

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XVIII Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XX Reunión



Buenos Aires, Argentina
Octubre 1968

Tema 12 del programa

CD18/21 (Esp.)
22 octubre 1968
ORIGINAL: ESPAÑOL

INTENSIFICACION DE LOS PROGRAMAS DE SALUD - INFORME SOBRE LA REUNION
DE MINISTROS DE SALUD Y MEDIDAS NECESARIAS PARA D.R CUMPLIMIENTO A LAS
DECISIONES ADOPTADAS

El Director tiene el honor de transmitir al Consejo Directivo el Informe Final de la Reunión Especial de Ministros que, de conformidad con la Resolución XXXVII del XVII Consejo Directivo se reunió en Buenos Aires, República Argentina, desde el 14 hasta el 18 de octubre de 1968.

Durante cinco días los Señores Ministros de Salud hicieron una detallada revisión de los problemas de salud del Continente, señalando los progresos realizados desde la anterior Reunión de Ministros de 1963 y destacando particularmente el esfuerzo que los países tienen todavía que hacer para alcanzar las metas fijadas en esa oportunidad, a la vez que definiendo los métodos para lograrlos.

Sin lugar a dudas este importante documento representa un paso trascendental para el futuro de la salud y una contribución valiosa al desarrollo económico y social del Continente, por lo cual el Director se permite, respetuosamente, solicitar del Consejo Directivo, su incorporación a la política general de la Organización Panamericana de la Salud, de modo que pueda servirle como base para sus futuros programas de salud en cooperación con los países.

Anexo



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

REUNION ESPECIAL DE MINISTROS DE SALUD DE LAS AMERICAS

—ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

BUENOS AIRES, ARGENTINA, 14-18 OCTUBRE 1968

REMSA/19, Rev. 2 (Esp.)
6 noviembre 1968
ORIGINAL: ESPAÑOL

I N F O R M E F I N A L

INDICE

| | PAGINA |
|---|--------|
| I. Un nuevo plazo que se cumple en la historia de la salud continental - Algunos antecedentes de interés | 1 |
| II. Una visión de la función salud para las últimas décadas del siglo | 5 |
| III. Control de enfermedades transmisibles | 30 |
| IV. Estado de la erradicación de la malaria en las Américas | 59 |
| V. Saneamiento, ciencias del ambiente e ingeniería sanitaria | 62 |
| VI. Protección maternoinfantil y métodos de orientación integral de la familia en aspectos de salud | 68 |
| VII. Política de alimentación y nutrición | 73 |
| VIII. Planes nacionales de salud y mejoramiento de la organización y administración de los servicios de salud | 77 |
| IX. Servicios de salud en los proyectos de modernización de la vida rural | 84 |
| X. Desarrollo de recursos humanos para la salud | 88 |
| XI. Investigación y tecnología para la salud y el bienestar | 95 |
| XII. La salud en el Mercado Común Latinoamericano | 99 |
| XIII. Legislación de salud | 100 |
| XIV. Laboratorios de referencia - Control de la calidad de medicamentos | 102 |
| XV. Salud mental - Alcoholismo | 107 |
| XVI. Un intento de evaluación de lo realizado y de lo que aún resta por hacer | 110 |
| XVII. Resolución Especial | 118 |
| XVIII. Participación de la mujer en los planes de salud de las Américas | 119 |
| XIX. Declaración final | 120 |

I. UN NUEVO PLAZO QUE SE CUMPLE EN LA HISTORIA DE LA SALUD CONTINENTAL.
ALGUNOS ANTECEDENTES DE INTERES

En Washington, D.C., entre el 15 y el 20 de abril de 1963 se reunieron los Ministros de Salud de los Gobiernos signatarios de la Carta de Punta del Este, o sus representantes, dando cima a su labor después de ocho sesiones plenarias, cuatro de la primera Comisión de Trabajo y tres de la segunda.

El análisis de los temas y las consideraciones generales y específicas que les sirvieron de marco, con la síntesis de cada problema como justificación de las recomendaciones aprobadas, fueron reunidos en un volumen especial, el Documento Oficial N° 51, publicado en español e inglés*.

Sus señeros conceptos sobre la Salud en el Desarrollo Económico y Social de las Américas; los grandes problemas del continente en tal materia; los criterios para establecer prioridades en su solución; el objetivo análisis de su presente y perspectivas futuras; y la declaración final, nada han perdido en actualidad. Por el contrario, importantes eventos posteriores les han asegurado una permanencia y validez que bien se aprecian en la iniciación y decurso de éstos.

Desde la Convención Sanitaria Internacional del mes de diciembre de 1902, fecha que marca el nacimiento de la Oficina Sanitaria Panamericana, no hubo en las Américas, en el presente siglo, otra ocasión en la cual las más altas Autoridades de Salud se reunieran para dilucidar asuntos exclusivamente técnicos de tanta trascendencia. Y es bien probable que no haya existido otra oportunidad en la que la dignidad del hombre, síntesis de todos los esfuerzos de la sociedad, se mostrara en forma más relevante. Quedó de relieve, por quienes tenían autoridad para hacerlo, la esencia humanitaria de la economía, como ciencia al servicio del hombre.

No ha habido otra ocasión, ni en el siglo ni en el continente, tan propicia para la revelación de un sentimiento solidario de reconocer la salud como elemento fundamental del progreso y del desarrollo económico.

Tuvo razón el prefacio del Informe Final al calificar este documento, sobre la firma del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana,

* ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD; Reunión de Ministros de Salud-Grupo de Estudio. Documento Oficial N° 51, diciembre de 1963.

como histórico. Y tuvo razón, también, cuando al glosar y transcribir un párrafo de la Declaración Final vio en dicha Declaración, más que una simple expresión de fe, la respuesta a la cuestión fundamental por la que se reunió el Grupo de Estudio: Puede o no realizarse el Plan Decenal de Salud de la Alianza para el Progreso?

"De este análisis, concluimos que el Plan Decenal de Salud de la Alianza para el Progreso puede realizarse siempre que se integren en forma racional sus objetivos con el resto de las metas que nuestros países se proponen alcanzar, y que se movilicen al máximo los recursos potencialmente existentes en todos y en cada uno de nuestros hombres, y las voluntades al servicio de un ideal superior, que es la conquista del bienestar en beneficio de todos los pueblos de América.

"Y debe realizarse esta noble tarea por la dignidad de los hombres de América, en quienes reside el destino del Continente en esta hora singular de su historia."

Entre el 12 y el 14 de abril de 1967 se reunieron en Punta del Este (Uruguay) la gran mayoría de los Presidentes de América y el Primer Ministro de Trinidad y Tabago con el firme propósito de dar una expresión más dinámica y concreta a los ideales de la unidad latinoamericana y de la solidaridad de los pueblos americanos inspirados por los próceres y los creadores de las distintas patrias.

Como resultado auspicioso de su común y solidario esfuerzo, proclamaron su decisión de lograr plenamente el orden social que exigen los pueblos del Continente con la creación de un mercado común; la integración económica latinoamericana; el acrecentamiento de los ingresos provenientes de su comercio exterior; la modernización del mundo rural, la elevación de la producción agropecuaria y el fomento de la producción de alimentos en beneficio propio y del mundo; el impulso de la educación en función del desarrollo; el aporte de la ciencia y de la tecnología al servicio de los pueblos; y el incremento de los programas de mejoramiento de la salud.

En la letra C del Capítulo V, Desarrollo Educativo, Científico y Tecnológico e Intensificación de los Programas de Salud quedó ésta reconocida como un factor fundamental para el desarrollo económico y social de la América Latina, reafirmandose una vez más los principios contenidos en la Carta de Punta del Este y dando implícito y pleno respaldo a las recomendaciones de la Primera Reunión de Ministros de Salud - Grupo de Estudio.

* IBID, página v.

** ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS. Declaración de los Presidentes de América, Facsímil, 1967.

Comentando esta Declaración en el seno de las Quintas Reuniones Anuales del Consejo Interamericano Económico y Social (Viña del Mar, Chile, 15 al 26 de junio de 1967) pudo afirmarse con razón que:

"En su trascendental Declaración, los Jefes de Estado reconocieron el papel fundamental de la Salud en el desarrollo económico y social de la América Latina.

"Al reafirmar las metas de la Carta de Punta del Este (1961) y también la contribución de la Reunión de Ministros - Grupo de Estudio (1963) - los Jefes de Estado establecieron una serie de objetivos específicos instando a la Organización Panamericana de la Salud a que colabore con los Gobiernos en la preparación de los programas correspondientes a ellos."++

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en su XVII sesión del 12 de octubre de 1967, en mérito de lo anterior, incluyó en su Resolución XXXVII el agradecimiento a los Ministros de Salud y al Director por las gestiones realizadas en cumplimiento del mandato acordado en la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana; su satisfacción por el amplio reconocimiento del Sector Salud en la Declaración de los Presidentes de América; el propósito de "incorporar a la política de la Organización los propósitos señalados... que directa o indirectamente se relacionen con salud"; la aceptación agradecida del encargo hecho a la Organización de colaborar con los Gobiernos en la preparación de programas de salud.

Resolvió, igualmente, expresar su reconocimiento al Gobierno de la República Argentina por el auspicio ofrecido para celebrar en Buenos Aires, inmediatamente antes de la XVIII Reunión del Consejo Directivo, una Reunión Especial de Ministros de Salud del Continente con el fin de estudiar y establecer un plan de operaciones para llevar a cabo las decisiones adoptadas por los Presidentes de América; recomendar por conducto de los Ministerios de Salud la invitación de los representantes de otras instituciones del Sector Salud; y autorizar al Director para realizar las gestiones pertinentes para la convocatoria y organización de la mencionada Reunión Especial de Ministros

*

HORWITZ, Abraham. La Salud en la Declaración de los Presidentes de América. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. LXIII, Nº 2, agosto de 1967.

de Salud, manteniendo informado al Secretario de Salud de la República Argentina.*

En Buenos Aires, República Argentina, en el Edificio de Congreso, Teatro San Martín, se congregaron entre los días 14 al 18 de octubre de 1968, los Ministros de Salud de las Américas o sus representantes en Reunión Especial. Dicha Reunión celebró seis sesiones plenarias, ocho sesiones de la Comisión I y 8 sesiones de la Comisión II. En el curso de dichas sesiones se trataron los temas incluidos en el correspondiente programa aprobado en la 1a. sesión plenaria. (Anexos).

*

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, Intensificación de los programas de salud de acuerdo a las decisiones de la Reunión de Jefes de Estados Americanos. Consejo Directivo, XVII Reunión, Resolución XXXVII, Documento Oficial N° 82, 1968, pág. 45.

II. UNA VISION DE LA FUNCION SALUD PARA LAS ULTIMAS DECADAS DEL SIGLO

Problemas de Salud de las Américas - Generalidades

En su Reunión de abril de 1963 expresaron los Señores Ministros de Salud lo siguiente después de analizar exhaustivamente los problemas de salud de las Américas:

"Hemos interpretado los propósitos de la Carta de Punta del Este como un esfuerzo cooperativo para estimular el progreso social de la América Latina, concomitantemente y como resultado del crecimiento sostenido de la economía. En cuanto a los problemas de salud en sí, los entendemos como el conjunto de factores que condicionan las enfermedades y su distribución en cada sociedad. Estos factores son de orden biológico, económico, histórico y cultural. De acuerdo con las informaciones disponibles prevalecen en la América Latina las infecciones, la desnutrición, el saneamiento deficiente, la vivienda y condiciones de trabajo insalubres, la ignorancia, el vestido inapropiado, el bajo ingreso real de cada persona. Estos factores en conjunto producen una morbilidad general exagerada; una elevada mortalidad infantil y de los menores de cinco años -sobre el 40% del total de defunciones-; accidentado curso del embarazo, parto y lactancia en las madres, lo que se traduce en la limitación de la expectativa de vida al nacer. Son ellos responsables también de la escasa capacidad de los escolares; del rendimiento limitado de las fuerzas del trabajo; además, de un sentimiento de pesimismo frente a la vida. Estos problemas de salud tienen distinta distribución de uno a otro país, en el seno de cada uno de ellos y en el medio urbano y rural.

Es sabido que el personal profesional y auxiliar adiestrado es insuficiente en calidad y cantidad. Los fondos disponibles para salud, el equipo y los elementos son también insuficientes. Se hace indispensable establecer prioridades con el fin de que las inversiones en salud rindan los mejores resultados posibles y beneficien al mayor número de habitantes."

★

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, Reunión de Ministros de Salud-
Grupo de Estudio, Documento Oficial Nº 51, diciembre de 1963, pág. 6.

Con las informaciones disponibles* que han mejorado en cantidad y calidad en los últimos cinco años, puede afirmarse que subsisten los problemas en la forma más arriba descrita, pero hay una clara tendencia a la disminución de su frecuencia y gravedad. Persisten, asimismo, las variaciones dentro de cada país y entre ellos. En las sociedades tecnológicamente avanzadas no se advierten cambios significativos en la incidencia de las enfermedades transmisibles frecuentes, con excepción del sarampión que tiende a declinar donde hay vacunación sistemática. Por otra parte, se observa un incremento de las enfermedades respiratorias crónicas y de las enfermedades ocupacionales; aún se ha comprobado la aparición de nuevas afecciones, debidas a la introducción de procesos químicos en la industrialización y otras, yatrogénicas.

La migración acelerada del medio rural al urbano la que en algunos países ha alcanzado anualmente a un 5% de la población total ha dado lugar a la existencia de las poblaciones marginales de las grandes ciudades, con graves problemas concomitantes de salud. Se trata de verdaderos focos de efervescencia social que han dado en llamarse de "ruralización" del medio urbano. En buena medida son la expresión más visible, en lo negativo, del grave desequilibrio de necesidades y recursos que presenta la gran ciudad. Cabe señalar que el fenómeno se ha producido con intensidad comparable en los países y en las zonas tecnológicamente más avanzadas del continente. A menudo, los más graves conflictos sociales están ocurriendo en dichas poblaciones marginales, así como también en el medio rural.

En el quinquenio transcurrido entre ambas Reuniones de Ministros de Salud, se ha puesto en evidencia en las Américas, con mayor claridad, un espíritu de renovación de viejos moldes y estructuras caducas; un propósito creciente de prestar atención a las aspiraciones sociales; un reconocimiento -no tan sólo en la expresión sino que en la ley y en sus aplicaciones- del derecho que le asiste al ser humano a un bienestar mínimo, cualesquiera que sea su origen, su fe y su condición genética. La vida se ha hecho más agitada e intensa y las peticiones son muy superiores a los recursos disponibles y a la capacidad de las instituciones para satisfacerlas.

*

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, Hechos que revelan progreso en salud. Publicación Científica Nº 166, septiembre de 1968.

Dinámica de la Población

En el estudio de los más variados problemas se ha puesto de relieve el crecimiento de la población en relación con el de la economía y de los servicios para atender necesidades vitales.

Ha llegado a ser distintivo del período que se analiza, el debate sobre la dinámica de la población y sus consecuencias para el bienestar. Se ha hecho caudal que la América Latina y la Región del Caribe muestran las más altas tasas de incremento anual de la población, comparadas con las otras regiones del mundo. Ellas fluctúan entre el 3 y el 3,5% por año, en la mayoría de los países.

Dado lo trascendental de la cuestión era de esperar la diversidad de opiniones. El debate ha sido en todo caso valioso para expresar con claridad conceptos y sugerir cursos de acción, vale decir, una "política".

Hay personas que, por su fe, su convicción científica o porque así lo establece una decisión política en el más alto nivel, no aceptan ninguna interferencia deliberada en el tamaño y estructura normal de la población. Destacan que es de la decisión exclusiva y de la responsabilidad de cada pareja determinar el número de hijos. No obstante, aceptan medidas legales de diverso orden tendientes a facilitar la consecución de una genuina paternidad responsable, lo cual debe contribuir a un cambio positivo de las estructuras de la sociedad de manera tal que los ingresos y servicios se conformen a la naturaleza social de la población, cuya unidad es la familia.

En el extremo opuesto se sitúan aquellos otros que estiman que es urgente reducir el crecimiento acelerado de la población para ponerlo a tono con el correspondiente a los recursos, aliviar el peso de la generación actual y garantizar el futuro de las que vendrán. La planificación de la familia es para ellos un fin en sí mismo y mientras más pronto se generalice, mejores serán las posibilidades para cada sociedad. Para estimular el desarrollo es previo -a su juicio- limitar el incremento desmesurado de la población.

Para los eclécticos no hay antinomia entre población y desarrollo. Muy por el contrario, ambos se complementan en determinadas condiciones. Lo que procede es estimular el desarrollo y el bienestar por todos los medios al alcance de la ciencia, la técnica y la economía, con el fin de satisfacer las aspiraciones de cada sociedad. Desde el punto de vista de la salud, la planificación de la familia representa

un medio, entre otros, para resolver problemas específicos, como es el aborto inducido, o contribuir al tratamiento de otros, como son ciertas enfermedades crónicas. Más aún, si la política de población así lo establece, puede incluirse entre los métodos para resolver problemas de trascendencia social.

En la Asamblea Mundial de la Salud y en las Reuniones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud, los Gobiernos han establecido los principios y las normas para realizar dicha política*. Ellos están basados en el respeto a la voluntad de las personas, ajeno a toda coacción o influencia. Es privativo de cada pareja determinar el número de hijos. Precisamente, para ejercer una paternidad responsable, hay que intensificar la educación. Para tomar esta decisión, cada familia tiene el derecho a ser informada. Al Estado le cabe la responsabilidad de decidir la forma en que facilitará dicha información, así como la puesta en práctica de las medidas relacionadas con la selección que cada familia haga.

Como se verá, algunos Gobiernos de las Américas han definido su política y la han desarrollado, sea con fines demostrativos o de extensión nacional. Otros no se han pronunciado sobre la cuestión, si bien la han reconocido como fundamental entre los asuntos que han caracterizado el período que se analiza, a contar desde la firma de la Carta de Punta del Este.

