMEDIATA Y ACCION FUTURA Informe del Relator (conclusión).
- ITEM 19 : TECHNICAL DISCUSSIONS: "TUBERCULOSIS ERADICATION: A TASK FOR PRESENT PLANNING AND FUTURE ACTION" Report of the Rapporteur (conclusion)

El Dr. MOTEZUMA (Venezuela) da lectura al informe y al proyecto de resolución sobre las Discusiones Técnicas, preparado por el grupo de trabajo establecido con dicha finalidad, y concebido en los siguientes términos:

"El grupo de trabajo integrado por los Drs. Rigoberto Alvarado (Honduras) Carlos H. Canales (Nicaragua) Carlos Quirós (Perú) Juvenal Curiel (Venezuela) y James Watt (Estados Unidos de América), examinó el proyecto de resolución presentado por Venezuela y las observaciones formuladas por varios representantes durante el debate sobre el mismo. Teniendo en cuenta las observaciones formuladas en el curso del debate, el Grupo de Trabajo recomendó que se sometiera a la consideración del Consejo Directivo el siguiente:

Proyecto de Resolución

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe del Relator de las Discusiones Técnicas sobre el tema: "La erradicación de la tuberculosis: una tarea de planificación inmediata y acción futura";

Considerando que este informe constituye una expresión adecuada del contenido de los documentos de trabajo y de las opiniones expresadas por los participantes;

Considerando que dicho informe puede ser de utilidad práctica como guía básica para el desarrollo de programas de control de la tuberculosis; y

Considerando la urgencia de la formación teórica y práctica de médicos, en los aspectos epidemiológicos, clínicos y administrativos de las enfermedades que constituyen los mayores problemas de salud,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe del Relator y expresar su satisfacción por la preparación y desarrollo de las Discusiones Técnicas sobre el tema: "La erradicación de la tuberculosis: una tarea de planificación inmediata y acción futura".

2. Solicitar del Director la publicación y amplia difusión de los documentos de trabajo y del informe del Relator.

3. Recomendar a la Organización y a los Gobiernos Miembros que para su política de acción en materia de tuberculosis, tomen muy en cuenta la orientación contenida en el Informe de estas Discusiones Técnicas, particularmente en lo referente al adiestramiento de los médicos".

"The Working Party composed of Drs. Rigoberto Alvarado (Honduras), Carlos H. Canales (Nicaragua), Carlos Quirós (Perú), Juvenal Curiel (Venezuela), and James Watt (United States of America) considered the proposed resolution presented by Venezuela and took note of the observations made by the various representatives during the course of the debate. Bearing in mind the observations which were made, the Working Party agreed to submit to the Directing Council the following

Proposed Resolution

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having considered the report of the Rapporteur of the Technical Discussions on "Tuberculosis Eradication: a Task for Present Planning and Future Action";

Considering that this report is an accurate summation of the contents of the working document and of the views expressed by the participants;

Considering that this report may be of practical use as a basic guide in the development of tuberculosis control programs; and

Bearing in mind the urgent need for the theoretical and practical training of medical officers in the epidemiological, clinical, and administrative aspects of the diseases that constitute the major health problems,

RESOLVES:

1. To take note of the Rapporteur's report and to express its satisfaction with the preparation and conduct of the Technical Discussions on "Tuberculosis Eradication: A Task for Present Planning and Future Action."

2. To request the Director to publish the working documents and the Rapporteur's report, and to give them wide distribution.

3. To recommend to the Organization and to the Member Governments that in the matter of tuberculosis policy they take into account the guidelines contained in the report on these Technical Discussions, especially with respect to the training of medical officers."

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución presentado.

Decision: The draft resolution was unanimously approved.7

TEMA 30: COLABORACION DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
CON LOS SERVICIOS NACIONALES DE SALUD EN MATERIA
DE PRACTICAS ADMINISTRATIVAS (conclusión)
ITEM 30: COLLABORATION OF THE PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
IN ADMINISTRATIVE PRACTICES OF NATIONAL HEALTH
SERVICES (conclusion)

El Dr. OLGUIN (Argentina) da lectura al informe y al proyecto de resolución sobre el tema 30 preparado por el grupo de trabajo constituido con dicha finalidad y concebido en los siguientes términos:

"El grupo de trabajo, integrado por el Dr. Victorio V. Olguin (Argentina), Dr. James A. Watt (Estados Unidos de América), Dr. Miguel Ortega (República Dominicana) y Dr. Juan Motezuma (Venezuela) examinó el informe presentado por el Director sobre el tema y las observaciones formuladas por varios Representantes durante el debate sobre el mismo.

Después de examinar el informe y teniendo en cuenta las observaciones formuladas en el curso del debate, el Grupo de Trabajo recomendó que se sometiera a la consideración del Consejo Directivo el siguiente proyecto de resolución:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director sobre los servicios de asesoramiento en materia de administración facilitados a los Gobiernos por la Oficina Sanitaria Panamericana (Documento CD15/21);

Teniendo en cuenta que existe la necesidad continua de mejorar en los servicios nacionales de salud las estructuras y normas administrativas para asegurar el desarrollo eficiente de los programas; y

Considerando que en la consecución de ese objetivo desempeña un papel muy importante el establecimiento de normas básicas que, dentro de las características de la legislación y de los intereses de cada país, faciliten la investigación administrativa y la orientación uniforme del personal dedicado a tareas específicas de administración,

RESUELVE:

1. Felicitar al Director por la labor que la Oficina Sanitaria Panamericana ha realizado hasta la fecha, en colaboración con los Ministerios de Salud, a fin de mejorar la organización y prácticas administrativas.

2. Recomendar a los Gobiernos que dediquen especial atención al estímulo de la investigación administrativa, como base para el perfeccionamiento de las prácticas utilizadas en la administración de salud.

3. Encomendar a la Oficina que, de acuerdo con los diferentes Gobiernos, emprenda el estudio de normas básicas de orientación para los cursos destinados a la formación de personal administrativo para los servicios de salud.

4. Encomendar al Director que presente a futuras reuniones de los Cuerpos Directivos nuevos informes sobre este asunto".

"The Working Party composed of Dr. Victorio V. Olguín (Argentina), Dr. Miguel Ortega (Dominican Republic), Dr. James Watt (United States of America) and Dr. Juan Motezuma (Venezuela), considered the report of the Director on this subject and the comments made by various delegates in the course of the discussion on the Agenda Item.

After a review of the report and taking into account the views expressed, the Working Party recommended the following resolution for submission to the Directing Council:

THE DIRECTING COUNCIL,

Having examined the report of the Director on the administrative advisory services provided to Governments by the Pan American Sanitary Bureau (Document CD15/21);

Recognizing the continuing need for improvement, within the national health services, of the administrative machinery and procedures necessary to assure the efficient operation of the programs;

Considering that in the achievement of this objective, great importance is assigned to the establishment of basic standards, which within the framework of the legislation and the interests of each country, will make administrative research easier and ensure the uniform orientation of personnel devoted to specific administrative tasks.

RESOLVES:

1. To commend the Director on the efforts made to date by the Pan American Sanitary Bureau in collaborating with the Ministries of Health to promote better administrative organization and practices.

2. To recommend to the Governments that they devote special attention to research in administration for the purpose of improving the practices and procedures employed in health administration.

3. To instruct the Bureau to undertake a study, in agreement with the various Governments, of basic standards and guidelines for courses aimed at training administrative personnel for health services.

4. To instruct the Director to report further on this matter to future meetings of the Governing Bodies".

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

Decision: The draft resolution was unanimously approved.7

- TEMA 14: SEGUNDAS REUNIONES ANUALES DEL CONSEJO INTERAMERICANO ECONOMICO Y SOCIAL Y ASUNTOS AFINES (conclusión)
- ITEM 14: SECOND ANNUAL MEETINGS OF THE INTER-AMERICAN ECONOMIC AND SOCIAL COUNCIL AND RELATED MATTERS (conclusion)

El Dr. VIDOVICH (Uruguay) da lectura al siguiente proyecto de resolución que ha propuesto sobre las reuniones del Consejo Interamericano Económico y Social:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director relativo a las Segundas Reuniones Anuales del Consejo Interamericano Económico y Social (CIES) al Nivel de Expertos y al Nivel Ministerial (Documento CD15/7);

Teniendo en cuenta que la salud es un componente básico del desarrollo económico y social, que el hecho de no incorporar en los proyectos de desarrollo económico y social los planes para el control eficaz de enfermedades que se pueden prevenir dificulta el progreso de estos proyectos, y que estas costosas demoras podrían haberse evitado o reducido al mínimo si en la planificación y ejecución de dichas obras hubiese participado el sector salud a nivel nacional e internacional;

Considerando que en el Acta de Bogotá y en la Carta de Punta del Este se subrayó la importancia de que la Oficina Sanitaria Panamericana, en representación del sector salud, participe en las actividades y programas gubernamentales e intergubernamentales relativos a la planificación del desarrollo económico y social, con el objeto de integrarlos en forma armoniosa;

Teniendo en cuenta la necesidad de incluir el cuidado de la salud del individuo y de la colectividad en las actividades de desarrollo económico y social;

Considerando que ya se cuenta con un procedimiento para obtener fondos en préstamos de las organizaciones internacionales de crédito, en

condiciones muy favorables a fin de acelerar la realización de los programas de erradicación de la malaria y superar este obstáculo al desarrollo económico; y

Teniendo en cuenta las resoluciones adoptadas por las Segundas Reuniones Anuales del Consejo Interamericano Económico y Social, especialmente las Resoluciones A-21/E63, A-11/E63, A-22/E63, C-4/E63 y 19-M/63, así como las "Recomendaciones sobre salud" que figuran en el Informe Final de la Segunda Reunión Anual del CIES al Nivel Ministerial,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe presentado por el Director sobre las Segundas Reuniones Anuales del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel de Expertos y al Nivel Ministerial (Documento CD15/7), y felicitarle por la activa participación de la Oficina Sanitaria Panamericana en dichas reuniones.

2. Encomendar al Director que continúe prestando la cooperación que juzgue adecuada y necesaria para asegurar la plena participación de la Oficina, tanto a nivel nacional como internacional, en la planificación y ejecución de los programas de desarrollo económico y social de los países de las Américas especialmente en relación con los programas nacionales o interpaíses en gran escala.

3. Encomendar al Director que prosiga sus esfuerzos encaminados a poner en práctica las resoluciones y recomendaciones sobre salud aprobadas por el CIES, en especial las referentes al programa de saneamiento ambiental y bienestar rural y su integración en los demás programas de desarrollo de la comunidad, así como la relativa a la importancia y consecuencias económicas de la fiebre aftosa.

4. Encomendar al Director que apoye a los Gobiernos de la Organización en sus gestiones para conseguir que las organizaciones internacionales de crédito, al aprobar préstamos para la construcción de obras de gran alcance en materia

de riego, vialidad, urbanización, etc., asignen fondos suficientes para atender a los problemas de salud que tales obras plantean y organizar servicios de salud en las zonas de que se trate.

5. Estimular a los Gobiernos para que gestionen la obtención de préstamos de las organizaciones internacionales de crédito y los utilicen en forma rápida y eficaz, a fin de lograr la erradicación de la malaria en sus respectivos territorios nacionales.

6. Recomendar a los Gobiernos que incluyan representantes de los Ministerios de Salud en sus delegaciones a las Reuniones Anuales del CIES, y de otras comisiones nacionales que colaboran con el Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso (CIAP) u otros organismos o grupos internacionales en la planificación o evaluación de programas nacionales de desarrollo.