Salud y Desarrollo

La salud ha sido señalada, en los más altos niveles políticos del continente, como fundamental para el desarrollo económico y social de las Américas. Con ello se quiere poner de relieve la importancia que tiene para la producción y la productividad, así como para reducir los riesgos del ambiente y facilitar la explotación de las riquezas naturales. Esta interpretación no vulnera el significado ético de la salud individual y colectiva, como un bien para cada persona y su medio social. Muy por el contrario, esta concepción espiritual se vigoriza

★

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. PROGRAMA de actividades que pudieran ser desarrolladas por la OMS en los aspectos de salud con respecto a población mundial, Asambleas XVIII, XIX, XX y XXI, Documentos WHA-18.49; 19:43; 20:41 y 21:43 de 1965, 1966, 1967 y 1968 respectivamente.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Aspectos de salud relacionados con la dinámica de la población, Consejo Directivo, XVI Reunión, Resolución IX, Documento Oficial N° 66, 1966, pág. 15 y XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, tema 38, Documento Oficial N° 77, 1967, pp. 203 y 295.

si se reconoce su trascendencia para el desarrollo, en el sentido de contribuir a la convivencia y al buen funcionamiento de las comunidades.

Consecuente con esta doctrina, en los planes generales de desarrollo procede incorporar los programas nacionales y regionales de salud, desde las fases de preinversión. La proposición es racional; su realización, si bien compleja, es factible. Es más, es ineludible. El progreso del Continente se ha hecho desde la emancipación política de los países mucho más de Norte a Sur y viceversa, que en sentido transversal. Es posible que a ello haya contribuido la geografía. Así mismo, la geopolítica puede haber influido en el enorme desnivel entre los países de la América del Norte y los de la América Latina y Región del Caribe, así como al aislacionismo inducido de estos últimos.

Ha surgido en los últimos años un propósito de acción conjunta que, además de respetar la soberanía e intereses nacionales, busca los beneficios que para cada país pueden derivar de programas regionales o multinacionales. A ello conducen los proyectos de infraestructura que han de facilitar el intercambio creciente de ideas, de personas y productos a lo largo y a lo ancho de las Américas. Los caminos que cubren zonas de varios países; el desarrollo de las cuencas de los grandes ríos; las fuentes de energía y los sistemas de telecomunicaciones, entre otros, responden al propósito señalado. Algunos están en plena construcción; otros, en programación avanzada. Ejemplo conspicuo de los primeros es la Carretera Marginal de la Selva que se extiende por Perú, Ecuador, Bolivia, Colombia y Paraguay. De los segundos, el programa integral de la Cuenca del Río de la Plata, en el que participan los Gobiernos de Argentina, Bolivia, Brasil, Paraguay y Uruguay. Cualquiera que sea su naturaleza, todos son multidisciplinarios en el sentido que exigen experiencias muy diversas que deben integrarse desde los estudios básicos para formular el proyecto durante su ejecución y, posteriormente, en su mantención. Cada una de estas empresas es testimonio de lo indispensable que resulta el que la comunidad científica e intelectual de las Américas, deba preceder y servir de fundamento a la comunidad económica. Por eso, se requiere una Universidad para el desarrollo, que no forme tecnócratas sino hombres cultos y con visión.

Como se dijo, las funciones de prevención y curación oportunas de las enfermedades deben ser parte de dicho proyecto de desarrollo desde las fases de preinversión. Con igual razón, lo deben ser durante todo el proceso y adaptarse a las nuevas circunstancias y condiciones que se vayan produciendo. Hay que reconocer los problemas que existen en su magnitud y consecuencias, pero hay que prever los que

pueden desencadenarse a medida que las obras avanzan y el desarrollo se consolida. Hay zonas inexploradas de las Américas cuya ecología actual o potencial es necesario determinar porque, en su oportunidad, quedarán comprendidas en alguna faceta de esta gran empresa de acercamiento cultural y económico a que se han entregado los Gobiernos del Continente. Les corresponde a los técnicos en salud, en estrecha coordinación con todos los que tienen responsabilidades definidas en cada programa, evitar los riesgos de enfermedad y muerte, sea por acción directa, de acuerdo con la naturaleza de cada problema, sea por vía indirecta, modificando las condiciones desfavorables del ambiente. Simultáneamente, es preciso definir las influencias mutuas de cada proyecto en pro de la salud individual y colectiva. Debemos reconocer que hay todavía muy limitada experiencia en esta forma de cooperación multidisciplinaria para el gran desarrollo. No obstante, habremos de adquirirla por la trascendencia de los propósitos.

Comercio Intrarregional

Se han enunciado las medidas para mejorar el comercio intrarregional de América Latina. Ellas son de mucho significado para las acciones de protección, fomento y reparación de la salud. Lo son, desde luego, por el incremento del producto nacional para su distribución proporcional entre las actividades que son de responsabilidad del Estado, entre ellas las de salud. Lo son, asimismo, por el aumento del poder de consumo de bienes y servicios. Pero de igual importancia son sus consecuencias directas en lo que respecta a las relaciones entre economía y salud. Cubre la salud acciones tan diversificadas que, prácticamente, interviene en todas las grandes inversiones para el desarrollo. Lo revelan los programas de construcción de establecimientos; los de dotación de equipos, cada vez más complejos y costosos; los de alimentación de los enfermos y de los habitantes de las comunidades, en particular los niños; los de suministros de drogas y medicamentos; los de transporte de funcionarios y elementos; los de adiestramiento de profesionales, técnicos y auxiliares. Este conjunto, en términos de inversión pública y privada, representa una proporción significativa de la economía de cada país.

Mención especial merece, en cuanto a intensificación del comercio intrarregional, el control de calidad de los medicamentos, de los reactivos, de los alimentos industrializados o de exportación, de toda una serie de productos de uso en hospitales y otros establecimientos. Es urgente organizarlo como sistema tanto para el país exportador como

para el importador. Deberá basarse no sólo en el análisis de la composición de muestras de cada sustancia o preparado, sino en un conocimiento en detalle del proceso de producción industrial. En lo que respecta a drogas y medicamentos hay que intensificar la puesta en práctica de las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud*. En ellas se incluye la creación de centros internacionales de formación de técnicos y de investigación de métodos de análisis; ambas medidas representan un enfoque racional.

Mercado Común en la América Latina

Se ha resuelto la creación de un mercado común en la América Latina con su correspondiente marco institucional. Es evidente que a medida que se progresa hacia la interdependencia económica de los países; se intensifique la industrialización y el comercio intrarregional; se diversifique la producción por medio de la técnica moderna; se avance en el desarrollo de regiones geopolíticas; se cree la necesidad de más y mejores profesionales, se podrán diferenciar acciones propias de salud para problemas de naturaleza y extensión regional.

Le ha de corresponder a los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud estudiar, decidir y aprobar en su oportunidad los instrumentos técnicos, jurídicos y otros que mejor sirvan la viabilidad de las acciones antedichas.

Capital Exterior

Ha sido también distintivo de este período, a partir de la Reunión de Ministros de Salud de 1963, la decisión de los Gobiernos de recurrir al capital exterior para complementar los recursos domésticos y acelerar la solución de ciertos problemas de salud. Ellos afectan a un número importante de personas, o son prevalentes en áreas fundamentales para el desarrollo. Estos préstamos contribuyen a

*

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Inspección de la calidad de los medicamentos, XXI Asamblea, Documento WHA21.37 (Original: francés), 1968.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Inspección de la calidad de las preparaciones farmacéuticas, XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, Tema 36, Documento Oficial Nº 77, 1967, pag. 336.

mejorar la salud, la economía y las condiciones de vida. Dictó, a este respecto, el Banco Interamericano de Desarrollo una política crediticia para salud en la cual establece los programas que pueden ser objeto de préstamos de su Fondo de Operaciones Especiales*. El documento fue puesto a disposición de los Ministerios de Salud, con la anuencia del Presidente de dicha Institución, por la Organización Panamericana de la Salud. Su contenido es el resultado de la experiencia del Banco que ha interpretado el desarrollo de las Américas como un proceso armónico de crecimiento de la economía y del bienestar social. Su labor ha sido señera y, al formular una política para salud, totalmente original. Destacan, entre sus inversiones sociales, las destinadas a programas de agua y alcantarillado; de educación médica y de salud; de construcción de hospitales universitarios; de control de la fiebre aftosa para evitar pérdidas de proteínas esenciales para los niños, entre otros.

Se ha contado, asimismo, con aportes de capital exterior de algunos gobiernos europeos para la construcción y dotación de hospitales; de Canadá para servicios de agua y de Estados Unidos de América para erradicación del paludismo, servicios de saneamiento, unidades rurales de salud, para citar sólo los más importantes.

Esperamos que esta tendencia continúe y se intensifique, porque las obras realizadas han despertado el deseo de otras comunidades con problemas similares y dispuestas a aportar trabajo, fondos y recursos materiales. Hay conciencia en los Gobiernos de las Américas sobre la urgencia de satisfacer aquellas necesidades que son básicas para la vida de los habitantes, a tono con las riquezas culturales y naturales de cada país y del Continente en su conjunto. Es de toda conveniencia programar racionalmente el desarrollo y cumplirlo sin diferir las aspiraciones de los pueblos. Porque lo que se busca es una genuina justicia distributiva.

En general, las inversiones actuales en relación con la magnitud de los problemas de salud son insuficientes. Ello está induciendo a algunos países a buscar nuevas fuentes de financiamiento entre los recursos domésticos. Se tiene presente, en todo caso, la

*

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO, Política en materia de salubridad, Documento de Trabajo, 1968.

existencia de amplias posibilidades para atender un mayor número de enfermos y cuidar de la salud de más habitantes, si se hace un uso racional de los recursos disponibles. Se advierten en cada país, sugestivas diferencias en el costo de las diversas instituciones públicas, privadas y autónomas para una misma atención. Este hecho es claro índice de la necesidad de un mejor aprovechamiento de la capacidad instalada. No obstante, la demanda social en crecimiento y la justicia que asiste a quienes solicitan servicios de salud, es el estímulo natural para el aumento de las inversiones.

Producción de Alimentos

Son evidentes en las Américas las posibilidades de aumentar la producción de alimentos para las necesidades crecientes de los pueblos y contribuir a la alimentación de otras regiones del mundo. La producción actual es insuficiente en cantidad y calidad. No hay una armonía entre lo que requieren los habitantes y la economía de cada país. Tampoco existe en lo que se refiere a los alimentos que se exportan e importan en cada país. Hay, además, dispendio por deficiente conservación de los alimentos, por destrucción debida a roedores e insectos. Lo hay, asimismo, por enfermedades evitables de los animales, algunas de las cuales son verdaderas zoonosis. A esta serie de factores negativos se agregan las dificultades de distribución oportuna, por la existencia de malas vías de comunicación y de transportes. Finalmente, hay que destacar el bajo poder de compra de sectores de la población y los hábitos de alimentación que forman parte de las características culturales.

Este enunciado de los factores de mayor jerarquía que configuran el problema de la alimentación y de la nutrición de toda sociedad revela su complejidad, su carácter inevitablemente multidisciplinario y las importantes funciones que le corresponden a la salud. Hay urgencia para todos los países de las Américas en definir una política agropecuaria que permita una sistematización de dichos problemas, con miras a garantizar la nutrición de los habitantes y a satisfacer, a la vez, los requerimientos del desarrollo económico. Sin esa fundamentación, le será muy difícil a los técnicos en salud cumplir con su cometido, esto es, prevenir las enfermedades de la nutrición, tratar oportunamente a los enfermos, contribuir al crecimiento físico y mental de los niños y a la productividad de los adultos. La experiencia demuestra que ha habido progresos evidentes en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades nutricionales, como consecuencia de la investigación científica. No ha habido avance en la prevención, debido a la falta de conocimientos

acerca de la disponibilidad de alimentos protectores y energéticos para satisfacer las necesidades vitales de cada población. Y este desconocimiento se relaciona con la ausencia de una política agrícola que oriente la producción nacional con debida consideración al consumo del país, la exportación y la importación de alimentos.

No puede existir mejor argumento, para justificar la urgencia y destacar la gravedad del problema, que las tasas de mortalidad infantil y de los menores de cinco años que persisten elevadas en las zonas de menor desarrollo de todos los países del Continente. De acuerdo con las informaciones disponibles, si se comparan las tasas promedio de Estados Unidos y Canadá con las correspondientes a la América Latina y Región del Caribe se deduce que en las dos últimas hay un exceso de 741.000 niños muertos por año. Una alta proporción de ellos fallece como consecuencia de la malnutrición proteicoenergética, a la que se superponen las infecciones, la ignorancia, la promiscuidad, la insalubridad y la falta de servicios médicos. Los niños bien nutridos pueden resistir mejor algunas de estas deficiencias y agresiones del ambiente. Las posibilidades de progreso social y económico dependen no sólo del número de niños que se salven de una muerte prematura sino que además de los que sean capaces de incorporarse al grupo activo de la sociedad.

Parece evidente que existe una correlación entre las condiciones de vida y la mortalidad del pre-escolar, pues, tan pronto mejoran las primeras, disminuyen las muertes. Sin embargo, existen evidencias que apuntan en el sentido de que a medida que las condiciones sociales y económicas progresan, el riesgo se transplanta a las edades más tempranas, en lo que influiría, entre otros factores, la urbanización, la incorporación de la mujer al trabajo, el descenso de la lactancia materna y el destete precoz.

Investigaciones recientes señalan una posible relación directa entre malnutrición y retardo mental la que, de confirmarse, le daría al problema una prioridad absoluta y una gravedad inusitada. Son dignos de destacar los estudios que tiene en marcha el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) sobre este problema. Por otra parte, cabe precisar la influencia de la subnutrición crónica en el rendimiento del trabajo físico y mental y en los sentimientos de pesimismo y hostilidad. Acaso en un futuro muy próximo los objetivos y metas de los programas de prevención de la desnutrición serán la obtención de un óptimo estado de nutrición para un máximo de población infantil que permita el desarrollo de todas las potencialidades genéticas, tanto físicas como psíquicas, de los individuos.

Por su significado para la salud, para la economía y para el desarrollo en general, debemos señalar algunas enfermedades de los animales, que pueden o no afectar al hombre, pero que reducen sustancialmente la disponibilidad de proteínas esenciales. Se explica así que los problemas que comportan hagan indispensable la estrecha colaboración entre los Ministerios de Salud, de Agricultura y de Hacienda. En efecto, ellos son de naturaleza biológica, influyen en la política agropecuaria, requieren la movilización de importantes recursos nacionales y la ayuda del capital exterior.

Por su mayor incidencia en la América Latina, citaremos la fiebre aftosa, la tuberculosis bovina, la rabia, la brucelosis y las parasitosis de los animales. Para cada una de ellas existen procedimientos de control, que si bien no son absolutos, permiten reducir la incidencia y evitar la pérdida de proteínas. La organización de los correspondientes programas se funda en los mismos principios que los de salud. En la situación actual de la América Latina hay posibilidades de hacerlos autofinanciables. Tanto el Banco Interamericano de Desarrollo como el Banco Mundial de Reconstrucción y Fomento han incorporado a su política crediticia, con ciertas condiciones, fondos para ayudar a resolver dichos problemas.

Esta serie de circunstancias le ha dado una nueva dimensión a la labor del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa y a la del Centro Panamericano de Zoonosis, como asesores de los Gobiernos, para la formación de profesionales especializados y la investigación de métodos de diagnóstico y de prevención.

Vida en el Medio Rural

Igualmente distintivo de este período ha sido una verdadera toma de conciencia respecto a la vida del medio rural, donde viven más de cien millones de habitantes en las Américas. Se ha reconocido que han permanecido, por generaciones, al margen de las corrientes del progreso. Han estado sometidos a un régimen cíclico de promesas y desilusiones. Se han subestimado sus valores espirituales atribuyéndoles, como un estigma, falta de iniciativa, irresponsabilidad y dependencia de la ayuda estatal. Por fortuna, la imputación ha sido desvirtuada con hechos. Donde los habitantes rurales son motivados para realizar obras de bien común, su responsabilidad y colaboración desinteresada sobrepasa con mucho la esperada. Evocan las viejas tradiciones de trabajo cooperativo y contribuyen efectivamente al bienestar de los demás.

Ello ha quedado claramente demostrado en los programas de saneamiento rural, los que sumados a otros, son la mejor respuesta a las opiniones negativas formuladas a su respecto. Pero la obra ya cumplida es sólo una pauta limitada de lo que corresponde a los que aún esperan y reclaman iguales beneficios.

Por eso, es sabia la decisión de modernizar la vida rural e indispensable su realización progresiva. Baste señalar que las tasas de mortalidad rural son tres y más veces superiores a las de los centros urbanos.

Hay quienes consideran la migración del campo a la ciudad como un fenómeno inevitable, basándose en la observación histórica del desarrollo de países industrializados. Pero el campo está cambiando, y cabe preguntarse qué proporción de los campesinos que migran a las ciudades de países en desarrollo habría abandonado el campo, si sus necesidades hubieran sido satisfechas y si hubiese respetado su vocación por las labores agrícolas. Reconocemos que la industrialización avanza en la América Latina y en muchas otras regiones del Continente; más aún, que en el mundo desarrollado la técnica agrícola ha reducido la mano de obra necesaria. Sin embargo, toda sociedad requiere que una parte de su población se dedique a las labores de la tierra y de este principio no hacen excepción las Américas. Pensamos que hasta fines de este siglo la economía agrícola será de grande importancia en el Continente. Por ello, la necesidad de acelerar la modernización de la vida rural, incluyendo los servicios de salud que le son indispensables.

Planificación

En la Carta de Punta del Este los Gobiernos signatarios acordaron que la planificación es el instrumento para establecer prioridades de una manera objetiva, aumentando el rendimiento de los recursos disponibles, y que las inversiones se hagan de acuerdo con objetivos medibles. Tanto en la Asamblea Mundial de la Salud como en el Consejo Directivo y en la Conferencia de la Organización Panamericana de la Salud* dicho instrumento ha quedado incorporado a la política en ejecución. Porque la

* ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, Métodos de planificación y ejecución de proyectos, XVIII Asamblea, Resolución 37, Actas Oficiales N°243, 1965, p.23.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, Estado de los planes de salud, Consejo Directivo, XVI Reunión, Resolución XX, 1966, Página 26.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, Resolución XXIX, Documento Oficial N°48 (Parte I), 1963, p.27.

planificación es un medio y no un fin; es un proceso y no una etapa final; es un camino de acción y no una estación de término. No importa el método por el cual se delinea un plan. Lo esencial es la decisión de formularlo y la realización de sus objetivos. El método dependerá de los propósitos generales y específicos que se persigan para la preparación del plan. En lo puramente ideal, éste debería ser lo más inclusive posible, comprendiendo, por lo menos, los problemas de salud que afectan al mayor número de personas y para cuyo resguardo existan conocimientos probados, recursos disponibles y, naturalmente, la decisión política previa. La experiencia ha demostrado hasta aquí que la falta de continuidad y las modificaciones de su forma y contenido han representado, tal vez, el principal obstáculo o la mayor limitación al proceso de la planificación.

Ha habido durante el período transcurrido desde la Reunión anterior de Ministros de Salud, progresos en el proceso de planificación, como una actividad diferenciada de los ministerios del ramo o reconocida como una necesidad. Los esfuerzos se han concentrado en el sector salud, si bien no se han incluido en los planes de salud todas las inversiones de cada país. Tampoco ha existido una articulación objetiva con los planes de desarrollo económico y social, allí donde estos últimos se han llevado a la práctica. Se ha formulado más bien una relación de orden presupuestario y programático. Ello, en buena medida, debido a la ausencia de investigación que permitiera determinar en cada país y en cada una de sus zonas de desarrollo, la influencia recíproca que ejercen los distintos sectores que componen el plan de desarrollo. Si esta relación positiva puede ponerse en evidencia en las funciones de carácter económico, no sería fácil discernirla en las de orden social, entre ellas, en particular, en educación y en salud.

Esta situación se refleja en la limitada magnitud de las inversiones derivadas de la decisión política. Si bien se reconoce al hombre como "el único protagonista y destinatario de todo desarrollo",^x se desconoce o se subestima por algunos, su real contribución al crecimiento de la economía, al progreso y al bienestar. Quienes así piensan, estiman

^x MORA, JOSE A. Discurso de bienvenida del Secretario General de la Organización de los Estados Americanos, Reunión de Ministros de Salud-Grupo de Estudio. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Oficial N°51, 1963, Página 56.

que los fondos destinados a educación y salud no son una inversión genuina sino que un simple gasto; no "reproductivo", siguiendo su concepto y lenguaje. En el campo de la educación puede valorarse la productividad profesional en términos de la formación universitaria o técnica, a más de la experiencia. Hay una verdadera teoría económica de la educación.^x Ella no se ha establecido todavía para la salud y esperamos que así ocurra porque los fundamentos y el razonamiento le son en todo comparables. Hay una serie de ensayos que revelan el valor de la salud en términos del costo de la enfermedad y de su prevención.^{xx} No los hay en lo que respecta al mejoramiento del ambiente físico por técnicas que son parte de la función salud. Un estudio de esta naturaleza mostraría que los fondos destinados a dicho propósito general reditúan en forma de representar una verdadera inversión.

El proceso de planificación en marcha ha traído beneficios evidentes, pero ha revelado debilidades en la organización y administración de los servicios de salud. A ellos nos referiremos más adelante. No obstante, se ha adquirido conciencia sobre la importancia de dicho proceso como esencial para establecer prioridades reales en el uso de los recursos de salud. Los Gobiernos han decidido proseguir la formulación, evaluación y ajuste periódico de los planes de salud, correlacionándolos, hasta donde sea posible, con los de desarrollo económico y social. La experiencia adquirida hasta hoy muestra que la planificación no puede ser conducida en el vacío, apartada de las realidades interrelacionadas de la vida humana, y requiere, por lo tanto, participación activa no sólo de los "proveedores" de los servicios de salud sino que también de los "consumidores," vale decir, la gente que debe ser servida. Su presencia, mientras más informada sea, más contribuye a una mejor comprensión y a una más profunda percepción de los problemas de salud, de los factores que los condicionan y de las circunstancias en que ocurren. La tendencia debe ser a que los "consumidores" provengan de los más diversos sectores de la comunidad, incluidas las áreas rurales, las poblaciones marginales del medio urbano, así como las comunidades en condiciones de ambiente deplorable. Se reconoce la dificultad para identificar líderes de estos grupos y obtener su participación efectiva en el proceso de planificación y revisión. Este es

^x SCHULTZ, THEODORE W. The Economic Value of Education, Columbia University Press, 1963.

^{xx} KLARMAN, HERBERT E. The Economics of Health, Columbia University Press, 1965

esencialmente un problema de comunicaciones, de ninguna manera único, del campo de la salud. Es indispensable resolverlo si queremos que los planes respondan verdaderamente a las más urgentes necesidades y que los seres humanos a quienes están destinados, obtengan los mayores beneficios de las oportunidades ofrecidas por los programas. Será tanto más posible satisfacer las necesidades de salud de nuestras sociedades, si tomamos en consideración el valor que ellas les asignan y la forma como las consideran.

Ha surgido para ciertas funciones, la necesidad de un enfoque multinacional, coordinándose la labor de diversas instituciones de varios países, hacia el cumplimiento de metas de interés común. Se trata de verdaderos programas regionales multidisciplinarios, con énfasis en determinados aspectos, que derivan de las características geo-político-sociales. El sector salud está siendo incorporado en la programación regional ya referida.

Organización y Administración

Persisten en las Américas grandes extensiones del territorio de cada país, cuya población no tiene acceso a servicios de salud para satisfacer necesidades primordiales. Simultáneamente - y el hecho podría aparecer paradójico - hay dispendio y aprovechamiento defectuoso de los recursos disponibles. Si bien esta situación ha existido desde los orígenes de cada país, es evidente que se ha agravado en años recientes por el crecimiento de la población en desproporción con las inversiones; por la demanda social estimulada por el radio-transistor, la tradición oral y la observación de los beneficios del vecino; por las corrientes de opinión y las promesas que el devenir de los acontecimientos no siempre permite cumplir. Se explica así, el interés de los Gobiernos por establecer prioridades para garantizar mejores y mayores efectos sociales con los fondos disponibles. No hay contraposición entre mejorar la calidad y cantidad de los servicios prestados en las instituciones existentes e incrementar la cobertura, en particular del medio rural; son caminos de acción que conducen a un propósito que debiera ser universal; la salud como un derecho inalienable de cada habitante.

Se ha creado conciencia en el Continente sobre la organización y administración como un instrumento esencial para prevenir y curar enfermedades y fomentar salud. Se trata de dos aspectos indisociables, vale decir, el uno sin el otro no tiene existencia real. Se organiza y se administra para llevar a la práctica los programas y realizar sus objetivos específicos. Como se ha dicho repetidas veces, son un medio y no un fin, porque este último es la salud de los habitantes, la prolongación de la vida y la prevención de la enfermedad o, si esta última se produce, la limitación de su extensión.

Ha habido marcados progresos en lo que respecta a principios, normas y prácticas administrativas en los servicios de salud en las Américas, en los últimos cinco años. De acuerdo con la legislación de cada país ha sido posible mejorar los sistemas de la administración pública, sea por formación universitaria o en servicio de los funcionarios, por incorporación de métodos modernos - en algunos países incluso de computación electrónica - o bien, por medio de seminarios y laboratorios para intercambio de experiencias por técnicos de diversos países; finalmente, por la asesoría internacional.

Los resultados son evidentes y se revelan en departamentos o secciones de los Ministerios de Salud o de otras instituciones del Estado, con iguales propósitos. El énfasis en reformas administrativas ha sido mayor en entidades del gobierno central que en las de carácter regional o local. Queda, por lo tanto, un amplio campo en el que procede modernizar la administración para aumentar el rendimiento de los técnicos y de sus equipos de trabajo.

La experiencia así reunida ha revelado la necesidad de lo que se denomina "investigación operacional". Sus orígenes están en la estrategia militar de la guerra última y en la gran industria. Un análisis de los distintos factores que concurren a la producción de un efecto determinado permite discernir el valor de cada uno y la combinación más adecuada para alcanzar determinados objetivos. En salud hay amplio campo para realizar investigaciones de la misma naturaleza, con miras a reorientar la inversión de los recursos de acuerdo con sus efectos potenciales y su disponibilidad. Debido a estas características, la investigación operacional se aplica a situaciones muy determinadas, sea en una institución o en un departamento o programa de salud, y sólo es posible generalizar en cuanto a principios y metodología, sin que se puedan garantizar iguales efectos con respecto a problemas similares. Se trata, en suma, de una metódica de valor para mejorar la organización y la administración de los servicios de salud. Es recomendable aplicarla teniendo presente sus limitaciones.

La modernización del medio rural debe conducir al mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades, familias y personas. Lo indispensable de los servicios de salud se deduce de la observación de las tasas de mortalidad general y específica que son dos a tres veces superiores para iguales causas que en los centros urbanos.* Salvo

* PUFFER, RUTH y GRIFFITH, G. WYNNE.- Características de la Mortalidad Urbana, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 151, 1968.

excepciones, no tenemos un conocimiento acabado de la dinámica de la sociedad rural. Sabemos que la tendencia de su población a migrar a la que ya nos referimos. Conocemos el trabajo intermitente y los largos períodos de ocio. Comprendemos las consecuencias que tiene el inadecuado uso y la insatisfactoria tenencia de la tierra sobre la vida de los campesinos, sus motivaciones y sus juicios de valor. Hablamos de una población rural concentrada y de una dispersa, según definiciones más convencionales que reales. Pero todas estas características solo apuntan a rasgos muy generales de dichas sociedades. Nos falta información objetiva sobre ellas, en particular para diferenciar sus problemas y aplicar soluciones específicas. Entendemos la idea de modernización como guiada a aplicar la tecnología actual sin vulnerar el modo de vivir de cada comunidad. Es más, procuramos considerarla como un todo, con su propia dinámica y en la que la solución de los problemas se trate de realizar en forma integral, con participación activa e informada de los habitantes. Este es el factor cardinal de una política de bienestar rural. De lo que hay certeza, es de la calidad de los beneficiarios y su inclinación a trabajar por el bien común, como ya se sostuvo en otra parte.

En lo que se refiere a salud, no hay fórmulas comunes para resolver la diversidad de los problemas de acuerdo con las condiciones geopolítico-sociales de cada sociedad rural. No es simplemente cuestión de aumentar la cobertura de servicios sino de organizarla, contando con el apoyo consciente de los habitantes, dando preferencia a sus necesidades más ostensibles y satisfaciéndolas por medio de auxiliares, con la debida actitud y técnicamente capacitados. La tarea es urgente, pero asimismo son grandes las posibilidades de éxito. Sea por acción directa de los Ministerios de Salud o por coordinación con los de Agricultura, de Obras Públicas y otros, hay que incorporar la salud como función social a toda empresa de modernización de la vida rural. ¹

El proceso de planificación al que hicimos referencia ha puesto de relieve la debilidad de las estructuras y de los métodos administrativos. La formulación de presupuestos por programas, la expresión práctica del plan, ha mostrado la disociación entre el objetivo específico y su realización. Si las funciones administrativas no operan de consuno con las de carácter técnico, no hay posibilidad de lograr los

¹ ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, Servicios de Salud en Areas Rurales, Consejo Directivo, XVII Reunión, Discusiones Técnicas, Puerto España, 1967.

beneficios esperados. ¡Con qué frecuencia se observa que el personal no designado a tiempo, o los suministros no enviados con oportunidad, o los fondos no erogados en el momento debido, conducen al fracaso del programa mejor planteado! Iguales consecuencias se advierten cuando el rendimiento de profesionales y auxiliares es menor que el que ha servido de base -porque así lo dicta la experiencia- para preparar dicho programa. En síntesis, sin una organización y una administración eficientes no hay un servicio operante.

Recursos Humanos

Persiste en las Américas, tanto en los países desarrollados como en aquellos que se encuentran en plano desenvolvimiento, una escasez absoluta o relativa de profesionales y auxiliares para las funciones de prevención y curación de las enfermedades, así como para aquellas otras que, directa o indirectamente, promueven la salud. La demanda social está en constante aumento; la cobertura de servicios dista de ser de extensión nacional con grave detrimento del medio rural; la tecnología médica se hace cada vez más compleja así como las acciones se han ido tornando de mayor costo; las inversiones para salud son insuficientes, aún para las atenciones más esenciales. No obstante, ha habido en el período que se analiza un incremento substancial de recursos humanos para la salud y de las instituciones universitarias y tecnológicas para formarlos. Así lo revela la información disponible.^{*} Persisten los problemas de distribución de médicos y otros profesionales muy concentrados en la gran ciudad y muy escasos o ausentes en extensos sectores de las comunidades rurales. En algunos países, el régimen de rentas no favorece la dedicación exclusiva a las funciones de salud del Estado. Por otra parte, el costo creciente de la medicina ya mencionado, en relación con el ingreso promedio por familia, ha reducido notablemente la práctica privada. A la vez, la seguridad social ofrece prestaciones médicas solo a una parte de la población, si bien se reconoce a todos el derecho a la salud. De esta serie de circunstancias deriva la sobrecarga del Estado para dispensar servicios a los indigentes, a los no asegurados y aún a aquellos cuya renta no les permite la atención privada. Es, en conjunto, un complejo proceso social que se revela, en lo inmediato, en la escasez de profesionales y técnicos de salud. De aquí, la responsabilidad compartida de los Gobiernos y las Universidades.

^{*} ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Hechos que revelan progreso en salud, Publicación Científica No. 166, Septiembre de 1968.

La Carta de Punta del Este recomienda la planificación de la educación de acuerdo con las tendencias del desarrollo económico y social. Hay que crear, cuando procede, nuevas instituciones y remodelar las existentes, con miras a ampliar su capacidad docente y mejorar la calidad de la enseñanza. Con este fin, es de toda conveniencia determinar los recursos humanos para la salud, de acuerdo con las prioridades y objetivos del plan de salud y las tendencias del ingreso de cada país. Así se procedió en Colombia en un estudio que patrocinaron el Gobierno, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, la Fundación Milbank Memorial y la Organización Panamericana de la Salud. El método seguido es hoy de conocimiento de todos los Gobiernos de las Américas y en algunos países ya se está poniendo en práctica. Es recomendable generalizarlo como una manera de programar objetivamente la educación.

En este período se ha completado la organización de las Asociaciones Nacionales de Escuelas de Medicina en todos aquellos países en que existen varias, las que, desde 1963, se han reunido en la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina, reconocida como organismo no gubernamental afiliado en la XVI Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Estas Asociaciones han facilitado el acercamiento de las Escuelas de Medicina con los Gobiernos y en el plano internacional, la Federación y las Asociaciones Nacionales llevan a cabo, con el concurso de la Organización, programas tendientes al perfeccionamiento de la educación médica.

Ha habido preocupación en el período estudiado, por mejorar la calidad del proceso de enseñar y aprender. Gracias a la iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud se han introducido en una serie de Universidades las técnicas de pedagogía médica con miras a una enseñanza activa, basada en una relación armónica y el continuo intercambio de ideas entre docentes y estudiantes. Los resultados han sido singulares y justifican la adopción de dichos principios por todas las Facultades de Medicina y Ciencias de la Salud adaptando las normas a la naturaleza de cada disciplina. Lo esencial es la identificación de propósitos entre profesores y educandos.

No tan sólo por las ingentes inversiones sino porque cada escuela universitaria es una sociedad sui generis, pero en todo caso dinámica y en constante variación, se ha hecho evidente la importancia de organizar la enseñanza y administrar adecuadamente las dependencias de

⁺ ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia, Ministerio de Salud Pública de Colombia y Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Conferencia Internacional sobre Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica, Maracay, Venezuela, 19-23 de junio de 1967.

cada departamento. Es recomendable ampliar los ensayos, tomando como base la encuesta sobre la enseñanza de la medicina preventiva y social que contiene valiosas informaciones al respecto. *

Los conceptos sobre educación continua de profesionales y técnicos, son hoy ampliamente aceptados en las Américas. No se observa con frecuencia su realización en la práctica. Hay urgencia en satisfacer la sentida necesidad de renovación de conocimientos que requiere el médico rural. Esto no puede hacerse en forma incidental sino organizada y sostenida, dando preferencia a aquellos problemas que se estimen más necesarios, considerando los intereses del profesional y de la institución. Se requiere, con este fin, una acción conjunta de los Ministerios de Salud y las Facultades de Medicina de acuerdo con esquemas que tomen en consideración la situación de cada país y zona, a través de sistemas de regionalización asistencial y docente.

Otra forma de mejorar la calidad de la enseñanza es la provisión de libros de texto seleccionados por los profesores y producidos en cantidades y a precios razonables que permitan su adquisición por parte de los estudiantes. Simultáneamente, procede enriquecer la biblioteca de cada escuela con diversos libros de consulta o tratados de la misma disciplina que hayan sido recomendados por un número de profesores. De esta manera el estudiante puede cotejar y ampliar el contenido de su texto. Este sistema ha sido aprobado por los Cuerpos Directivos de la OPS y se ha iniciado recientemente. * *

Donde se la ha estudiado, se ha logrado demostrar una relación inversa entre la proporción de médicos y de enfermeras por unidad de población. De ello resulta que la distribución de funciones se haga con detrimento de los primeros, que se ven obligados a realizar técnicas de prevención o curación que las enfermeras podrían cumplir con igual eficiencia. La enfermería es otro campo de la educación profesional en la que hay que intensificar la formación y promover el mejoramiento de la calidad de la enseñanza. La falta de enfermeras se deja sentir no tan sólo en los servicios de prevención y curación sino que en los especializados.

De esta situación se desprende la importancia creciente que han adquirido las auxiliares de enfermería así como de otro personal paramédico. Se ha reconocido que representan un elemento diferenciado entre los técnicos encargados de la prevención y curación de las enfermedades.

* ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Desarrollo de recursos humanos para la salud. Documento de Trabajo. Tema 3.4, REMSA/11, 1968, pág. 10.

** ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Programa de libros de texto para estudiantes de medicina. Consejo Directivo, XVII Reunión, Resolución XXI, Documento Oficial N°82, 1968, pág. 30.

No son un sustituto de los profesionales y, por lo tanto, requieren de un curriculum ad hoc, con buena adecuación de los conceptos a la práctica que constituye su cometido. Se observa hoy una gran diversidad en los múltiples cursos de formación de auxiliares, lo que hace indispensable un estudio sobre la naturaleza de sus funciones y responsabilidades, que sirva de base a la formulación del programa de enseñanza. Como veremos, ha habido progresos substanciales en la preparación y capacitación de los auxiliares de salud. Lo que se persigue es formarlos de manera que puedan aún ser de mayor eficiencia en las actividades de salud que se les asignen.

Digno de destacar es el programa de perfeccionamiento de los ingenieros sanitarios que está realizando una verdadera red de Universidades con el patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud. Es una forma de educación continua guiada hacia la adopción de técnicas modernas que permitan resolver los problemas del ambiente físico, que ha creado la industrialización, así como aquellos otros tradicionales que aún afectan a gran número de habitantes de las Américas.