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having examined the report of the Director on the Second Annual Meetings of the Inter-American Economic and Social Council (IA-ECOSOC) at the Expert and the Ministerial Level (Document CD15/7);

Mindful that health is a basic component of economic and social development, that failure to incorporate plans for the effective control of preventable diseases in economic and social development projects interferes with the progress of such projects, and that these costly delays could have been avoided or minimized if the health sector at the national and international levels had participated in the planning and execution of these works;

Considering that the Act of Bogota and the Charter of Punta del Este recognized the importance of having the Pan American Sanitary Bureau, as the representative of the health sector, take part in governmental and intergovernmental activities and programs relating to the planning of economic and social development so as to ensure the harmonious integration of these plans and programs;

Bearing in mind the need for including individual and collective health care in economic and social development activities;

Considering that the pattern of making loan funds available from international lending agencies at highly favorable terms has already been established in order to speed the progress of malaria eradication programs and overcome this obstacle to economic development; and

Bearing in mind the resolutions adopted by the Second Annual Meetings of the Inter-American Economic and Social Council, in particular Resolutions A-21/E63, A-11/E63, A-22/E63, C-4/E63, and 19-M/63, as well as the "Recommendations on Health" of the Final Report of the Second Annual Meeting of the IA-ECOSOC at the Ministerial Level,

RESOLVES:

1. To take note of the report of the Director on the Second Annual Meetings of the Inter-American Economic and Social Council at the Expert and the Ministerial Level (Document CD15/7), and to commend him for the active part played by the Pan American Sanitary Bureau in those meetings.

2. To instruct the Director to continue to provide such cooperation as he deems appropriate and necessary in order to ensure the full participation of the Bureau, at both the national and the international level, in the planning for and implementation of the economic and social development programs of the Americas, especially in connection with large-scale national or intercountry programs.

3. To instruct the Director to continue his efforts to implement the resolutions and recommendations regarding health which were adopted by the IA-ECOSOC, in particular those referring to the program of rural environmental health and well-being and its integration in other community development programs, and those relating to the economic significance of foot-and-mouth disease.

4. To instruct the Director to support the Governments of the Organization in their efforts to have international credit organizations, when approving loans for the construction or large-scale irrigation, road building, and urbanization works, etc., assign sufficient funds to cope with the health problems to which such works give arise and to organize health services in the areas concerned.

5. To encourage Governments to seek and use effectively and rapidly loans from international lending agencies so as to complete the eradication of malaria within national borders.

6. To encourage Governments to assign representatives of the ministries of health to their delegations to the Annual Meetings of the IA-ECOSOC, as well as to other national commissions working with the Inter-American Committee of the Alliance for Progress (CIAP) or other international agencies or groups in planning for or evaluating national programs for development."

Decisión: Por 20 votos a favor, ninguno en contra, y una abstención, se aprueba el proyecto de resolución presentado.

Decision: By a vote of 20 in favor, none against and one abstention the draft resolution was approved.7

- TEMA 27: ESTADO DE LA ERRADICACION DE LA VIRUELA EN LAS AMERICAS
(conclusión)
ITEM 27: STATUS OF SMALLPOX ERADICATION IN THE AMERICAS
(conclusion)

El Dr. QUIROS (Perú) da lectura al proyecto de resolución sobre la erradicación de la viruela, preparado por el Grupo de Trabajo establecido con tal finalidad y concebido en los términos siguientes:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana sobre el estado de la erradicación de la viruela en las Américas (Documento CD15/22), así como el programa de la Organización en esta materia;

Teniendo en cuenta que la viruela ya ha desaparecido en diversos países de las Américas y que en otros se está eliminando mediante campañas de vacunación intensivas, mientras que en algunos persiste la enfermedad y no se han emprendido todavía campañas adecuadas de esa clase;

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

Considerando que la erradicación es factible si se organiza la cooperación de los recursos disponibles en las Américas; y

Teniendo en cuenta la Resolución XIX adoptada en la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

1. Rendir homenaje a la memoria de los trabajadores de salud pública que en sus tareas han sufrido grandes dificultades y en ocasiones han perdido la vida en el cumplimiento de su deber.

2. Reiterar la urgente necesidad de lograr la erradicación de la viruela del Hemisferio, como parte del programa mundial encaminado a esa finalidad.

3. Expresar su satisfacción por el hecho de que la viruela ha desaparecido ya en muchos países de las Américas como consecuencia de amplias campañas de erradicación, y porque otros países del Hemisferio están llevando a cabo programas nacionales e intensivos para eliminar dicha enfermedad.

4. Recomendar a los Gobiernos de los países que ya han erradicado la viruela, que procuren mantener elevados niveles de inmunidad y ejerzan una constante vigilancia contra la recurrencia de esa enfermedad.

5. Encarecer una vez más a los Gobiernos de los países donde existe todavía la viruela, que desarrollen programas de erradicación o aceleren las campañas ya en curso, continúen sus esfuerzos por superar las dificultades de orden administrativo y financiero que existan y concedan a dichos programas la alta prioridad que merecen.

6. Encomendar al Director que adopte todas las medidas necesarias para dar apoyo y asesorar a los Gobiernos, a fin de que puedan erradicar la viruela.

7. Recomendar a los países que producen vacuna contra la viruela, que adopten medidas con miras a constituir una "reserva continental de vacuna antivariólica" mediante la aportación voluntaria de dicha vacuna, a fin de poder facilitarla rápidamente a los países que la necesiten en situaciones de emergencia.

8. Recomendar a los Gobiernos que tomen medidas especiales para la confirmación, por todos los medios disponibles, especialmente los de laboratorio, de los casos sospechosos de viruela que ocurran en sus territorios."