Hay conciencia hoy en el Continente sobre lo esencial que es orientar la educación universitaria y técnica hacia las necesidades del desarrollo. Esta toma de posición se observa en las diversas disciplinas que constituyen las ciencias y artes de la salud. Se procura integrar, en teoría y en práctica, la prevención y la curación, formando a los profesionales de acuerdo con lo que cada país requiere en la actualidad y acentuando todas aquellas actitudes que favorecen el perfeccionamiento continuo y un ideal de servicio. El énfasis debe ser en lo habitual en cuanto a problemas de salud y no en lo excepcional. Con ello no se quiere significar que el propósito sea crear técnicos sino, por el contrario, hombres cultos, genuinamente interesados en los valores morales que gobiernan su misión y en el progreso del país.

En el plano continental, la decisión de ir hacia una comunidad económica ha puesto en evidencia la necesidad previa de una sólida comunidad intelectual y cultural afanada en la búsqueda de las eternas interrogantes y verdades acerca del hombre y de la sociedad. ¡He aquí la misión de la Universidad de nuestro tiempo!

Investigación

Entre los hechos de mayor relieve ocurridos en el quinquenio que analizamos, figura el reconocimiento de la investigación como esencial para el desarrollo de las Américas, lo que se refleja en la decisión de los Jefes de Estado y en las acciones de las organizaciones públicas y

privadas. Se ha hecho caudal en la urgencia de modernizar las instituciones y los sistemas en práctica para poder aplicar lo que la ciencia y la tecnología van recomendando. Con ello, se ha querido poner de relieve que los países de la región, en grado variable - pero, en todo caso, descendente hacia el medio rural - saben de la nueva tecnología, pero no pueden ponerla al servicio de los habitantes. Es más, dichas decisiones han reafirmado el verdadero postulado: sin la debida consideración a los rasgos culturales de cada sociedad, su historia, su modo de vivir, sus corrientes de opinión política y tradicional, así como sus creencias y supersticiones, el progreso científico de mayor resonancia no encuentra eco ni puede, por lo tanto, beneficiar a las comunidades.

Se ha puesto en evidencia que la concepción moderna de las ciencias de la salud se mueve dentro de un espectro que va desde la biología molecular hasta la biología social, incluyendo en esta última a la economía. Con esta concepción no hay base para profundas antinomias entre investigación pura o básica y aplicada o práctica. En la medida que todo nuevo conocimiento o experiencia contribuya, directa o indirectamente, a humanizar el desarrollo y al bienestar de los seres humanos, es investigación genuina y auténtica. Con un criterio ético lo esencial no es el sitio donde ella se realiza - en el laboratorio, en el hospital, o en la comunidad - sino a quienes beneficia y la forma en que lo hace. Mientras mayores sean los sufrimientos y angustias que mitigue y más contribuya a la felicidad, como cada cual la anhela, será tanto más relevante.

En suma, la investigación es hoy, con el respaldo de los Gobiernos, uno de los instrumentos básicos para proteger, fomentar y reparar la salud. En el plano internacional forma parte de la política y de las acciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

Los Jefes de Estado, en su Declaración, destacaron la urgencia de extender en las Américas la aplicación de la técnica y la ciencia moderna al desarrollo y enriquecer su contenido con estudios autóctonos, vale decir, propios de cada sociedad y, cuando sea posible, originales. Es evidente que este pronunciamiento comprende a las "ciencias de la vida", en especial de los seres humanos, como unidades biológicas y como entidades sociales.

El programa de educación, ciencia y tecnología, que se gesta en la Organización de los Estados Americanos, deberá coordinarse estrechamente con el de la Organización Panamericana de la Salud en todos aquellos proyectos que tengan relación con los propósitos de esta última.

Lo realizado en investigación por dicho organismo internacional^{*}, corresponde a las consideraciones anteriores y representa un aporte de significado a las ciencias y artes de la salud. Los estudios se relacionan con problemas fundamentales para el Continente y los resultados han abierto nuevas perspectivas para profundizar en el conocimiento de la realidad. Nos referiremos a ellos más adelante. De esta experiencia ha derivado la "Política de la investigación científica en la América Latina" aprobada por los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud^{***}. En ella se señala que "el desarrollo de la ciencia y su utilización para ayudar al hombre dependen más de una sociedad inteligente que de una sociedad opulenta.^{****} La capacidad de investigar es una variable antropológica que depende de quienes poseen la inteligencia y vocación indispensables y no tan sólo de la disponibilidad de recursos. Los hay en número creciente en las Américas y en ello reside el valioso potencial de la región. El futuro de la investigación depende de las decisiones del poder político y de la calidad de las Universidades, entendidas como el conjunto de hombres que se afanan en la búsqueda de la verdad. Se ha hecho evidente la necesidad de institucionalizar las relaciones entre Gobierno y ciencia, entre decisión y conocimiento específico. Si lo esencial y el objetivo último es el bienestar, todo lo que la sociedad posee debe orientarse y organizarse con dicho fin.

Un estudio sobre migración de científicos, ingenieros y técnicos en salud de la América Latina muestra la magnitud del problema, más grave para algunos países que para otros, y la responsabilidad de los Gobiernos y de las Universidades para limitarlo^{****}. Se reconoce que es inherente a los seres vivos el migrar, en forma transitoria o definitiva, de un lugar a otro. En un mundo que ha reducido enormemente las distancias, a la vez que intensificado las comunicaciones y estimulado la

* ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, Research and Progress, 1968, Res. 7/12.

** ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, Política de la Investigación Científica en la América Latina, Publicación Científica N° 119, 1965.

*** Ibidem, página 5.

**** PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Migration of health personnel, scientists, and engineers from Latin America. Scientific Publication N° 142, 1966.

imaginación, no es de extrañar que la gente viaje o emigre. No obstante, en la medida que una sociedad valore a sus miembros, debe crear los incentivos para que permanezcan y ejerzan su misión en el medio que contribuyó a formarlos.

Una reactualización reciente de los informes revela que la situación o bien permanece sin modificación para algunos países o ha mejorado, con excepción de las enfermeras^{*}.

Destacamos la labor realizada por el Comité Asesor de Investigaciones Médicas de la Organización Panamericana de la Salud, formado por distinguidas personalidades científicas de los países de las Américas. Su análisis anual sobre la política, los programas y estudios en desarrollo han contribuido en mucho a las decisiones de los Cuerpos Directivos en esta materia.

*

* *

Hemos formulado hasta aquí consideraciones sobre algunos de los aspectos distintivos de la Carta de Punta del Este y de la Declaración de los Presidentes de América que se relacionan directa o indirectamente con la salud, como un servicio social. Hemos diferenciado así los principios e instrumentos que contienen ambos documentos para organizar recursos y satisfacer las necesidades de salud de cada país y de cada comunidad. A este propósito obedecen las ideas vertidas sobre planificación, organización y administración, educación y adiestramiento e investigación. Nuestra atención se ha dirigido también a los diversos pronunciamientos de los Jefes de Estado sobre el desarrollo económico y social. De aquí nuestra referencia al mercado común latinoamericano; al incremento del comercio interregional, a la modernización de la vida rural y de las técnicas para mejorar la cantidad y calidad de los alimentos; a la aplicación extensiva de los aportes de la ciencia y de la técnica; a la educación en todos los niveles, al desarrollo de zonas geo-políticas destinadas a beneficiar importantes sectores del Continente; a la promoción de obras fundamentales de infraestructura económica que abarcan varios países.

^{*} PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Advisory Committee on Medical Research, Report to the Director, Res. 6/21, 1967.

Nuestro propósito ha sido revelar o enunciar la función que le corresponde a la salud y lo indispensable de su participación, como lo decidieron los Jefes de Estado, desde las fases de preinversión en todos los programas.

Hemos prestado particular atención a las relaciones entre población y desarrollo, no tan sólo porque han sido motivo de debate público en el lapso transcurrido desde la Reunión de Ministros de 1963, sino porque constituyen la base de toda planificación económica y social.

Pensamos que todas estas consideraciones representan un verdadero marco de la función salud como la concebimos en la actualidad y como creemos debe proyectarse hasta fines del presente siglo. No hay acción de protección, fomento y reparación de la salud que no quede incluida en las empresas, programas o instrumentos para el desarrollo que hemos analizado. Pero a la vez, éstos no podrán ejecutarse con éxito si no incorporan la prevención y tratamiento de las enfermedades de las personas que participan en ellos o se benefician de éstos.

Pasamos ahora a referirnos a los objetivos del Plan Decenal de Salud de la Carta de Punta del Este y a las metas de la Declaración de los Presidentes con el fin de establecer medidas concretas para avanzar en su consecución. Tendremos como base los resultados obtenidos hasta aquí por cada Gobierno y el Continente en su conjunto^{*}, la experiencia que ha derivado de cada programa, los aportes de la ciencia y de la técnica en el mismo período, las tendencias de la economía y del desarrollo, las corrientes de opinión que prevalecen y que se reflejan en la demanda social.

*

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, Hechos que revelan progreso en salud. Publicación Científica N° 166, septiembre de 1968.

III. CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. Generalidades.

La infección, entendida en su más amplio significado, sigue siendo causa directa o indirecta importante de enfermedad y muerte, tanto en las sociedades tecnológicamente avanzadas como en aquéllas en desarrollo. A pesar de los progresos evidentes en el diagnóstico, debido a los adelantos de la microbiología y la bioquímica; del tratamiento, por la introducción de antibióticos y quimioterápicos; y del control, consecuencia de nuevos sistemas de inmunización y del uso de insecticidas, es todavía un factor importante que se refleja en las tasas de morbilidad y mortalidad. Su mejor expresión son las enfermedades transmisibles, que siguen siendo un problema significativo de salud de las Américas, así como en otras regiones del mundo.

Sin embargo, gracias a los adelantos de la ciencia y de la técnica ya mencionados; a la aplicación de los mismos por medio de programas sistemáticos; a la educación y al mejor conocimiento que de ellas tienen sectores cada vez mayores de la población; al incremento de la economía y de los fondos destinados a salud; al desarrollo, en general, se está modificando la importancia relativa que ellas tienen para la salud. Por otra parte, la expansión del comercio internacional y del transporte de animales vivos y de productos alimenticios; el desarrollo agrícola e industrial; la penetración y explotación de zonas vírgenes, han aumentado los riesgos de aquellas infecciones que tienen focos naturales, entre las que se incluyen enfermedades parasitarias, en diversas partes del mundo. Más aún, se han identificado procesos nuevos para los cuales no existían métodos de prevención y control.

Si se examina la prevalencia de las enfermedades transmisibles más frecuentes en las Américas en los últimos veinte años de acuerdo con la información disponible [★], se comprueba un progreso considerable. Las grandes pestilencias están desapareciendo. En este siglo no se ha notificado ningún caso de cólera, con excepción de dos infecciones de laboratorio en los Estados Unidos de América en 1965. La fiebre amarilla urbana, por largo tiempo uno de los grandes flagelos de las regiones tropicales, subtropicales e incluso templadas de las Américas, ha sido controlada, habiéndose identificado los últimos

★ ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, Estado Actual de las Enfermedades Transmisibles en las Américas. Documento de Trabajo, Tema 2.2, REMSA/4 (Esp.), 1968.

enfermos en Trinidad en 1954. No obstante, la fiebre amarilla selvática está firmemente asentada en las selvas de las cuencas de los ríos Amazonas, Magdalena y Orinoco, desde donde el virus se dispersa de tiempo en tiempo para dar lugar a ondas epizooticas con repercusión en el hombre. Se cuenta con cantidad suficiente de una vacuna que produce sólida y larga inmunidad. La peste ha aumentado en los últimos años en algunas zonas, especialmente en Ecuador y Perú, pero ha disminuido notablemente el número total de enfermos en 1967. En el decenio comprendido entre 1958 y 1967 hubo un descenso de un 54% en el número de casos de viruela conocidos en comparación con el decenio anterior de 1948 a 1957. Ha continuado la disminución de casos de tifo transmitido por piojos, estando, en la actualidad, la enfermedad circunscrita a la región montañosa de México y la zona de los Andes.

A pesar de las tendencias favorables mencionadas, el hecho de que la incidencia de enfermedades transmisibles, agudas y crónicas sea alta en la América Latina y en la región del Caribe, en comparación con los países y áreas desarrolladas, muestra que las medidas de prevención, de éxito comprobado, no se aplican en extensión suficiente para controlar o interrumpir la transmisión de dichos procesos. Ejemplos conspicuos son las enfermedades propias de la infancia como la difteria, tos ferina, sarampión, poliomielitis, el tétanos neo natorum, entre otras; la tuberculosis, la lepra, las enfermedades venéreas; la rabia y otras zoonosis. En cuanto a la enfermedad de Chagas la investigación tiene aún que entregarnos métodos más efectivos de tratamiento y menos costosos de control.

Hay por lo tanto, mayor conocimiento de los métodos de prevención y curación para las enfermedades frecuentes, que el que realmente beneficia a los seres humanos expuestos a ellas. He aquí la tarea inmediata. Para realizarla es esencial considerar las características del problema en el seno de los países, en sus diferentes comunidades, la organización de los servicios de salud, la cobertura del territorio nacional, la disponibilidad de recursos humanos, materiales y financieros y la posibilidad de incrementarlos proporcionalmente a la magnitud de cada problema. Para reducir prontamente los brotes epidémicos es preciso concentrar los esfuerzos, pero para evitarlos y mantener a la sociedad libre de ellos es indispensable la existencia de unidades de salud, aunque mínimas, en todos los lugares donde habitan los seres humanos.

Para obtener el mejor uso de los recursos disponibles, es importante establecer una lista de prioridades que siga los siguientes criterios:

1. La disponibilidad de métodos efectivos que permitan la erradicación del vector o la enfermedad, como en el caso de la malaria, viruela, pian, sarampión, Aedes aegypti.

2. Enfermedades para las cuales existen métodos de control comprobados que permitan programas factibles, tales como en los casos de tuberculosis, lepra, difteria, pertusis, tétanos, peste, poliomielitis, rabia y enfermedades venéreas.

3. Otras infecciones, tales como enfermedad de Chagas, filariasis, oncocerciasis, hidatidosis, esquistosomiasis, y otras endemias parasitarias.

4. Otras enfermedades tales como el tifo transmitido por piojos, que pueda ser una amenaza potencial, también puede incluirse en este grupo.

Son urgentes las medidas para mejorar y hacer más expedito el diagnóstico etiológico y, si es posible, ecológico, de las enfermedades transmisibles frecuentes. Hay que incrementar la formación de epidemiólogos, microbiólogos y parasitólogos; crear o vigorizar los servicios de laboratorio en un sistema regionalizado; formar mayor número de técnicos en las diferentes disciplinas; expandir los departamentos de epidemiología y de control de las enfermedades transmisibles en todas las estructuras de los servicios de salud, dotándolos de los recursos mínimos para una labor continuada, muy en especial, vacunas y sueros eficientes y en cantidad suficiente; modernizar los métodos y técnicas, cuando así proceda. Sobre esta base, es posible un nuevo impulso para reducir en los próximos veinte años la importancia de las enfermedades transmisibles frecuentes de las Américas a la condición de un problema menor de salud.

RECOMENDACIONES

1. Que los Gobiernos de las Américas establezcan o amplíen sus servicios epidemiológicos responsables de la planificación, desarrollo y supervisión de los programas de control o erradicación de las enfermedades transmisibles, de acuerdo a las prioridades nacionales y regionales, dando particular atención al establecimiento de servicios de vigilancia.

2. Que los Gobiernos establezcan o amplíen los laboratorios de salud pública, como elemento básico en la lucha contra las enfermedades transmisibles.

3. Que cuando se desarrollen programas para el control de las enfermedades transmisibles, se procure alcanzar y mantener una cobertura útil de la población susceptible, mediante la mejor utilización del personal y del equipo, de modo de reducir el costo de las operaciones sin disminuir la eficiencia de los programas.

4. Estimular y apoyar la investigación básica y aplicada que permita tener un mejor conocimiento sobre los mejores métodos para prevenir y controlar las enfermedades transmisibles.

5. Promover y estimular el adiestramiento de epidemiólogos y de personal en métodos de diagnóstico, prevención y control de enfermedades.

6. Que los países que hayan alcanzado un mayor grado de conocimiento y experiencia en el control de las enfermedades transmisibles presten asistencia técnica a los países que la necesiten.

2. Viruela

Entre 1958 y 1967 los países de las Américas notificaron a la Organización Mundial de la Salud y a la Organización Panamericana de la Salud 61.088 casos de viruela. Durante los últimos cinco años el 92% de los enfermos conocidos provienen del Brasil, siendo este país, por consiguiente, la clave para la erradicación de la enfermedad del Continente.

"Desde hace más de siglo y medio se dispone de una vacuna eficaz contra la viruela, cuya aplicación sistemática, debidamente organizada, basta para asegurar la protección completa de una población. No hay duda de que se puede y se debe lograr la erradicación de la viruela de las Américas. Vacuna antivariólica de buena calidad y en cantidad suficiente para atender a todas las necesidades encuéntrase hoy disponible en las Américas. También, todos los países disponen de suficientes elementos técnicos en sus servicios de salud para llevar a cabo el programa de erradicación de la viruela y mantenerlo".

Así se pronunciaron los Ministros de Salud en su Reunión de 1963. Coincidimos con estos conceptos y reafirmamos los propósitos a

que se refieren. Las posibilidades son aún hoy mejores en vista de la Resolución 16 de la XIX Asamblea Mundial de la Salud por la que se aprobó el programa y presupuesto para la erradicación de la viruela en el mundo.

Se dan todas las condiciones para alcanzar dicho fin en las Américas. El único reservorio es el hombre y la vacunación protege durante varios años. Sólo se requieren programas sistemáticos y debidamente organizados de inmunización de la población.

La viruela puede erradicarse en las Américas. Que esto no se haya conseguido hasta la fecha se debe a muy diversos factores, el más importante de los cuales es la cobertura incompleta de la población a causa de servicios de salud insuficientes, falta de prioridad y dificultades económicas y administrativas. Los fondos necesarios son relativamente de pequeño monto cuando se comparan con las inversiones y, especialmente, los sufrimientos causados por la presencia continua de la enfermedad. Para los países libres de ella, los recursos indispensables para evitar su penetración son de alto costo, de aquí su interés en que se elimine la viruela de las Américas. De estas consideraciones se deduce, como es de norma en los programas de erradicación, el esfuerzo conjunto y, en lo ideal, simultáneo de los países en sus programas de inmunización y en la serie de medidas para reducir progresivamente y eliminar la enfermedad.