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having considered the report of the Director of the Pan American Sanitary Bureau on the status of smallpox eradication in the Americas (Document CD15/22), and the program of the Organization in this regard;

Bearing in mind that smallpox has already disappeared from several countries of the Americas and that in others it is being eliminated through intensive vaccination campaigns, whereas in some the disease persists and no suitable smallpox campaign has been initiated;

Taking into account the fact that the Governments of the countries that are now free of the disease are concerned about the threat posed by the foci of smallpox that persist in the Americas; and

Mindful of Resolution XIX adopted at the XIII Pan American Sanitary Conference,

RESOLVES:

1. To pay tribute to the memory of those public health workers who have faced great difficulties in the course of their work and have on occasion given their lives in fulfilment of their duty.
2. To again emphasize the urgent necessity of eradicating smallpox from the Hemisphere as part of the world-wide program for the purpose.
3. To express its satisfaction with the fact that smallpox has already disappeared from many countries of the Americas as a result of extensive eradication campaigns, and that other countries within this Hemisphere are carrying out intensive nation-wide campaigns to eliminate this disease.
4. To recommend to the Governments of countries that have eradicated smallpox that they maintain a high level of immunization and maintain constant vigilance against the recurrence of the disease.
5. To again urge the Government of countries where smallpox still exists to institute eradication programs or to intensify those under way, to continue their efforts to overcome all administrative and financial difficulties in the way of these programs, and to assign such programs the high priority they deserve.
6. To instruct the Director to take all necessary steps to support and to provide the Governments with advisory services so they can eradicate smallpox.
7. To recommend to the countries producing smallpox vaccine that they adopt measures designed to establish a "continental smallpox vaccine pool" by voluntary contributions of vaccine, so that supplies may be sent without delay to countries where emergency situations arise.

8. To recommend to the Governments that they adopt special measures for the confirmation by all available means, and particularly laboratories, of any suspected case of smallpox found within their territory."

Mr. SIEGEL (Director-General, WHO) stated that he wished to comment on the resolution before its approval. The text of the resolution was consistent with the intent of Resolution WHA17.43 adopted by the Seventeenth World Health Assembly on the smallpox eradication program. In that resolution, the Health Assembly had acknowledged receipt of freeze-dried vaccine to the WHO special fund created for that purpose by the Governments of the Netherlands, Switzerland, the Union of Soviet Socialist Republics, and the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, and had invited countries able to do so to contribute to the program by making substantial voluntary contributions in cash or kind to enable the Organization to provide freeze-dried vaccine and other necessary materials and equipment to countries with sound eradication programs requesting such assistance. He therefore felt that in its resolution, the Council might wish to refer to the paragraph he had quoted from the preamble to Resolution WHA17.43 since the countries might wish to benefit from supplies of vaccine and other contributions to the WHO special fund. There was nothing standing in the way of any country in the Region requesting assistance from that source. In addition, in the eighth

operative paragraph of the Council's resolution he suggested the deletion of the word "continental" in order not to limit the full concept of the world-wide aspects and objectives of smallpox eradication.

El Dr. BUSTAMANTE (México) manifiesta que está de acuerdo con la proposición del Sr. Siegel; supone que la Organización Mundial de la Salud sabe que algunos países del Hemisferio han hecho donaciones de vacuna y entre ellos se encuentra México, que ha dado dos millones de dosis que se han distribuido a muchísimos países, de acuerdo con la idea que ha mencionado el Sr. Siegel. También pide que los países de las Américas que han hecho donaciones de vacuna, hagan llegar al Director General de la Organización Mundial de la Salud la información pertinente sobre dichas donaciones.

El Dr. QUIROS (Perú) dice que está completamente de acuerdo con las manifestaciones del Dr. Bustamante; Perú también ha hecho donaciones a la Organización Mundial de la Salud.

El Dr. FERREIRA (Brasil) cree que la propuesta hecha por el Dr. Bustamante corresponde al pensamiento de no limitar la expresión al continente y de hacer conocer al Director General de la Organización Mundial de la Salud las donaciones que han sido, y podrán continuar siendo hechas por los países de las Américas.

El PRESIDENTE manifiesta que al texto del proyecto de resolución que ha sido leído se ha sugerido que se agregue en la parte expositiva una referencia a la resolución WHA17.43 de la Asamblea Mundial de la Salud y que en el párrafo séptimo se suprima la palabra "continental". Señala finalmente que cuando se comuniquen esta resolución a la Organización Mundial de la Salud se deben citar los países que han hecho donaciones de vacuna antivariólica para el fondo común.

El Dr. QUIROS (Perú) pide, antes de que se proceda a la votación, que la donación que Perú va a hacer, no figure a nombre de su país, sino de los países que contribuyeron con el Perú, según había manifestado en la sesión anterior.

Dr. FRAZER (United Kingdom) stated that his country would prefer that the donation not be referred to as a voluntary one.

Mr. SIEGEL (Assistant Director-General, WHO) said that when he quoted the resolution of the Seventeenth World Health Assembly he had limited himself to the text of the resolution which had been adopted on the basis of the contributions received at the time. Prior to that, however, contributions had been received from Mexico, Peru, and other countries. He therefore suggested that in the

preamble to the resolution reference might be made to contributions from countries within the Region of the Americas as well as from other Regions of WHO, without mentioning the names of specific countries.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución presentado con las enmiendas propuestas en el curso del debate.

Decision: The draft resolution was unanimously approved with the amendments suggested during the discussion.7

- TEMA 35: ESTUDIO DE LAS RELACIONES ENTRE LOS PROGRAMAS MEDICOS DE LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL Y LAS SECRETARIAS O MINISTERIOS DE SALUD ASI COMO OTROS ORGANISMOS GUBERNAMENTALES DE SALUD
(Conclusión)
- ITEM 35: STUDY OF RELATIONSHIPS BETWEEN SOCIAL SECURITY MEDICAL PROGRAMS AND THOSE OF MINISTRIES OF HEALTH OR OTHER OFFICIAL HEALTH AGENCIES
(Conclusion)

El Dr. BUSTAMANTE (México) da lectura al informe y al proyecto de resolución sobre el tema, preparado por el Grupo de Trabajo establecido con tal finalidad y concebido en los términos siguientes:

"El Grupo de Trabajo, integrado por el Dr. James Watt (Estados Unidos de América), Dr. Manoel José Ferreira (Brasil), Dr. Roberto Acosta Borrero (Colombia), Dr. Pedro Daniel Martínez (México), examinó el informe presentado por el Director sobre el tema y las observaciones formuladas por varios representantes durante el debate sobre el mismo.

Teniendo en cuenta las observaciones formuladas en el curso del debate, el Grupo de Trabajo recomendó que se sometiera a la consideración del Consejo Directivo el siguiente

Proyecto de Resolución

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe del Director sobre relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y los de las Secretarías o Ministerios de Salud, así como otros organismos de salud (Documento CD15/15); y

Tomando en cuenta las necesidades de mejorar los procedimientos para una activa planificación de salud, de extender los índices de cobertura de salud, de coordinar los sistemas de financiamiento y de integrar las acciones preventivas y curativas,

RESUELVE:

1. Tomar nota y agradecer al Director su informe sobre las relaciones entre los programas médicos de las instituciones de seguridad social y las Secretarías o Ministerios de Salud, así como de otros organismos gubernamentales de salud (Documento CD15/15).
2. Encarecer al Director para que continúe prestando servicios de asesoramiento a los países que lo soliciten así como en la promoción de la coordinación de los organismos internacionales interesados en esta materia.
3. Recomendar al Director que convoque un Grupo de Estudio que se encargue de presentar un informe a la Organización sobre sus puntos de vista para promover una mejor coordinación entre los servicios de salud pública y los programas de atención médica a cargo de las instituciones de seguridad social u otros organismos, y que transmita dicho informe a los Gobiernos.
4. Facultar al Director para que, en la aplicación del Programa y Presupuesto para 1965, tome en consideración las nuevas necesidades que esta resolución crea."

"The Working Party composed of Dr. James Watt (United States of America), Dr. Manoel José Ferreira (Brazil), Dr. Pedro Daniel Martínez (México), and Dr. Roberto Acosta Borrero (Colombia) studied the report presented by the Director on this topic, and the observations made by the various Representatives during its discussion.

Bearing in mind the comments made in the course of the debate, the Working Party recommended that the Directing Council consider the adoption of the following

Proposed Resolution

THE DIRECTING COUNCIL,

Having examined the report of the Director on the relationship between social security medical programs and those of Ministries of Health or other official health agencies (Document CD15/15); and

Considering that it is necessary to improve the procedures designed to achieve active health planning, extend the coverage of health services, coordinate the financing schemes, and integrate preventive and curative activities,

RESOLVES:

1. To take note of and thank the Director for his report on the relationship between social security medical programs and those of Ministries of Health or other official health agencies (Document CD15/15).

2. To instruct the Director to continue to provide advisory services to the countries at their request and to promote the coordination of international organizations interested in this subject.

3. To recommend to the Director that he convene a Study Group to present to the Organization a report containing its views regarding the promotion of better coordination among the public health services and the medical care programs provided by the social security agencies and other organizations, and that he transmit that report to the Governments in due course.

4. To authorize the Director to take into account, when implementing the program and budget for 1965, such new needs as may arise from this resolution."

El Dr. BONICHE VASQUEZ (Nicaragua) señala que el proyecto de resolución propuesto le parece muy acertado, pero añade que, en cuanto a la aplicación de la medicina preventiva, los organismos de seguridad social actúan en sectores limitados y que es preciso buscar la manera de que cooperen en la prevención de las enfermedades transmisibles, mediante los programas de inmunización de los servicios de salud pública. Por ello propone que en la parte expositiva del proyecto de resolución se añada un párrafo concebido en los siguientes términos:

"Considerando que los organismos de seguridad social están en posición de ayudar en sus programas de prevención a los organismos gubernamentales llamados a servir a la población total a la vez que tienen la responsabilidad de aportar el mayor porcentaje al fondo para esas instituciones."

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución, con la enmienda propuesta por el Representante de Nicaragua.

Decision: With the amendment proposed by the Representative of Nicaragua, the draft resolution was unanimously approved.7

- TEMA 25: LUGAR DE LA XVII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA
(conclusión)
ITEM 25: PLACE OF THE XVII PAN AMERICAN SANITARY CONFERENCE
(conclusion)
- TEMA 36: ESTUDIO DE LA ORGANIZACION DE LA CONFERENCIA
SANITARIA PANAMERICANA (conclusión)
ITEM 36: STUDY OF THE ORGANIZATION OF THE PAN AMERICAN
SANITARY CONFERENCE (conclusion)

El Dr. BUSTAMANTE (México) da lectura al proyecto de resolución sobre el tema, preparado por el Grupo de Trabajo constituido con ese objeto y que dice así:

"EL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe preliminar presentado por el Director sobre el estudio de la organización de la Conferencia Sanitaria Panamericana (Documento CD15/26 y Addendum), junto con los documentos de trabajo relativos al lugar de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana (Documento CD15/27 y Addendum); y

Teniendo en cuenta la Resolución XXXVIII de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, la Resolución VIII de la 50a. Reunión del Comité Ejecutivo, y las opiniones vertidas en el curso del debate de los temas mencionados,

RESUELVE:

1. Encomendar al Director que ponga en conocimiento de los Gobiernos Miembros de la Organización las enmiendas constitucionales propuestas en la presente reunión y las que se reciban oportunamente antes de la 52a. Reunión del Comité Ejecutivo.
2. Encomendar al Comité Ejecutivo que presente un informe a la XVI Reunión del Consejo Directivo sobre la organización, estructura y lugar de las Reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud.