El plan de operaciones de cada Gobierno está preparado y se cuenta con la colaboración de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud. Hay consenso en darle prioridad a los países que tienen viruela autóctona y en especial a Brasil y a los que ya la han erradicado, pero que, por ser fronterizos de países infectados tienen necesidad de programas de mantenimiento y vigilancia epidemiológica. Se encomienda a todos los Gobiernos que mantengan una alta proporción de su población inmune contra la enfermedad. Esto último es tanto más necesario cuanto mayor sea el intercambio de personas entre los países del Continente y con otras regiones del mundo.

RECOMENDACIONES

1. Reafirmar que la erradicación de la viruela es una de las más importantes prioridades de los países de las Américas y de la Organización Panamericana de la Salud, como parte del programa mundial.

2. Que con el fin de erradicar la viruela de las Américas, los Gobiernos deben establecer y mantener un programa de inmunización con adecuado financiamiento que cubra no menos de 20% de la población, incluyendo 80% de los nacidos en el año.

3. Que los países que hayan erradicado la viruela establezcan programas de vigilancia epidemiológica y de mantenimiento bien planificados y con énfasis especial en la investigación de aquellos casos sospechosos que puedan reintroducir la enfermedad.

4. Expresar su agradecimiento a los países que han donado generosamente vacuna antivariólica y hacer votos porque otros países sigan tan laudable ejemplo.

5. Pedir a la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, que continúe prestando ayuda técnica y material a los países a fin de que puedan mantener efectivos programas de erradicación.

3. Poliomiélitis

La posibilidad de establecer una inmunidad sólida ha dado lugar a cambios impresionantes en las características de la mortalidad y la morbilidad debidas a la poliomiélitis. De acuerdo con la información de que se dispone^x, en 1955 se notificaron 30.000 casos y más de 1.000 defunciones en Norteamérica. En 1966, los enfermos registrados fueron 166 y los muertos 9. Estos resultados pueden atribuirse a los programas de inmunización y a la motivación e interés de las familias de Canadá y los Estados Unidos de América.

En Mesoamérica, la tasa de morbilidad descendió de 5,2 por cien mil habitantes en 1955 a 1,9 en 1967. Esta reducción se atribuye especialmente a los millones de niños sistemáticamente vacunados en México y Cuba.

En Sudamérica, con excepción del Brasil respecto al cual no se dispone de información, el descenso en el resto del área fue menor, de 4,1 casos por cien mil en 1955 a 2,2 en 1967. Estos resultados se deben también a la vacunación oral con virus vivos atenuados de un número variable de niños en los distintos países.

* ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, Estado Actual de las Enfermedades Transmisibles en las Américas, Documento de Trabajo, Tema 2.2, REMSA/4 (Esp.) pág. 23, 1968.

Es de lamentar la epidemia de 1967 que afectó a varios países de la región del Pacífico del Continente y que obligó a medidas de emergencia. Puso de relieve lo indispensable de un programa de extensión continental para evitar nuevos brotes; asegurar y mantener un nivel de inmunidad suficiente; organizar la vigilancia epidemiológica con el fin de establecer las variaciones de dicho nivel para cada tipo de virus de la poliomielitis; contar con cantidades suficientes de vacuna a base de virus vivos modificados, sea para interrumpir la transmisión en las epidemias como para los programas regulares de vacunación; establecer una red de laboratorios en el Continente para el diagnóstico e identificación del tipo de virus, determinación del estado de la inmunidad en muestras de la población, estudios epidemiológicos, educación y adiestramiento.

Estos principios son la base de un programa que deberá tener el apoyo de todos los Gobiernos quienes podrán contar con el asesoramiento de la Organización Panamericana de la Salud cuando sea solicitado. Si así se procede es posible reducir muy marcadamente la incidencia actual de la poliomielitis de las Américas en los próximos años.

RECOMENDACIONES

1. Que con el fin de lograr una adecuada reducción en la incidencia de la poliomielitis en las Américas, los Gobiernos establezcan programas nacionales y regionales de vacunación contra la enfermedad.
2. Que el programa tenga como meta la inmunización del 80% de la población susceptible en el más breve tiempo posible.
3. Que la OPS/OMS preste su colaboración y asesoramiento a los países que así lo soliciten para llevar a cabo sus programas de lucha contra la polio.
4. Que la OPS/OMS colabore con los países para establecer buenos recursos de laboratorio para el diagnóstico y tipificación de los virus responsables de la enfermedad.
5. Que la OPS/OMS ayude a los países de las Américas, estimulando la producción en gran escala de vacuna contra la poliomielitis, de modo que los programas de control cuenten con adecuadas cantidades del producto.

4. Sarampión

Como en el caso de la poliomielitis, la producción de una vacuna de virus vivos modificados de gran poder inmunizante ha abierto las posibilidades para un control del sarampión. En algunos países de las Américas, como ha sido demostrado por la Investigación Interamericana de Mortalidad en la Infancia y la Niñez, el sarampión representa una importante causa de mortalidad de los menores de cinco años, agravado por la desnutrición generalizada de la población. El uso extensivo de dicho preparado, permite interrumpir los brotes epidémicos que ocurren cada dos o tres años. Se ha puesto de relieve la gravedad de las complicaciones respiratorias, en particular la laringitis y la neumonía, y encefálicas. A mayor desnutrición, mayor letalidad por sarampión.

Esperamos que la producción de vacuna aumente y el costo por dosis disminuya de manera de cubrir la mayor proporción de los susceptibles de cada país.

RECOMENDACIONES

1. Que la Organización Panamericana de la Salud colabore con los Gobiernos en la planificación y desarrollo de programas nacionales de vacunación contra el sarampión a fin de proteger la mayor proporción posible de niños susceptibles menores de 5 años de edad.
2. Que la Oficina Sanitaria Panamericana promueva la producción de vacuna contra el sarampión, en forma tal que logre abaratar su costo, permitiendo su empleo regular para la protección de los susceptibles a la enfermedad.

5. Tuberculosis

La tuberculosis continúa siendo grave problema de salud en la América Latina y región del Caribe a pesar de los progresos alcanzados como consecuencia de la quimioterapia moderna, la vacunación con BCG, y un mejor conocimiento por parte del público de la enfermedad y de sus posibilidades de prevención y curación. Las tasas de mortalidad actuales son un signo tanto de progreso como de lo que aún resta por hacer. La reducción de ellas, que fue rápida en el período 1948-1954, ha continuado a un ritmo más lento en las tres regiones de las Américas en los últimos años. En 1966, las tasas de mortalidad fueron de 3.8 por

cien mil habitantes en Norteamérica, de 19,8 en Mesoamérica y de 27,9 en Sudamérica. Los datos disponibles sobre morbilidad también revelan la gravedad del problema.

Se estima que existen en la actualidad en la América Latina, 85 millones de infectados y 1.250.000 casos activos. Admitiendo que anualmente de cada 625 de los infectados uno enferme, se producirán 136.000 casos nuevos activos, en las condiciones epidemiológicas actuales*.

El bajo rendimiento de la mayoría de los programas de control de la tuberculosis se ha atribuido a la insuficiencia de recursos. Sin embargo, si se considera que el costo del tratamiento quimioterápico de un caso fluctúa de EUA\$ 5 a 10 y que cada vacunación con BCG cuesta de EUA\$ 0,10 a 0,20, puede decirse que en la realidad todos los países están en condiciones de llevar a cabo la serie de acciones que permitan reducir sustancialmente la incidencia de la enfermedad, cualquiera que sean las condiciones epidemiológicas, económicas y sociales**.

Es el hecho que todavía existe una gran diferencia entre lo que se sabe y lo que se aplica. Desafortunadamente no ha sido posible cambiar del todo los conceptos tradicionales, ni evitar la influencia de los métodos utilizados en las zonas desarrolladas. Persiste el énfasis en el tratamiento institucional con desmedro de la acción preventiva y curativa en la comunidad. Esto ha resultado en la mantención de una estructura sumamente costosa, ni siquiera capaz de atender la demanda esperada que deriva de la enfermedad. Esta resistencia a modificar criterios caducos y la falta de aplicación de los adelantos científicos, se ha traducido en programas defectuosos, de alto costo y bajo rendimiento, con concentración de unidades especializadas en las grandes ciudades, en desmedro de las zonas rurales.

En la Carta de Punta del Este los Gobiernos se comprometieron a reducir la mortalidad por tuberculosis a la mitad de las tasas registradas al comienzo de la década que se inició en agosto de 1961.

* ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, Estado Actual de las Enfermedades Transmisibles en las Américas. Documento de Trabajo, Tema 2.2, REMSA/4 (Esp.) p.29 y siguientes, 1968.

** ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Introducción del Director General al Proyecto de Programa y Presupuesto Ordinario. Actas Oficiales Nº 13, Ginebra, diciembre de 1967, pág. XVI.

En el quinquenio transcurrido, tanto en Meso como en Sudamérica, no han disminuido en la magnitud esperada lo que permite predecir que, de no modificarse el régimen actual, no se alcanzará dicha meta. En América del Norte la reducción ha sido más sustancial y la posibilidad mayor.

En las circunstancias actuales, los países en desarrollo tendrán que aumentar los recursos para la inmunización con BCG, el diagnóstico y el tratamiento ambulatorio y la formación y capacitación de profesionales y auxiliares. Con este propósito deben disminuir las inversiones para el costoso mantenimiento de los hospitales existentes y de otros servicios de baja productividad. Sólo muy excepcionalmente se concibe hoy la construcción de establecimientos exclusivamente dedicados a enfermos tuberculosos. Como norma general hay que incorporar las actividades de control de la tuberculosis en los servicios generales de salud.

Esta nueva orientación será aceptada y puesta en práctica tanto más pronto cuanto los médicos generales y los dedicados a salud, se formen con conocimientos fundamentales de la epidemiología, diagnóstico y control de dicha enfermedad, dándose la debida importancia a los aspectos éticos que implica la atención de los enfermos y la obligación de evitar su cronicidad. A su vez los especialistas, vinculados con el problema de la tuberculosis, deben conocer los principios que gobiernan la salud, la organización, administración y evaluación de los programas específicos.

Como lo señalaron los Ministros de Salud en su Reunión de abril de 1963:

"... la finalidad perseguida consiste en atacar la tuberculosis de una manera eficaz y económica, por medio de la aplicación más lógica de los conocimientos y recursos disponibles, de acuerdo con las condiciones técnicas y socio-económicas locales, dentro de un amplio programa de salud. El objetivo es la eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública, con la misma rapidez compatible con la atención de las necesidades generales existentes en cada país".*

* ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Reunión de Ministros de Salud-Grupo de Estudio. Documento Oficial Nº 51, diciembre de 1963, pág. 18.

RECOMENDACIONES

1. Que los Gobiernos de los países de las Américas continúen dando la más alta prioridad al control de la tuberculosis en los programas nacionales de salud.
2. Que dediquen más atención a la inmunización, diagnóstico y tratamiento ambulatorio y que reduzcan los gastos en servicios de hospitalización y otros, de escaso efecto epidemiológico.
3. Que amplíen las actividades de lucha contra la tuberculosis, a fin de abarcar la totalidad del país y las incorporen en la labor de los servicios básicos de salud.
4. Que evalúen continuamente los resultados de dichas actividades, a fin de garantizar el empleo de los métodos y técnicas más eficaces.
5. Que refuercen el adiestramiento de personal profesional especializado en epidemiología de la enfermedad, así como en la formulación, ejecución, administración y evaluación de programas de control de la tuberculosis.
6. Que las Escuelas de Medicina concedan la importancia necesaria a la enseñanza de la tuberculosis, facilitando al médico general los conocimientos actuales sobre prevención, epidemiología, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, incluyendo los principios básicos de educación sanitaria que aseguren la continuidad del tratamiento.
7. Que la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud continúen asesorando a los Gobiernos en la formulación de programas, realización de actividades e investigaciones y adiestramiento de personal.

6. Lepra

La lepra existe en todos los países de las Américas con excepción de Chile continental. Se desconoce la verdadera magnitud del problema porque la información disponible es incompleta.

Se estima que hay más de 400.000 casos en el Hemisferio Occidental. No obstante, de acuerdo con los datos proporcionados a la Organización Panamericana de la Salud por 26 países y territorios, a fines de 1967 se conocían 174.615 enfermos de lepra en registro activo. De ellos el 77% estaba en control. Sólo en 69% de los mismos se identificó la forma clínica. De estos últimos, 64.531, o sea el 53%, corresponden al tipo lepromatoso que es el de mayor capacidad de transmisión; 26.283 son del tipo tuberculoide; 27.910 indeterminados y 1.735 agrupan otras formas clínicas. El número de contactos registrados en 16 países fue de 325.940, de los cuales la mitad estaban en control. En 1967, se descubrieron 5.510 casos nuevos de lepra en 19 países.

Este desconocimiento sobre la magnitud real del problema deriva, en cierta medida, de las importantes lagunas que existen en relación con las características del Mycobacterium leprae, la patogenia y la epidemiología de la enfermedad. Recién se comienza el cultivo del bacilo de la lepra en determinados animales de laboratorio. No ha sido posible, hasta la fecha, el cultivo in vitro de dicho germen. Se desconoce el período de incubación, los mecanismos de transmisión, los factores y circunstancias que determinan la infección. Se dispone de una droga del grupo de las sulfonas (DDS), que se ha mostrado como la más efectiva para el tratamiento y la que produce menos reacciones secundarias. Se ensayan nuevos productos de acción más prolongada que facilitarían el tratamiento ambulatorio.

Estos hechos gobiernan la investigación de hoy y del futuro en biología, terapéutica y epidemiología.

A pesar del desconocimiento de hechos fundamentales para interpretar la dinámica de la enfermedad, hay suficientes elementos de juicio y métodos valiosos para extender el control de la lepra en los países en que es prevalente. Se ha modificado radicalmente el concepto sobre la enfermedad y la actitud de las comunidades para con los enfermos. Hablamos hoy de hospitales y no de leprosarios, de enfermos y no de leproso. Se ha reducido considerablemente el lapso de aislamiento de los pacientes y, pasado el período de transmisión, se les ha incorporado a las comunidades para que hagan una vida normal. Se ha aceptado el control de la lepra como una actividad normal de los servicios de salud. La supervisión periódica y la educación sanitaria de enfermos y contactos, se considera esencial para el diagnóstico precoz de casos nuevos con el fin de romper la cadena de infección y prevenir deformidades. Se ha renovado la importancia de la rehabilitación física y social que, en la actualidad, debe formar parte de todo programa de control de la lepra.

En términos generales, los Gobiernos enfrentan tres clases de problemas en el control de la lepra: determinar la extensión y características de la enfermedad y formular el programa; dar forma a las estructuras técnicas y administrativas para alcanzar los objetivos, teniendo en cuenta los factores que influyen en la dinámica de la enfermedad en cada país y región; finalmente, preparar los profesionales y auxiliares en todos los aspectos relativos al diagnóstico, métodos de control y administración de programas.

Los programas de control de la lepra, en la forma en que se desarrollen, no logran modificar el curso natural de la enfermedad. Creemos que es posible hacerlo si el planteamiento, formulación, organización y evaluación de los mismos se hiciera de acuerdo con métodos que aseguren que los recursos empleados son los más eficientes, rinden su máxima capacidad al menor costo y las acciones se llevan a cabo al nivel útil y en un plazo relativamente breve. En esas condiciones, debe esperarse que descendan las tasas de incidencia y prevalencia de la enfermedad. Con ese fin, han sido valiosas las experiencias de Argentina, Ecuador y Venezuela, las que fueron analizadas en el Seminario sobre métodos administrativos para programas de control de la lepra, que se celebró en julio de 1968 en Guadalajara, México, bajo los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud. Las conclusiones a que se llegó, pueden servir de base a todos los países de las Américas y de otras regiones del mundo en que la lepra es prevalente con el fin de reducir sistemática y continuamente la incidencia de la enfermedad.

RECOMENDACIONES

1. Que la sola presencia de la lepra en un país, haga que se la considere como problema de salud pública que debe tener alta prioridad, ya que aún con limitados recursos técnicos se puede lograr su control cuando la prevalencia de la enfermedad no es demasiado alta, oportunidad que no se debe desaprovechar.

2. Que la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud colaboren con los países de las Américas, prestando ayuda técnica y material en la planificación, desarrollo y evaluación de los programas nacionales de control de la lepra, procurando coordinar las actividades que se realizan en los diversos países y solicitando la ayuda del UNICEF.

3. Que se preste estímulo y apoyo a los trabajos de investigación básica y aplicada destinados a resolver cuestiones importantes relativas de la bacteriología, epidemiología, terapéutica y control de la lepra.

4. Que en las Escuelas de Medicina se conceda la importancia debida a la prevención y control de la lepra, para lo cual es esencial el diagnóstico, el tratamiento y los conocimientos sobre la epidemiología de la enfermedad.

7. Enfermedades parasitarias

Sin considerar la malaria, las enfermedades parasitarias están ampliamente distribuidas en las Américas y, con frecuencia, tienen una alta prevalencia. Los habitantes, en su gran mayoría, están infectados por parásitos y muchos por más de una especie. Aparte de las infecciones por esquistosomas y por el parásito que produce la enfermedad de Chagas, que se mencionarán más adelante, hay millones de personas infectadas con áscaris, amebas oncocerca, leishmania, anquilostomo, toxoplasma, y varios otros parásitos. Las infecciones parasitarias son tan comunes y muchas veces inaparentes, que algunas autoridades sanitarias hasta tienden a hacer caso omiso de ellas, presumiblemente por ser tan familiares. A menudo sus efectos son insidiosos, ya que debilitan a sus víctimas en vez de causarles una enfermedad evidente o la muerte. Sin embargo, causan enormes estragos, sobre todo, entre los pobres y los desvalidos. Las enfermedades parasitarias exigen mucha mayor atención que la que se les ha estado prestando.

Algunos países tienen eficaces programas de control contra una o más de las enfermedades parasitarias, pero otros no tienen un programa eficaz contra ninguna de ellas. En realidad, en muchas regiones escasamente se conoce la prevalencia de las enfermedades más importantes y en pocas áreas se ha calculado adecuadamente su significación para la salud pública.

Uno de los obstáculos principales que se oponen al progreso del control de las enfermedades parasitarias es la subestimación eventual por parte de algunas autoridades de planificación de la salud, acerca de su importancia para la salud pública y la economía.

Debe estudiarse con mayor detenimiento la posibilidad de establecer programas para la prevención de las enfermedades parasitarias.

El control de algunas de ellas, como la ascariasis y anquilostomiasis, podría realizarse por medio de los servicios de salud locales, donde las medidas específicas pueden integrarse con los programas de saneamiento y de educación sanitaria. Otras, como la esquistosomiasis, la enfermedad de Chagas y la oncocercosis, que requieren campañas en las que se empleen técnicas especiales contra los vectores en una zona extensa, deben prevenirse por medio de una organización especial que funcione sobre una base regional o nacional.

Los países que no han iniciado programas de profilaxis podrían examinar la posibilidad de establecer proyectos pilotos. Estos pueden servir de zonas de demostración y centros para el adiestramiento en servicio.

Como la investigación es requisito indispensable para un programa de control eficaz a largo plazo, debe preverse la asistencia a las actividades de investigación, sobre todo cuando éstas se orientan hacia la solución de los problemas. Los servicios del personal que se dedica al programa de investigación, pueden aprovecharse, con gran eficacia, para recoger las informaciones básicas que fundamentan un programa bien concebido y también, pueden proporcionar una evaluación objetiva de sus resultados.

Como hay un número mucho menor de especialistas bien preparados y con experiencia en materia de enfermedades parasitarias que el necesario, habrá que establecer medios para atraer, capacitar, y retener a personal de alta calidad.

Siendo la esquistosomiasis una de las dos enfermedades parasitarias más importantes de las Américas, después de la malaria, conviene anotar algunos datos sobre esta infección. Afecta de 6 a 7 millones de personas en las Américas. Se ha informado recientemente que unas 119.000 han sido totalmente incapacitadas por esta enfermedad y que alrededor de 1,5 millones se encuentran parcialmente inhabilitadas. Según un cálculo prudente, ella le causa al Brasil, una pérdida económica de unos 60 millones de dólares al año. La enfermedad sigue avanzando y los planes de desarrollo no harán más que agravar considerablemente el problema en el futuro, a menos que se tomen medidas correctivas.

RECOMENDACIONES

1. Que los Gobiernos, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud presten mayor apoyo a los programas de control de las enfermedades parasitarias.
2. Que se estimule el adiestramiento en el diagnóstico y profilaxis de las enfermedades parasitarias más importantes.
3. Que se estimule la investigación de las enfermedades parasitarias, y, en particular, de las que contribuyan a una mejor comprensión de las medidas preventivas.
4. Que los países de las Américas, donde la esquistosomiasis constituye un problema principal de salud, analicen los programas de control, a fin de evaluar con exactitud el progreso realizado y establecer sistemas más eficaces.
5. Que la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud presten asistencia a los países, con el objeto de que éstos puedan determinar la magnitud de su problema de esquistosomiasis, reunir los datos necesarios para dicho programa y planificarlo.
6. Que a solicitud de los países, la Organización Panamericana de la Salud colabore con los Gobiernos para adiestrar personal en los métodos de encuesta y control de la esquistosomiasis.

8. Enfermedad de Chagas

La enfermedad de Chagas ocurre en casi todos los países de las Américas. Sin embargo, su distribución y prevalencia no son todavía bien conocidas. Su prevalencia varía considerablemente de un lugar a otro, pero en algunos alcanza hasta el 100 por ciento. Según estimaciones, siete millones de personas están infectadas por Trypanosoma cruzi. No obstante, es posible que esta cifra esté por debajo de la realidad.

La morbilidad y la mortalidad causadas por la enfermedad de Chagas son aún menos conocidas que su prevalencia, aunque no cabe duda de que en algunos países es causa principal de morbilidad y muerte.

Es probable que por lo menos 900.000 personas en las Américas sufran de cardiopatías debidas a la infección. Muchas están condenadas a morir en la plenitud de su vida por paro cardíaco; otras están impedidas por insuficiencia cardíaca. La transmisión congénita afecta a los recién nacidos en su desarrollo y es causa de muerte. De modo que a un problema de salud pública de primera magnitud, se agrega una repercusión económica de no pequeñas consecuencias.

Aunque la infección suele constituir un problema de carácter rural, es una amenaza incluso en los centros urbanos, donde puede ser transmitida por transfusión de sangre, por dadores infectados en el medio rural.

Dado que la enfermedad es agravada por la ignorancia, la pobreza y la vivienda insalubre, el fundamento de su control reside en la educación y en el desarrollo económico y social. El mejoramiento de la vivienda o la construcción de nuevas habitaciones, inadecuadas para los triatomídeos debe reducir considerablemente la frecuencia y gravedad de transmisión de los tripanosomas. Se comprende la enorme inversión que esto representa cuando se estima que el número de viviendas de la zona chagásica de la América Latina debe ser del orden de 7 millones. Una proporción de ellas puede ser susceptible de reparación, y proceden, en este sentido, ensayos en todos los países. Hay que precisar el método que proporcione el máximo beneficio al menor costo, siendo el objetivo proteger a los moradores de las agresiones de triatomídeos. Debida atención ha de prestarse a las costumbres de cada comunidad, en cuanto al tipo de casas y a la naturaleza de los materiales. En todo caso, es este un programa en que, con buena motivación, se puede obtener la cooperación de los habitantes, que es fundamental. Por otra parte, la política de construcción de habitaciones de los Gobiernos debería darle preferencia a las zonas endémicas de la enfermedad de Chagas, sea que se inviertan recursos domésticos o capital externo.

La enfermedad de Chagas puede controlarse utilizando la información y medios de que disponemos actualmente. La medida profiláctica que permite obtener el resultado más rápido, es la destrucción de los vectores, utilizando insecticidas para el rociamiento de las viviendas y sus alrededores. Se ha demostrado que este método reduce drásticamente la población de insectos y la transmisión de la infección, incluso cuando se aplica a intervalos bastante espaciados.

No obstante lo anterior, es necesario investigar diversos aspectos en relación con la distribución y prevalencia, la morbilidad, la dinámica y ecología; mejorar los métodos de diagnóstico y control, obtener una droga eficaz y profundizar en el mecanismo de inmunidad y en la patogenia. Mientras tanto, en la medida en que se disponga de fondos, es preciso hacer extensivos los programas de control, por lo menos a las áreas de gran endemicidad.

RECOMENDACIONES

1. Que se estimule a todos los países para que, mediante métodos de muestreo estándar, determinen la distribución, prevalencia y biología de los vectores; la distribución y prevalencia de infecciones humanas y la importancia de los reservorios animales, domésticos y silvestres.
2. Que todos los países, una vez reunidos esos datos, determinen la morbilidad causada por la enfermedad, mediante el estudio de una muestra de los individuos infectados (seropositivos).
3. Que la OPS/OMS preste asistencia a países que lo soliciten, en lo que respecta a la planificación, ejecución y evaluación de sus programas de control.
4. Que se estimule a los investigadores a obtener nuevas informaciones acerca de todos los aspectos del problema, pero, en particular, lo relativo a la prevención de la enfermedad.
5. Que la OPS/OMS tome la iniciativa en cuanto a preparar información básica idónea sobre el tema y las bases para programas más adecuados de profilaxis.
6. Que la OPS/OMS estimule la realización de proyectos en los países con miras al estudio epidemiológico de la enfermedad, así como para estandarizar técnicas de diagnóstico y criterios de evaluación.
7. Que la OPS/OMS estudie la posibilidad de designar laboratorios de referencia para adiestrar técnicos en la preparación de reactivos estándar y asesorar acerca de problemas técnicos en el diagnóstico.

9. Enfermedades venéreas

Una encuesta realizada por la Organización Mundial de la Salud* sobre las tendencias mundiales de la sífilis reciente y de la blenorragia durante el período 1950-1960, indicó que ha habido un aumento insistente y significativo de su incidencia, durante los últimos años de ese período en todas las regiones. Setenta y seis de 105 países y zonas registraron un aumento de la sífilis reciente y cincuenta y dos países y áreas, de lll, revelaron un aumento de la blenorragia.

Las Américas no hacen excepción, si bien no se conoce la verdadera magnitud de la frecuencia de las enfermedades venéreas. Los datos son incompletos, las prácticas de notificación variables de un país a otro, los medios de diagnóstico insuficientes y los métodos de investigación y profilaxis, en ocasiones, anticuados.

A pesar de esa situación, se acepta que tanto la sífilis como la blenorragia se registran entre las diez principales enfermedades de notificación obligatoria en las Américas. Con base a algunas muestras seleccionadas de consulta externa, se acepta que hay cuatro casos de blenorragia por uno de sífilis. Por otra parte, gracias a lo efectivo del tratamiento, la mortalidad por sífilis se ha reducido efectivamente, de tal manera que en 1966 las tasas fueron de 1,1 , 1,7 , y 1,3 por cien mil habitantes en Norte, Meso y Sudamérica, respectivamente.

Como en otros países del mundo, el chancro blando, el linfogranuloma venéreo y el granuloma inguinal se presentan en el Continente, pero con una frecuencia relativa. Para la primera de dichas enfermedades venéreas la tasa alcanza a la mitad de la correspondiente a sífilis.

El incremento de la sífilis y la blenorragia en años recientes - que en algunos países ha excedido al máximo de los primeros años que siguieron a la última guerra mundial - adquiere mayor gravedad

* WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Work in Endemic Treponematoses and Venereal Infections 1948-1963, Geneva, 1965, pág. 20.

por concentrarse en los grupos de edad más jóvenes. Muchos de los factores que intervienen en este problema son de carácter social, derivados de patrones cambiantes de conducta.

A pesar de que existen medicamentos muy eficaces, no ha sido posible en los países desarrollados o en desarrollo identificar y tratar en las comunidades un número suficiente de enfermos para lograr el control de la sífilis y la blenorragia. Contribuyen a esa situación un cierto grado de complacencia de la población, confiada en el valor de la terapéutica; el aumento de la movilidad de los habitantes, que incrementa la difusión y dificulta la notificación, y la falta de programas sistemáticos de control que deben responder a los mismos principios que regulan los correspondientes a las enfermedades transmisibles. Ellos fueron cuidadosamente analizados en el Seminario sobre enfermedades venéreas patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud y el Centro Nacional de Enfermedades Transmisibles del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, que tuvo lugar en octubre de 1965, en la sede de la Organización Panamericana de la Salud.*

La experiencia actual permite ampliar los programas de profilaxis, por lo menos, en los grandes centros urbanos del Continente, donde por razones obvias es mayor la incidencia, especialmente de sífilis reciente. Entre tanto, se requiere de más investigación, coordinada internacionalmente, sobre métodos de diagnóstico y tratamiento, así como estudios epidemiológicos.

RECOMENDACIONES

1. Que los Gobiernos de los países de las Américas aúnen esfuerzos para establecer un programa continental de control de las enfermedades venéreas, de modo que la incidencia y prevalencia de esas enfermedades se reduzcan significativamente en un período relativamente corto de tiempo, con especial referencia a la sífilis.

* ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Seminario sobre Enfermedades Venéreas, Publicación Científica N° 137, 1966.

2. Que los países que hayan alcanzado un mayor grado de desarrollo en el conocimiento y control de las enfermedades venéreas, presten su ayuda técnica a aquéllos que la necesitan para iniciar o perfeccionar sus respectivos programas.

3. Que los Gobiernos presten especial atención a la formación de personal de todas las categorías en epidemiología y métodos de control de las enfermedades venéreas y, más especialmente, en la esfera de la investigación de contactos, como instrumento importante en la profilaxis de dichas enfermedades.

4. Que la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud colaboren con los países de las Américas, prestándoles ayuda técnica y material, si el presupuesto lo permite, en el proceso de planificar, programar, organizar, ejecutar y evaluar los programas de control de las enfermedades venéreas; y, al mismo tiempo, que sirvan de elemento coordinador en el desarrollo de los programas que los países llevan a cabo, de modo que éstos alcancen igual nivel en todo el Continente y progresen en forma armónica.

5. Que se solicite de los Gobiernos que lleven a cabo actividades de educación orientadas hacia un cambio de los patrones de aquellos hábitos responsables en parte del aumento en la incidencia de estas enfermedades.

10. Zoonosis

Entre la larga serie de zoonosis, consideramos por su importancia para la salud del hombre y la economía, la rabia, la brucelosis, la hidatidosis y la tuberculosis bovina. Las pérdidas que ocasionan, la reducción de proteínas esenciales para niños y adultos y la posibilidad de controlarlas, unida a su alta frecuencia, explican su importancia y el interés de nuestros Gobiernos por combatir esas enfermedades que, además de significar un grave impacto socio-económico, constituyen un serio obstáculo para el libre transporte de animales y sus productos entre los países del Continente. Se analizaron separadamente en el mismo orden.

* * *

10.1 Rabia

Durante los últimos diez años, se han notificado 2.203 casos humanos de rabia en todos los países del Hemisferio. El promedio de

incidencia anual en animales domésticos es aproximadamente de 10.000 casos, sin incluir bovinos, lo cual se estima representa un 10% de la verdadera incidencia.* La falta de medios de diagnóstico adecuados contribuye a este subregistro. El 90% de los casos notificados fue producido por mordedura de perros, el más importante vector y principal reservorio de la enfermedad. La migración del campo a la ciudad junto con el incremento de la población canina, ha aumentado el riesgo derivado de mordeduras, sobre todo de animales sin dueño. Esa situación la revela la aplicación de tratamiento antirrábico a más del 25% de los mordidos, por la imposibilidad de identificar al animal. Se estima que en las Américas se vacunan, al año, aproximadamente medio millón de personas, y los gastos en la aplicación del tratamiento antirrábico humano superan, en muchos casos, la inversión en actividades de control de la enfermedad en los animales.

Se han registrado, además, casos humanos transmitidos por quípteros en cinco países. Por otra parte, se estima que la mortalidad de bovinos por rabia paralítica transmitida por vampiros es de más de 500.000 cabezas al año, con una pérdida aproximada de cincuenta millones de dólares.** Este hecho justifica la organización de programas basados en la inmunización de los animales susceptibles y control de los vectores, programas que, en lo posible, deben ser autofinanciables. También deberían serlo los dirigidos a evitar la rabia humana, inmunizando no menos del 70% de la población canina, controlando los perros sin dueño y haciendo una efectiva educación del público, aunque integrando esas actividades en los servicios de salud. Hay buena experiencia en algunos países en la utilización de esos principios en la lucha antirrábica.

* * *

10.2. Brucelosis

Por su difusión, número de enfermos y pérdidas económicas, la brucelosis es, tal vez, la zoonosis más importante en las Américas. En el Continente se notifican aproximadamente 8.000 casos humanos al año, lo que apenas representa una fracción del verdadero número,

* WORLD HEALTH ORGANIZATION, World Survey of Rabies IX (for year 1967) Document WHO/Rabies/68.167, pp. 12-22.

** ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Salud Pública Veterinaria, Tema 2.2, REMSA/INF/3 (Esp.), 1968, p.3.

debido a la falta de diagnóstico adecuado de la brucelosis en el ser humano. El mayor número de ellos ocurre en los países donde existe la brucelosis caprina, cuya transmisión se hace con frecuencia por el consumo de leche o quesillos frescos, o por contacto con animales infectados. En los bovinos, la enfermedad afecta principalmente al ganado lechero, en las regiones adyacentes a las grandes ciudades de la América Latina, donde se comprueban más de un 60% de rebaños infectados. La brucelosis suina es fuente de infección para el hombre, pero muy poco se han estudiado sus efectos sobre la economía y el desarrollo pecuario.

La vacuna de cepa-19 es efectiva para la brucelosis bovina, como lo es la Rev. 1 (Elberg) para la enfermedad de los caprinos. Ambas reducen la tasa de infección, produciéndose rebaños resistentes que hacen técnica y económicamente posible eliminar la brucelosis sacrificando los animales reactivos. Estos antecedentes justifican la organización de un programa sistemático autofinanciable, basado en recursos domésticos, complementado con el crédito internacional. Reiteramos la necesidad de contar con antígenos patrones para el diagnóstico, sistemas para el control y uso de las vacunas, reglamentos y métodos sanitarios comunes a los países americanos para el control de esta enfermedad, sugiriendo que el Centro Panamericano de Zoonosis realice a nivel internacional la labor de coordinación de los programas, de asesoría a los laboratorios nacionales, de formación y capacitación de profesionales y auxiliares y de investigación.

* * *

10.3. Tuberculosis animal

Debido a que es fuente de infección para el hombre y otras especies, que produce grandes pérdidas de proteínas y constituye un serio problema para la economía pecuaria, la tuberculosis bovina debe ser objeto de programas de control. En la actualidad, el sacrificio de los animales reactivos a la prueba tuberculínica, es el único método que se ha mostrado eficaz a través del tiempo. Cuando no sea posible aplicarlo en todo el país, por sus implicaciones económicas, los programas de control de la tuberculosis animal deben incluir los siguientes aspectos: determinación de la magnitud del problema; protección de los rebaños y áreas libres; erradicación de la infección en los rebaños con tasas bajas de reactivos para formar fuentes de reemplazo; y proceder al control y/o eliminación en las áreas fuertemente infectadas.

Justificamos que nuestros países recurran al crédito internacional para tratar de resolver estos problemas, contando con la colaboración del Centro Panamericano de Zoonosis.

* * *

10.4. Hidatidosis

En casi todo el Hemisferio se comprueba la presencia de hidatidosis en una o en sus dos formas clínicas, unilocular y alveolar.^A El control de la enfermedad comporta primero la educación del público, el sacrificio de los animales de abasto en condiciones higiénicas y el control sanitario de los perros. La enfermedad causa serias pérdidas económicas que influyen grandemente en la economía pecuaria y disminuye el abastecimiento de alimentos de origen animal. La infección en el hombre evoluciona durante muchos años y su prevalencia se ve favorecida por los bajos niveles culturales, sociales y económicos. Los escasos estudios sobre los daños que produce en los enfermos, sus familias y la comunidad, calculados sobre la base de los costos de hospitalización y la incapacidad parcial o total, ponen de relieve los gastos elevados que ocasiona la hidatidosis. La gravedad del problema exige que se implementen a la brevedad posible programas que contemplen las medidas más adecuadas de control.