3. Transmitir a la XVI Reunión del Consejo Directivo las propuestas formuladas en relación al lugar de la celebración de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, con el objeto de que tome la decisión que estime pertinente".

"THE DIRECTING COUNCIL,

Having considered the preliminary report of the Director on the study of the organization of the Pan American Sanitary Conference (Document CD15/26 and Addendum), and the working documents on the place of the XVII Pan American Sanitary Conference (Document CD15/27 and Addendum); and

Bearing in mind Resolution XXXVIII of the XVI Pan American Sanitary Conference, Resolution VIII of the 50th Meeting of the Executive Committee, and the opinions expressed in the discussion of these topics,

RESOLVES:

1. To request the Director to inform the Member Governments of the Organization of the constitutional amendments proposed to the present meeting and those that may be received in good time before the 52nd Meeting of the Executive Committee.

2. To instruct the Executive Committee to submit a report to the XVI Meeting of the Directing Council on the organization, structure, and place of the meetings of the Governing Bodies of the Pan American Health Organization.

3. To transmit the proposals on the meeting place of the XVII Pan American Sanitary Conference to the XVI Meeting of the Directing Council so that it may decide as it deems fit."

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución presentado.

Decision: The proposed resolution is unanimously approved./

HOMENAJE A LA MEMORIA DEL DR. FRANCISCO VIO VALDIVIESO,
CONSULTOR DE LA OPS/OMS EN METODOS ADMINISTRATIVOS
TRIBUTE TO DR. FRANCISCO VIO VALDIVIESO, PAHO/WHO CONSULTANT
IN ADMINISTRATIVE METHODS

El Dr. ROJAS (Panamá) manifiesta que, habiéndose tratado en la misma sesión sobre administración sanitaria, quiere rendir un homenaje póstumo a una figura relevante, recientemente fallecida, el Dr. Francisco Vío Valdivieso, chileno, que en pleno ejercicio de su función de asesoramiento de administración sanitaria, murió en Panamá en momentos en que estaba trabajando en un seminario sobre administración. El Dr. Vío Valdivieso contribuyó a la elaboración de varios códigos sanitarios del Continente, y su contribución para modificar la legislación de Panamá y poner al día el código sanitario fue magnífica. Termina proponiendo que se guarde un minuto de silencio en homenaje a su memoria.

El Dr. AGUILAR (Guatemala) se adhiere a la propuesta del Representante de Panamá.

El Dr. QUIROS (Perú) se suma igualmente al muy justo homenaje al Dr. Vío Valdivieso, a quien recordó como amigo personal.

Todos los participantes, puestos en pie, guardan un minuto de silencio en homenaje a la memoria del Dr. Vío Valdivieso.

All participants rose and kept one minute of silence in tribute to the memory of Dr. Vío Valdivieso.

El Sr. FERNANDEZ (Chile), en nombre de la Delegación de su país, agradece el homenaje tributado a su compatriota fallecido.

El PRESIDENTE propone que el Director de la Oficina envíe una comunicación de pésame a la viuda del Dr. Vío Valdivieso, dándole cuenta del homenaje rendido a su esposo por el Consejo Directivo.

HOMENAJE A LA MEMORIA DEL DR. MANUEL SANCHEZ VIGIL, DIRECTOR DE SALUBRIDAD PUBLICA DE NICARAGUA
TRIBUTE TO THE LATE DR. MANUEL SANCHEZ VIGIL, DIRECTOR GENERAL OF PUBLIC HEALTH OF NICARAGUA

Dr. WILLIAMS (United States of America) said that it had been intention to postpone his statement until the final session of the Directing Council. However, in view of the action just taken, he considered it appropriate to express his deep regret at the recent death of Dr. Manuel Sánchez Vigil, Director General of Public Health of Nicaragua, an old friend, a long-standing participant in the Organization's activities, and an outstanding health officer who had worked untiringly toward improving health in the Americas. He proposed that all present stand and observe a minute of silence in tribute to Dr. Sánchez Vigil and that a telegram be sent to his widow expressing the Council's condolences.

El Dr. QUIROS (Perú) se adhiere al homenaje propuesto por el Dr. Williams.

El Dr. OLGUIN (Argentina) manifiesta que la Delegación de su país se adhiere a la moción del Representante de los Estados Unidos de América, por considerarla un justo homenaje a quien fue uno de los pioneros de la salud de las Américas.

Todos los participantes, puestos en pie, guardan un minuto de silencio en homenaje a la memoria del Dr. Sánchez Vigil.

All participants rose and kept one minute of silence in tribute to the memory of Dr. Sánchez Vigil.

El PRESIDENTE anuncia que, de acuerdo con la propuesta del Representante de los Estados Unidos de América, se enviará a la viuda del Dr. Sánchez Vigil un telegrama concebido en los siguientes términos:

"El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en su XV Reunión, rindió homenaje a la memoria de nuestro distinguido colaborador y colega, Dr. Manuel Sánchez Vigil, durante muchos años representante de Nicaragua en el seno del Consejo. Me encomendó hiciera llegar a usted la expresión de dicho homenaje juntamente con la de nuestro pésame más sincero".

El Dr. BONICHE (Nicaragua) agradece la propuesta del Dr. Williams en el sentido de rendir un homenaje póstumo al Dr. Sánchez Vigil; al Consejo, por la acogida inmediata que dio a dicha propuesta y en especial a los Dres. Quirós, del Perú, y Olguin, de la Argentina, por sus expresiones de elogio al finado.