RECOMENDACIONES

1. Zoonosis

1.1 Teniendo en cuenta las repercusiones sociales y económicas de las zoonosis, sugerimos a los Gobiernos la adopción de las medidas adecuadas para combatirlas. Los servicios nacionales de salud deben incluir en su estructura, departamentos de veterinaria de salud pública, que han de vincularse estrechamente con los Ministerios de Agricultura y sus divisiones de sanidad animal para operar en coordinación las actividades de planificación, control e investigación relacionadas con esas enfermedades.

1.2 Que los países instituyan planes permanentes y sostenidos para controlar las principales zoonosis y, en caso necesario, sugerimos que gestionen los préstamos pertinentes con los organismos internacionales de crédito. En lo que a este proceso de planificación y desarrollo.

* ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, Salud Pública Veterinaria, Tema 2.2, REMSA/INF/3 (Esp.), 1968, p.6.

respecta, instamos a los países a utilizar al máximo las instalaciones y los servicios del Centro Panamericano de Zoonosis, primero en la planificación y después en la formación de personal y el establecimiento de las técnicas indispensables durante las fases operacionales.

1.3 Para la coordinación de actividades de lucha contra las zoonosis, recomendamos que los países agrupen áreas que conjuntamente definidas, en virtud de su relación geográfica, ecología similar y estrecha relación en el movimiento de animales, establezcan una firme cooperación regional a fin de protegerse mutuamente contra la difusión de estas enfermedades y reinfecciones futuras.

2. Rabia

2.1 Tomando en consideración la importancia del problema de la rabia, tanto desde el punto de vista de su influencia en la salud pública como de sus repercusiones económicas, los Gobiernos deben extender o iniciar sus programas de control de la rabia aplicando métodos modernos y otorgándoles una elevada prioridad en sus programas nacionales de salud.

2.2 Nuestros Gobiernos deberán emprender programas nacionales de control de la rabia que comprenderán los siguientes elementos: vacunación masiva con una cobertura mínima del 70% de la población canina, eliminación de los perros sin dueño y control de los perros callejeros, así como un activo programa de educación sanitaria. En lo posible, estos programas deben autofinanciarse y convendrá conseguir que participen en ellos los responsables de los servicios de agricultura y educación, así como las autoridades municipales. En general, habrá que obtener también el concurso material y económico de la comunidad.

2.3 Es indispensable que nuestros países garanticen la producción de vacunas antirrábicas de buena calidad y en cantidad suficiente para llevar a cabo las intensas campañas de vacunación que es preciso emprender. Recomendamos que haya una coordinación más estrecha entre los servicios de salud y de sanidad animal, a fin de que sus recursos y esfuerzos se combinen en la campaña contra la rabia.

2.4 Recomendamos que los Gobiernos aumenten y mejoren los servicios de diagnóstico de la rabia, a fin de perfeccionar la notificación de casos y evitar la profilaxis antirrábica indiscriminada entre los

sres humanos. El Centro Panamericano de zoonosis, a solicitud de los Gobiernos, prestará colaboración en el adiestramiento de un elevado número de profesionales en este sector y prestará asistencia tanto en las actividades de diagnóstico como en la producción e inspección de las vacunas y en las investigaciones prácticas.

3. Brucelosis

3.1. Recomendamos que cada país ponga en marcha programas para el control de la brucelosis, tanto bovina como caprina, en función de sus distintas áreas ecológicas, utilizando los métodos más eficientes y que mejor se adapten a sus circunstancias y posibilidades, sugiriéndose se solicite la colaboración del Centro Panamericano de Zoonosis como organismo especializado en la materia.

3.2 Reiteramos la necesidad de estandarizar los antígenos y vacunas contra la brucelosis que se emplean en los distintos países, solicitando para ello la colaboración del Centro Panamericano de zoonosis.

3.3 Recomendamos que cada país establezca un sistema, sustentado por la legislación oportuna, para controlar la calidad y el empleo de las vacunas contra la brucelosis producidas en laboratorios nacionales y extranjeros.

4. Tuberculosis Bovina

4.1 Recomendamos que los Gobiernos lleven a la práctica programas de control o erradicación de la tuberculosis bovina, según sean los recursos humanos y económicos disponibles.

4.2 Para la planificación, ejecución y futura financiación de estos programas sugerimos aprovechar la experiencia adquirida por los países que han desarrollado programas de control, así como la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud, por medio de su Centro Panamericano de Zoonosis.

4.3 Recomendamos que, para poner en marcha estos programas, se preste especial atención, entre otras cosas, al adiestramiento y la formación de personal; a la realización de estudios para determinar la prevalencia de la enfermedad; a la coordinación entre las autoridades de salud pública y de higiene pecuaria; al empleo de pruebas de tuberculina aprobadas y uniformes; a la eliminación de los reactores, y a

los incentivos económicos que deben proporcionarse a los productores a fin de obtener su colaboración en el desarrollo de estos programas.

5. Hidatidosis

Recomendamos a los Gobiernos que desarrollen programas para el control de esta enfermedad, en los que se tomen en consideración un programa intensivo y continuado de educación sanitaria, dirigido fundamentalmente a las poblaciones de las zonas rurales, al saneamiento y la inspección veterinaria de los mataderos y el control sanitario de los perros. La coordinación de estos programas se debe efectuar al más alto nivel, entre las autoridades de salud, de agricultura y de educación, así como otras organizaciones públicas y privadas.

11. Aedes aegypti

En el lapso transcurrido desde la Reunión de Ministros de 1963, el programa de erradicación del Aedes aegypti ha permanecido estático en los países y territorios en que estaba presente y ha retrocedido en otros que se reinfestaron. Entre los primeros están los Estados Unidos de América, Venezuela, Guyana, Surinam, Guayana Francesa, algunas localidades de Colombia y en el área del Caribe donde, salvo Trinidad y Tabago y unas pocas islas, todos los países y territorios se encuentran extensamente infestados.

En Argentina, Brasil, Guatemala, Honduras y México el vector reapareció en años recientes en focos de extensión variable, pero en el caso de El Salvador todo el país está infestado. Los Gobiernos de dichos países han reiniciado las acciones para volver a erradicar el vector.

En el mismo lapso, no se han comprobado casos de fiebre amarilla urbana pero sí una extensa epidemia de dengue que afectó a Venezuela, Jamaica, Puerto Rico y algunos territorios de la Región del Caribe. Se comprobó un enorme número de casos con las consecuencias que son de esperar para la economía de los lugares de mayor incidencia.

No existe actualmente ningún obstáculo técnico que impida la erradicación del Aedes aegypti en las Américas; las causas que están impidiendo el desarrollo satisfactorio de las campañas son de orden administrativo y financiero. La eliminación de dichas causas depende de que los Gobiernos concedan a la erradicación del vector la prioridad

que el problema merece. No sería recomendable la protección de las áreas infectadas - exclusivamente - por medio de la vacunación amarilla. Además de la improbabilidad de poder mantenerse toda su población suficiente y permanentemente vacunada por tiempo indefinido, ese tipo de protección saldría, a lo largo, más caro que la erradicación del vector. Sin embargo, es del todo conveniente estimular las investigaciones sobre la biología, ecología y nuevos métodos para la eliminación de dicho mosquito que fueran de efectos comparables a los actualmente en uso, pero de menor costo.

El Aedes aegypti ya fue erradicado de cerca del 80% de las áreas que le son ecológicamente favorables en las Américas. Esta empresa ha costado millones de días-hombre de trabajo para inspeccionar y tratar repetidas veces millones de casas. Esto ha representado una inmensa inversión de dinero y esfuerzo que ha sido de vital importancia para el Continente. Nos asiste la responsabilidad de dar cima a esta empresa sin más retrasos, como ha sido acordado en sucesivas resoluciones de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud y del Comité Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.*

RECOMENDACIONES

1. Que la OSP asuma, con la más alta prioridad, el liderazgo de la campaña de erradicación del Aedes aegypti, con el fin de lograr la coordinación de los programas nacionales y colaborar con los Gobiernos para que éstos cuenten con el personal y equipo necesarios y los recursos financieros indispensables.

2. Que nuestros Gobiernos interpongansu influencia ante los organismos internacionales de crédito en el sentido de que incluyan en su política crediticia, la concesión de préstamos para la erradicación del Aedes aegypti.

3. Que nuestros países, directamente o a través de la Oficina Sanitaria Panamericana, se presten ayuda recíproca para la erradicación del vector, en la forma de préstamos o subvenciones, o suministro de equipos y materiales para la campaña.

* ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Erradicación del Aedes aegypti. Documento de Trabajo, Tema 2.2, R.MSA/4 (Lsp.), 1968.

4. Que los países ya libres del Aedes aegypti mantengan una estricta vigilancia contra la reinfestación de sus territorios. Que la Oficina Sanitaria Panamericana proporcione a los mencionados países la ayuda necesaria para establecer y mantener sus servicios de vigilancia, así como para revisarlos periódicamente, a fin de corregir cualquier deficiencia que pueda entorpecer el desarrollo satisfactorio de dichos servicios.

5. Que se estimule la investigación encaminada a ampliar los conocimientos de la biología y ecología del mosquito y a establecer nuevos métodos que faciliten y hagan más económica la erradicación del vector.

6. Es indispensable que los países aún infestados, hagan todos los esfuerzos posibles para resolver aquellas dificultades que hasta ahora han impedido completar los trabajos que todos los países americanos se comprometieron a realizar y ratificaron en sucesivas resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS, y se fijen plazos para su cumplimiento, haciéndolos conocer a la Oficina Sanitaria Panamericana.

IV. ESTADO DE LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS

Durante el período comprendido entre 1963 y 1968, hubo grandes progresos en la campaña continental contra el paludismo. El más común y más comprensivo método para medirlo es el estudio de la distribución de la población de las áreas palúdicas, según las fases del programa. Así es como durante el período mencionado, excluyendo las cifras correspondientes a los países que habían erradicado el paludismo antes de 1955, la población de las áreas de paludismo erradicado se ha duplicado, de 6.737.000 habitantes a 13.220.000, o sea, un aumento de 96%; aquélla que vive en áreas en fase de consolidación se ha triplicado, aumentando de 13.879.000 a 41.581.000, o sea, alrededor del 200%. Estos grupos representan la mitad de la población de las regiones del Continente que estaban expuestas al paludismo endémico en 1955, al iniciarse el programa en el Hemisferio. La población que vive en áreas en fase de ataque ha aumentado en un 15% y la que habita en áreas en fase preparatoria ha disminuido en un 69%. Se espera que a fines de 1968 no haya programas con áreas en fase preparatoria y que todos los habitantes de las Américas estarán protegidos, en grado variable, por medidas tendientes a reducir o interrumpir la transmisión del paludismo. En el período que se considera (1961-1967), la población total de las áreas originalmente palúdicas, aumentó en un 12%, de 100.672.000 a 112.401.000.

Las "áreas problema", en las que la resistencia del vector a los insecticidas obligó a utilizar medidas complementarias de ataque más costosas, sufrieron seriamente, durante los últimos años, limitaciones en sus actividades, derivadas de un funcionamiento insuficiente. Esta dificultad está superada y actualmente casi todos los programas reiniciaron su fase de ataque en forma coordinada, suplementada por las medidas extraordinarias necesarias.

Los estudios de las actividades de investigaciones de los diversos factores existentes en las "áreas problema" continúan con el patrocinio de la Organización Mundial de la Salud. Se ensayan en este momento nuevos insecticidas, nuevas formulaciones de drogas y un producto antimalárico inyectable de acción prolongada. Hemos tomado conocimiento que se están desarrollando programas de "análisis de sistemas", utilizándose computadores que servirán para coordinar las operaciones y obtener informaciones rápidas sobre situaciones de orden epidemiológico.

La experiencia de los últimos años confirma las conclusiones de la Reunión de Ministros de Salud de 1963, cuando dijeron que "el problema

crucial inmediato en el Continente es el de la financiación de los costos locales". Nos parece evidente que para acelerar la erradicación, es indispensable el aporte de fondos suficientes y que sean entregados en el momento oportuno, por nuestros Gobiernos y por los organismos internacionales. También se ha comprobado la existencia de fallas en los servicios administrativos, que repercuten seriamente sobre el desarrollo de los programas, y es de especial importancia que nuestros Gobiernos pongan el interés necesario para lograr el mayor grado posible de eficiencia. En este programa, que requiere una inversión de consideración, debemos impulsar investigaciones acerca de los beneficios que se esperan obtener de la erradicación, no sólo por la disminución de la mortalidad y morbilidad, sino de otras repercusiones que puede tener en distintos aspectos de la vida de las comunidades. Con este criterio la OPS/OMS ha iniciado un estudio sobre el impacto socio-económico del paludismo y su erradicación en Paraguay.

El progreso obtenido en la campaña hace necesario continuar los esfuerzos para mantener la situación lograda, para lo cual creemos que se requiere incrementar la coordinación de los servicios de erradicación con los servicios generales de salud, intensificando el adiestramiento del personal de los servicios generales de salud, en labores de vigilancia antipalúdica. A su vez, el personal de la campaña específica debe ser adiestrado en actividades de salud polivalentes.

Los resultados alcanzados en investigaciones operacionales indican que debe estimularse su continuación por los organismos nacionales e internacionales. La experiencia ha demostrado la utilidad del intercambio de información entre países vecinos, por cuanto suele tratarse de solucionar problemas comunes.

RECOMENDACIONES:

1. Insistimos en que es necesario intensificar los esfuerzos de los Gobiernos para acelerar el proceso de la erradicación de la malaria en las Américas.
2. Destacamos que es indispensable el aporte de fondos suficientes y que sean entregados en el momento oportuno.
3. Recomendamos que se ponga especial interés en el mejoramiento de los servicios administrativos, hasta lograr el mayor grado posible de eficiencia.

4. Recomendamos a los Gobiernos y organismos internacionales que efectúen o estimulen estudios básicos acerca de la repercusión de la malaria y su erradicación sobre la población y el desarrollo económico, en áreas significativas.

5. Expresamos nuestra satisfacción por el aumento de la población residente en áreas en fases de mantenimiento y consolidación y la incorporación de nuevas áreas a la fase de ataque.

6. Solicitamos que los Gobiernos intensifiquen el adiestramiento de personal de los servicios de erradicación de la malaria en actividades sanitarias polivalentes y del personal de los servicios generales de salud en actividades de vigilancia antimalárica, para que puedan asumir las responsabilidades correspondientes en las áreas en fase de mantenimiento.

7. Insistimos en la necesidad de incrementar la coordinación de los servicios nacionales de erradicación de la malaria con los servicios generales de salud, mejorando los servicios existentes, aumentando la cobertura en el medio rural y, previo adiestramiento, asignando al personal de los servicios de erradicación de la malaria, actividades de salud polivalentes en las áreas en fase de mantenimiento.

8. Recomendamos a los Gobiernos y organismos internacionales que efectúen o estimulen investigaciones destinadas a solucionar los problemas de persistencia de la transmisión malárica.

9. Reiteramos que los Gobiernos den prioridad en sus actividades de erradicación, a las áreas cuya situación epidemiológica ejerce influencia sobre la situación en otros países, para lo cual deben coordinarse las actividades entre los países interesados.

10. Indicamos a la Organización Panamericana de la Salud y a la Organización Mundial de la Salud la conveniencia de efectuar evaluaciones técnicas y administrativas periódicas de los programas de erradicación de la malaria por grupos independientes y solicitamos a los Gobiernos el cumplimiento de lo encomendado en dichas evaluaciones.

V. SANEAMIENTO, CIENCIAS DEL AMBIENTE E INGENIERIA SANITARIA

La Carta de Punta del Este y el Informe de la Reunión de Ministros de Salud (Grupo de Estudio) de 1963, dieron prioridad al saneamiento del medio y, dentro de este campo, a las necesidades de la población en materia de abastecimiento de agua y servicios de alcantarillado. En las metas que se fijaron, los Gobiernos signatarios se comprometieron a satisfacer estas necesidades de abastecimiento de agua y servicios de alcantarillado, a un 70% de las poblaciones urbanas y a un 50% de las rurales. Estas resoluciones reafirmadas por los Jefes de Estado Americanos en la reunión de Punta del Este en abril de 1967, reconocen que los sistemas de abastecimiento de agua y servicios de alcantarillado a la comunidad, son factores indispensables para la salud y el bienestar económico y social de los pueblos. Reconocen, además, que si en los hogares se dispone de agua pura, en cantidades adecuadas, se reducirán las infecciones entéricas y las enfermedades afines a ellas; disminuirá la mortalidad infantil; se promoverá el aseo de la persona, del hogar y de la comunidad; se estimulará el respeto a sí mismo, y aumentará la dignidad del hombre.

Desde 1961, los Gobiernos de la Región dieron una respuesta activa y eficaz, a esta necesidad pública. Los informes que sobre los progresos logrados nos ha presentado el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, reflejan los adelantos, sin precedentes, realizados con el programa continental de abastecimiento de agua, especialmente en zonas urbanas, y los progresos constantemente favorables que se obtienen en los aspectos técnicos, administrativos y financieros de estas obras públicas.

Gracias al estímulo de este programa, 18 países alcanzaron ya la meta de Punta del Este de abastecer de agua, por lo menos, al 70% de sus poblaciones urbanas, y otros países se acercan relativamente a este objetivo. Desde 1961 hasta ahora, se han destinado unos EUA\$1.400 millones a obras de abastecimiento de agua y alcantarillado. El 60% de esta suma se cubrió con fondos nacionales corrientes y el 40% restante con préstamos internacionales (75% proceden del Banco Interamericano de Desarrollo). Expresados en cifras de población humana, estas mejoras redundan en beneficio de 62 millones de habitantes de zonas urbanas y rurales. Sobre una base regional, el programa urbano de abastecimiento de agua está al día. La meta de la Carta se alcanzará. En una escala de menor prioridad, la dotación de servicios urbanos de alcantarillado realiza progresos razonablemente buenos.