Se suspende la sesión a las 6:10 p.m. y se reanuda a las 6:55 p.m.
The session was suspended at 6:10 p.m. and resumed at 6:55 p.m.

CONVOCATORIA DE LA 51a REUNION DEL COMITE EJECUTIVO
CONVOCAION OF THE 51st MEETING OF THE EXECUTIVE COMMITTEE

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) anuncia que la sesión de clausura del Consejo Directivo se ha previsto para las once de la mañana del viernes 11 de septiembre. Añade que, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1 del Reglamento Interno del Comité Ejecutivo, tiene el honor de convocar a la 51a Reunión el mismo día a las 9 de la mañana. Los miembros del Comité son el Brasil, Costa Rica, Estados Unidos de América, Jamaica, México, Panamá y Venezuela.

VOTOS DE GRACIAS
VOTE OF THANKS

El Dr. BUSTAMANTE (México) manifiesta, en nombre del Dr. José Alvarez Amézquita, Secretario de Salubridad y Asistencia, el pesar de éste por no haber podido concurrir a las sesiones durante tres días. Invita a los Representantes a una visita al nuevo Museo de Antropología, que va a ser inaugurado oficialmente el 17 de septiembre, así como a un banquete con motivo de la clausura de la XV Reunión del Consejo Directivo, que tendrá lugar el día 11. Finalmente, como le correspondió formular el año anterior la invitación para que la reunión del Consejo se celebrara en México, agradece la presencia de los Representantes y les pide que conserven el mejor recuerdo de su país. "México -añade- ha procurado siempre considerar como hermanos a todos los países

de América y a los demás del mundo". Termina formulando votos por el éxito de la Organización Mundial de la Salud, de la Organización Panamericana de la Salud, de la Oficina Sanitaria Panamericana, y la salud para los presentes, en beneficio de todos los pueblos del mundo.

El Dr. OLGUIN (Argentina) señala que la reunión ha llegado a la conclusión de sus tareas después de haber pasado en la hospitalaria tierra de México estas semanas de labor común y haber sido recibidos en ella con el espíritu de confraternidad y de hospitalidad que siempre han caracterizado a México.

"Esto -prosigue diciendo- nos ha hecho sentir como en nuestras casas y ha permitido que la labor se desarrollara en el espíritu de alta calidad técnica y humana que ha caracterizado a esta reunión. Por eso es que me permito someter a consideración del Consejo Directivo un voto en que exprese este sentimiento que experimentamos y que podría concretarse en estos términos:

'EL CONSEJO DIRECTIVO,

Expresa su agradecimiento al Excelentísimo señor Presidente de la República de los Estados Unidos Mexicanos, Lic. Adolfo López Mateos, y al Gobierno, en particular al Secretario de Relaciones Exteriores, Señor José Gorostiza, y al señor Secretario de Salubridad y Asistencia, Dr. José Alvarez Amézquita, por la generosa acogida dispensada a los Miembros del Consejo Directivo, y al personal en su XV Reunión, así como por las facilidades brindadas para el feliz éxito de su trabajo;

'A las demás autoridades mexicanas, y a las instituciones públicas y organizaciones privadas que tan espléndidamente han atendido a todas las Delegaciones;

'A los Miembros de la Comisión Mexicana designada para cooperar con la Oficina Sanitaria Panamericana en la organización de la XV Reunión por la magnífica colaboración prestada durante los períodos preliminares del desarrollo de la reunión y a la Comisión de Damas por la hospitalidad brindada a las señoras de los Representantes.'"

El Dr. ROJAS (Panamá) declara que después de haber estado en México, en tan gran ambiente de fraternidad, preñado de historia de la época prehispánica, de la Colonia y de la era actual, y en vísperas del Gran Grito de Dolores, en esta patria grande de Juárez y de Moctezuma, de Cortés y del Cura Hidalgo, de Madero y del Lic. López Mateos, le parece que la forma más cordial, más cariñosa de aprobar la resolución de votos de gracias presentada por el Representante de la Argentina sería la de que todos los participantes dedicaran un aplauso cerrado a México, al distinguido Dr. Alvarez Amézquita y a su Presidente Lic. López Mateos.

(Aplausos)
(Applause)

El Dr. ACOSTA (Colombia) propone que al proyecto presentado por el Representante de la Argentina se agregue un párrafo expresando el agradecimiento del Consejo al Director y a los funcionarios de la Oficina Sanitaria Panamericana y al

resto del personal de los Servicios de Secretaría por su eficaz labor que ha permitido el desarrollo satisfactorio de las tareas de la reunión.

Así se acuerda
It was so agreed

Se levanta la sesión a las 7:45 p.m.
The session rose at 7:45 p.m.

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD
XV Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD
XVI Reunión



México, D. F.

Sábado, 11 de septiembre de 1964, a las 11:15 a.m.
Saturday, 11 September 1964, at 11:15 a.m.

CD15/53
17 septiembre 1964
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA SESION DE CLAUSURA
PROVISIONAL PRECIS MINUTES OF THE CLOSING PLENARY SESSION

Presidente: Dr. José Alvarez Amézquita México
President:

Indice
Contents

EXPRESIONES DE AGRADECIMIENTO
VOTE OF THANKS

APROBACION Y FIRMA DEL INFORME FINAL
APPROVAL AND SIGNATURE OF THE FINAL REPORT

Nota: Esta acta resumida es provisional. Se ruega a los señores Representantes tengan a bien comunicar a la Oficina Sanitaria Panamericana (Atención: Jefe de la Sección de Conferencias y Traducciones) las modificaciones que deseen ver introducidas en el texto, antes del 10. de noviembre de 1964. Los textos completos de las actas resumidas, en inglés y español, se publicarán en las Actas de la Reunión.

Note: These précis minutes are provisional. The representatives are therefore requested to notify to the Pan American Sanitary Bureau (Attention: Chief of Conference and Translations Section) before November 1st 1964, of any changes they wish to have made in the text. The full texts of the précis minutes, in both English and Spanish, will be published in the Proceedings of the Meeting.

EXPRESIONES DE AGRADECIMIENTO
VOTE OF THANKS

El PRESIDENTE declara abierta la sesión y manifiesta que el trabajo realizado en la Reunión se ha concretado en resoluciones y, lo que es más importante aún, se ha fortalecido en ella una conciencia panamericana en materia de salud. Además, los Representantes han tenido la oportunidad de cambiar impresiones, que es otra manera de fortalecer los muchos vínculos que unen a los sanitaristas del Hemisferio.

Seguidamente, pide a los Representantes que disculpen cualquier omisión circunstancial en que se pudiera haber incurrido, ya que la voluntad de México es abrir el corazón y el espíritu, en un plan constructivo, a todas las gentes de América. Todos los pueblos del Hemisferio -dicen- forman fundamentalmente una unidad y están animados por el deseo de progreso, de libertad, y de lograr la consecución del derecho de los pueblos a gozar de una buena salud.

A continuación somete el Informe Final a la consideración del Consejo.

El Dr. FERREIRA (Brasil) manifiesta que la Reunión se ha caracterizado por la alta calidad de la labor realizada y que el Informe Final refleja muy bien lo que se ha

logrado en ella, por lo que da su plena aprobación al documento presentado.

El Dr. QUIROS (Perú) se suma a las manifestaciones del Representante del Brasil, y felicita muy sinceramente al Director de la Oficina y a su personal que, con tanta devoción, ha facilitado en gran medida la labor del Consejo Directivo. Expresa asimismo sus agradecimientos al Gobierno de México por las atenciones de que han sido objeto los Representantes durante su permanencia en el país.

El Dr. MOTEZUMA (Venezuela) se adhiere asimismo a las expresiones de felicitación al Director y al personal de los Servicios de Secretaría por su labor eficiente que tanto contribuyó al buen desarrollo de la Reunión. Expresa también el agradecimiento a la Delegación de su país, al Gobierno y al pueblo de México, y particularmente al Presidente del Consejo Directivo, Dr. José Alvarez Amézquita, por las atenciones dispensadas. Por último, manifiesta su sincero reconocimiento a los Representantes por haber elegido a Venezuela para formar parte del Comité Ejecutivo.

El Dr. AGUILAR (Guatemala) se suma igualmente a las felicitaciones al Director y al personal, por la labor realizada durante la Reunión, así como a las expresiones de gratitud de los diversos Representantes por las atenciones recibidas por parte de las autoridades y del pueblo de México.

El Dr. ALONSO (Cuba) felicita también al Director y al personal de Secretaría por el éxito de la Reunión, y agradece al Gobierno de México las atenciones recibidas durante su estancia en el país. Reitera sus anteriores expresiones, en las que manifestó satisfacción por encontrarse en el país y reitera, asimismo, a los Representantes el saludo del pueblo de Cuba.

El Dr. VILLAMAR (Ecuador) expresa su felicitación al Director de la Oficina, así como a todos los miembros del Consejo Directivo y, en especial, sus sinceras congratulaciones al Dr. Alvarez Amézquita, quien siempre ha hecho gala de su profunda labor de acercamiento panamericano.

El Dr. GONZALEZ TORRES (Paraguay) se adhiere a los votos de felicitación y agradecimiento expresados y destaca especialmente la labor de los Dres. Horwitz y Alvarez Amézquita que se ha reflejado en la excelente organización y desarrollo de la reunión.

El Dr. ROJAS (Panamá) reitera las manifestaciones que hizo en la décimoquinta sesión plenaria, al concluir las deliberaciones de la reunión, en la que rindió homenaje al Dr. Alvarez Amézquita, al pueblo de México, a su historia y a su Gobierno y pide que quede constancia de ellas en el acta.

Dr. WILLIAMS (United States of America), on his own behalf and in the name of his Delegation, thanked the President of the Council and his Government for the many courtesies and hospitality shown. He also extended thanks to the Director and staff of the Bureau and to all his colleagues from the Americas who had helped make this one of the most successful Council meetings.

El Dr. VIDOVICH (Uruguay) se adhiere a las felicitaciones al Director y al personal por el buen desarrollo de la reunión, así como a las manifestaciones de agradecimiento al Gobierno y al pueblo de México por las atenciones de que en todo momento fueron objeto los participantes en la reunión.

Dr. COMISSIONG (Trinidad and Tobago) joined in the expressions of appreciation to the President of the Council, the Government of Mexico, and the Pan American Sanitary Bureau, so ably led by Dr. Horwitz.

APROBACION Y FIRMA DEL INFORME FINAL
APPROVAL AND SIGNATURE OF THE FINAL REPORT

El Dr. HORWITZ (Director, OSP) da cuenta de la introducción de las cuarenta y tres resoluciones aprobadas, y de los votos de gracias que figuran en el Informe Final.

El PRESIDENTE somete a la aprobación del Consejo Directivo el Informe Final de la Reunión.

Decisión: Se aprueba por unanimidad y sin modificación el Informe Final y cada una de las Resoluciones I a XLIII que lo integran.

Decision: The Final Report and all the Resolutions I to XLIII contained therein were unanimously approved without change.⁷

Seguidamente, firman el Informe Final el Presidente de la XV Reunión del Consejo Directivo, Dr. José Alvarez Amézquita, y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Secretario ex officio del Consejo, Dr. Abraham Horwitz.

Se levanta la sesión a las 11:50 a.m.
The session rose at 11:50 a.m.

PAN AMERICAN HEALTH SERVICE BUREAU
LIBRARY
WASHINGTON, D. C.