Por lo que respecta a las zonas rurales, los progresos han sido mucho menos espectaculares en cuanto a la provisión de servicios de agua en poblaciones pequeñas y aldeas. Todos nuestros Gobiernos iniciaron programas de agua en las zonas rurales, pero las tasas de progreso varían mucho según los países, y el programa continental total está en retraso respecto a los plazos deseados. En la actualidad, tienen servicios de agua el 16% de los 118.000.000 de habitantes del medio rural. Esto representa aproximadamente un tercio de la meta fijada para el decenio. Invitamos a los Gobiernos a acelerar sus esfuerzos en el programa de abastecimiento de agua en el medio rural, insistiendo en el concepto de ayuda propia dentro de la comunidad, en el desarrollo de cooperativas locales para el abastecimiento de agua, y en estimular, en cada país, el establecimiento de un sistema de fondo rotatorio, conforme lo señala la Declaración de los Jefes de Estado. Debe hacerse especial hincapié, en la organización de la comunidad y en técnicas de aplicación en gran escala.

En las Américas, el ambiente físico del hombre experimenta, en la actualidad un cambio rápido y profundo. Entre las influencias pertinentes figuran el crecimiento de la población, el aumento de urbanización, las mayores mezclas de población y la expansión de la industrialización tecnológica. A medida que crecen las ciudades y aumenta la industria, adquieren mayor intensidad e importancia los problemas de contaminación del agua, el aire y el suelo. Es preciso conformarse con cierto deterioro de estos recursos, como precios que hay que pagar por el progreso, pero la contaminación del ambiente debe mantenerse en niveles inferiores a los que podrían poner en peligro la salud personal de la población. Más allá del parámetro de la salud, dicha contaminación no debe alcanzar niveles que deterioren gravemente los valores y aplicaciones de esos recursos, particularmente en aquellos casos en que pudieran resultar adversamente afectados la economía de una zona y el bienestar general de su población. Las variables complejidades del ambiente del hombre, requieren concepciones mucho más amplias que mantengan en equilibrio razonable todo el sistema ecológico. Es preciso prestar mayor atención a medidas preventivas que impidan la creación de riesgos ambientales y dar menos importancia a acciones correctivas o de control. Cada país tiene que enfrentarse con la difícil tarea de fijar normas y prácticas de control, que satisfagan las necesidades y aspiraciones de la población.

Están muy adelantados los programas de orden regional para robustecer la enseñanza de la ingeniería y establecer una red de centros de base universitaria, para adiestramiento e investigación. La Oficina Sanitaria Panamericana estimula y apoya estas actividades. En la actualidad, se establecen vínculos entre los organismos responsables de obras

de abastecimiento de agua y servicios de alcantarillado y las universidades. Se llevan a cabo investigaciones para encontrar nuevos procedimientos que sean más económicos y más adaptables a aplicaciones en gran escala. Van apareciendo nuevas pautas y arreglos legislativos, administrativos, financieros e institucionales. Está en estudio la logística del desarrollo de cuencas fluviales, con especial atención a sus repercusiones sobre la salud. Dentro del armazón de las inflexibles realidades económicas, las prioridades y opciones se convierten en necesidades. La Oficina Sanitaria Panamericana organiza actualmente en Perú, un Centro de Ingeniería Sanitaria que preste a los Gobiernos asistencia experta, científica y en investigaciones.

En los años venideros, nuestros Gobiernos tendrán que hacer frente a problemas ambientales de mayores magnitudes y complejidades. El adelanto de la tecnología dejará una estela de tensiones humanas más complicadas. Aumentarán los contaminantes ambientales, y abarcarán desde aquellos microbiológicos hasta los que proceden de sustancias químicas. La exposición por mucho tiempo a sustancias tóxicas adquirirá mayor importancia y será más difícil de diagnosticar, porque existirá una mayor separación entre la causa y el efecto. El crecimiento de las ciudades agravará los problemas de la congestión del tránsito, de los accidentes y de los riesgos del ruido. Las mayores densidades de población y la vivienda deficiente, aumentarán los riesgos de las enfermedades transmisibles y los problemas de salud mental. En los complejos industriales, las enfermedades profesionales exigirán una atención más concentrada y más medidas curativas.

En lo futuro, los organismos de salud tienen que ampliar sus actividades a fin de tomar en consideración los barrios míseros, la pobreza y la suciedad, así como la ignorancia y la delincuencia en relación con la salud; y los efectos que estos factores tengan sobre la salud total de la población.

RECOMENDACIONES

1. Teniendo en cuenta que los adelantos tecnológicos en una sociedad sujeta a un proceso de urbanización están creando cambios sin precedentes en el ambiente físico que rodea al hombre, y que la magnitud y complejidad de estos cambios, intensifican los problemas habituales y someten al hombre a una serie de nuevas tensiones que afectan a su salud y el bienestar, nos proponemos modificar los programas y procedimientos con arreglo a las nuevas tendencias. Encomendamos a la Oficina Sanitaria Panamericana que continúe e intensifique la especial atención que viene prestando a los nuevos problemas, ajustando y utilizando sus recursos para ampliar su asistencia a los Gobiernos.

2. Encarecemos a los Gobiernos que continúen concediendo la máxima prioridad a los programas de servicios de abastecimiento de agua y de alcantarillado a la comunidad, a fin de mantener los progresos sin precedentes que se están realizando. Entre los factores de importancia especial, cabe mencionar los siguientes:

a) En las zonas urbanas, es preciso intensificar las medidas encaminadas a asegurar la consecución de las metas establecidas en la Carta de Punta del Este;

b) En cuanto a los medios rurales, deben adecuarse e intensificarse estos programas en la medida necesaria, a fin de acelerarlos para alcanzar las metas fijadas en la Carta de Punta del Este;

c) Los nuevos métodos y procedimientos de organización y administración, originariamente proyectados para los organismos de abastecimiento de agua, deben aplicarse en la organización de los sistemas de alcantarillado;

d) Los organismos de abastecimiento de agua y de alcantarillado deben poseer la suficiente autoridad y autonomía que les permita ejercer las funciones que se les han asignado, inclusive la adecuada coordinación con los Ministerios pertinentes;

e) Con el fin de asegurar y facilitar una efectiva organización y administración, nuestros Gobiernos deberían modificar su política de préstamos, si es necesario, de modo de utilizar fondos internacionales para fortalecer las estructuras administrativas responsables de los programas de agua y alcantarillado.

3. A los efectos de mejorar la planificación y los métodos de financiamiento de los sistemas de abastecimiento de agua y de alcantarillado, se espera que la Oficina Sanitaria Panamericana ampliará su asistencia a los Gobiernos en el desarrollo de técnicas de aplicación en gran escala y el establecimiento y utilización de sistemas de fondos rotatorios. Deben efectuarse estudios para determinar el porcentaje del Producto Nacional Bruto que sería suficiente y apropiado invertir en sistemas de abastecimiento de agua y de alcantarillado para la comunidad, en especial en las zonas rurales.

4. Solicitamos a los Gobiernos dar un mayor énfasis a los programas de educación y adiestramiento de personal profesional, técnico y auxiliar en el campo de la higiene del medio. Sugerimos a las Universidades que intensifiquen la enseñanza de la ingeniería de salud

pública en las carreras de ingeniería, arquitectura y afines, con el fin de satisfacer la creciente demanda de recursos humanos necesarios para el diseño de obras de saneamiento ambiental y en la aplicación de métodos factibles y eficaces de control.

Pedimos a la OPS continúe prestando su colaboración a los programas de educación, adiestramiento e investigación que se adelantan en los países.

5. Nuestros Ministerios de Salud deben tomar la iniciativa en el desarrollo de normas y programas de control de la atmósfera y del agua; reducir las enfermedades y accidentes ocupacionales, fortaleciendo las actividades de higiene del trabajo; y promover programas de mejoramiento de la vivienda a través de fondos rotatorios como mecanismo de financiación, y así colaborar de una manera integral con los servicios sanitarios esenciales y de control de vectores.

6. En las zonas más urbanizadas, nuestros Ministerios de Salud deben ampliar sus programas tradicionales a fin de abarcar los efectos que sobre la salud ejercen problemas tales como los ruidos, el hacinamiento, los accidentes y las intoxicaciones. Cuando sean aplicables, debemos emplear medidas preventivas para reducir al mínimo los efectos adversos en el sistema ecológico, en lugar de depender por entero de los métodos correctivos o de control.

7. Nuestros programas deben tomar en consideración los barrios míseros, la pobreza, la suciedad, la ignorancia y la delincuencia, en relación con la salud y los efectos de estos factores en el bienestar total de la población.

8. Con el objeto de hacer frente a los problemas sanitarios y económicos cada vez mayores que plantea la eliminación de desechos sólidos, la Oficina Sanitaria Panamericana debe alentar a los organismos internacionales de crédito a facilitar a los Gobiernos préstamos, en condiciones favorables, para financiar los equipos y la instalación de los servicios correspondientes.

9. Es necesario, para facilitar el financiamiento, la continuidad y efectividad de las acciones de saneamiento, intensificar la activa participación de la comunidad, especialmente en las zonas rurales.

10. Nuestros Ministerios de Salud deben poseer suficiente personal técnico de competencia adecuada, así como los laboratorios nacionales y regionales, para la adecuada supervisión de la calidad de las aguas y controles sanitarios relacionados.

11. Nuestros Gobiernos deben adoptar acciones a nivel nacional y coordinadas, especialmente por regiones, en el problema de contaminación derivada del uso creciente de sustancias químicas, especialmente de los plaguicidas.

VI. PROTECCION MATERNAINFANTIL Y METODOS DE ORIENTACION INTEGRAL DE LA FAMILIA EN ASPECTOS DE SALUD

En la Carta de Punta del Este los Gobiernos convinieron en rebajar la mortalidad de los menores de cinco años, por lo menos a la mitad durante el decenio. En su declaración los Presidentes de América, junto con reafirmar dicho cometido, decidieron dar impulso a los servicios de protección maternoinfantil y educación sobre orientación integral de las familias.

En la información proporcionada por los Ministerios de Salud^{*} a nuestro cargo se observa que los progresos han sido mayores en el grupo de uno a cuatro años que en los menores de un año. En efecto, las tasas de mortalidad de los primeros en América Central ha descendido de 14 por mil en el período 1960-1962 a 11,6 por mil en 1966, lo que equivale a una disminución de un 17,1 por ciento. La meta en la mitad de la década es de un 25 por ciento. En Sudamérica, en los mismos años, las tasas son de 13,3 por mil habitantes y 10,2 respectivamente. El descenso ha sido de un 23,3%, lo que equivale a un 93% de la meta.

En lo que se refiere a la mortalidad infantil, los índices fueron en América Central de 71,3 por mil nacidos vivos en 1960-1962 y de 63,4 por mil nacidos vivos en 1966, lo que equivale a un 11% de descenso en el quinquenio. Para Sudamérica los valores se ordenan como sigue: 83,9 y 73,6 por mil nacidos vivos, con una disminución de un 12,3% en el quinquenio. La meta es de un 25% para ambas regiones, al término de 1966, 50% de la meta.

Del análisis de las causas de mortalidad se deduce que las diarreas de la infancia, y las infecciones del aparato respiratorio, junto a algunas enfermedades transmisibles -como el sarampión, el tétanos, la tos ferina y la malaria- y los accidentes, son las más importantes entre los 28 días de vida y los cinco años de edad. Ciertas enfermedades de la primera infancia que se relacionan con factores congénitos, embarazo, parto y ambiente que rodea al recién nacido, son el grupo más importante de mortalidad en los primeros 28 días de la vida.

^{*} ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, Protección Maternoinfantil y Educación sobre Métodos de Orientación Integral de la Familia en Aspectos de Salud, Tema 2.5, REMSA/7 (Esp.), 1968.

La desnutrición, que no figura entre las causas principales de mortalidad y que afecta una alta proporción de los menores de cinco años, está influida por la edad del destete y las condiciones económicas y culturales de la familia. Las investigaciones en desarrollo, entre las que se destaca las que realiza el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), apuntan a una relación directa entre carencia nutricional y retardo mental.

En algunos países, se observa un rápido desplazamiento de la edad del destete hacia épocas muy tempranas de la vida del niño, lo cual puede originar consecuencias serias en el desarrollo físico y mental.

Además de los factores biológicos que hemos enunciado, son de mucha importancia los de orden social, económico y demográfico, todos los cuales afectan la salud del niño pequeño, de la madre y de la familia.

Los factores demográficos son igualmente de importancia, en especial, cuando el crecimiento de la población es rápido como en muchos países de la América Latina, que muestra en conjunto la más alta tasa de incremento anual del mundo. Esa situación provoca aumentos bruscos del número absoluto y relativo de niños en la edad más vulnerable, quienes quedan expuestos a la agresión de ambientes no preparados para recibirlos, contribuyendo a una mayor morbilidad y mortalidad. Es muy difícil para los Gobiernos dar satisfacción a las necesidades médicas, sociales y educacionales, cuando se producen estos bruscos aumentos de la población infantil. Muchas de estas necesidades quedan, por tanto, insatisfechas. Por otra parte, se observa que a mayor mortalidad infantil en el seno de las familias de bajo ingreso, se produce mayor natalidad y viceversa.

De la observación en varios países del Continente, se deduce que el mayor riesgo biológico que significa la familia numerosa, pesa con mayor fuerza sobre los estratos sociales más desvalidos desde el punto de vista económico y de la atención médica. En algunos países, se observa en esos sectores de la población, una mayor frecuencia del aborto provocado y de las complicaciones de este último, con alta proporción de mortalidad materna.

Estos hechos han movido a algunos Gobiernos a considerar la participación del sector salud en la política y en la formulación de programas de planificación familiar. Al hacerlo, han incorporado

las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. En base a ellas, algunos Gobiernos han formulado programas de protección maternoinfantil y de planificación familiar, tendientes a reducir los riesgos de enfermar y morir de madres y niños, contribuyendo, a la vez, a mejorar las condiciones de la vida familiar.

Para cumplir con la meta de la Carta de Punta del Este, esto es, rebajar las tasas de mortalidad de los menores de cinco años a la mitad de las que existían en 1961, se requiere un impulso de consideración, sin dejar de reconocer los progresos del primer quinquenio. Como es natural, nos referiremos esencialmente a la tecnología de salud y a sus efectos inmediatos. No hay duda que no es mucho lo que se puede esperar, si simultáneamente no mejoran los niveles de vida, en particular, en el medio rural y en las poblaciones marginales de las ciudades donde las agresiones del ambiente son mayores para el niño, el equilibrio ecológico más crítico y, por lo tanto, el riesgo de enfermar, alterar su crecimiento y desarrollo y morir, más elevado.

La mayoría de los problemas médicos, preventivos y curativos, de la maternidad y la infancia, no requieren de equipos costosos. El recurso humano es el instrumento más importante, sea profesional como auxiliar. A este último, le corresponde una responsabilidad muy definida, la que, en el medio rural de la América Latina, es hoy fundamental. Los daños provocados por la desnutrición, las infecciones de la infancia, la ignorancia y el saneamiento deficiente, son de tal gravedad que deben llamar a la acción urgente de las comunidades, sus líderes y sus dirigentes, de consuno con los servicios de salud.

RECOMENDACIONES

1. Que los Gobiernos que no lo hayan hecho, promuevan el desarrollo y la elevación del nivel de vida de aquellas áreas donde la situación de salud del niño y la familia es más crítica: áreas rurales y áreas marginales de las ciudades en rápido crecimiento.

2. Que intensifiquemos las acciones de bienestar social en favor de niños y familias necesitados, contribuyendo de este modo a aliviar su situación y como una forma de redistribución de la riqueza sugerimos que se establezcan sistemas de seguro de salud extendidos a la familia, primas de lactancia, ayuda con alimentos a niños y embarazadas carentes de recursos, etc.

3. Los cuidados integrales de salud de la madre y el niño, debemos llevarlos rápidamente a sectores más extensos de la población, con acciones realizadas en forma continua y con especial énfasis, en aquellos sectores de población con más alto riesgo.

4. Que se realice una adecuada coordinación, a todos los niveles, de las acciones, programas y servicios de salud materno-infantil, nutrición y de orientación integral de la familia, con el propósito de obtener una máxima utilización de los recursos a través del mutuo apoyo y potencialización, evitando, a toda costa, las duplicaciones de servicios.

5. Insistimos en la debida prioridad que debe darse a las actividades de promoción y recuperación de la salud y de prevención de la enfermedad de la madre y el niño.

6. Sugerimos que se intensifique el entrenamiento de personal de todo nivel, en especial de administradores avezados y de personal auxiliar y empírico para realizar las tareas de menor complejidad técnica, en aquellas zonas más desprovistas.

7. Instamos a las universidades a ampliar la formación pediátrico-obstétrica de médicos, enfermeras, obstétricas o parteras, trabajadores sociales y nutriólogos, avanzando hacia el mejor conocimiento de los procesos biológicos básicos de la reproducción, el crecimiento y desarrollo, y su interrelación con los factores sociales y demográficos.

8. Debemos promover estudios de crecimiento y desarrollo en las edades críticas, con el propósito de tener curvas de referencias que sirvan tanto para medir este fenómeno en las distintas comunidades, como para orientar y evaluar los programas de nutrición dirigidos a la infancia.

9. Que nuestros países, con la ayuda técnica de la OPS, procuren llevar a cabo estudios que relacionen el crecimiento y desarrollo de los niños y sus logros educacionales, con el tamaño de la familia, consumo de alimentos y nivel de ingreso.

10. Promover la acción comunitaria para conseguir su participación informada y efectiva en las acciones de salud materno-infantil, a través de líderes, unidades vecinales, grupos naturales y organizados, etc.

11. En coordinación con los sectores de educación y bienestar social y con la ayuda de las universidades, nos proponemos emprender, sobre la base de estudios socio-antropológicos, una vasta acción educativa con el propósito de promover la adaptación de la familia a la vida moderna, impuesta por el desarrollo general.

12. Promover y facilitar los medios para asegurar la lactancia materna durante un período apropiado.

13. Que las diversas organizaciones internacionales interesadas en la salud y bienestar social del niño, coordinen sus actividades a fin de perfeccionar sus resultados.

14. Que nuestros países, con la asesoría de la OPS, realicen estudios para establecer periódicamente en cada región económica, las inversiones mínimas relacionadas con los ingresos familiares, necesarias para proteger la salud y la vida de sus miembros, de acuerdo con el número de hijos. Estos datos deberán ser ampliamente divulgados en los países.

15. Que en aquellos países cuyos Gobiernos han adoptado oficialmente una política de planificación familiar, los servicios correspondientes deben integrarse o coordinarse con los programas existentes de higiene materno-infantil y puestos a disposición de todos los miembros de la comunidad que quieran utilizarlos.

16. Que la OPS atienda las solicitudes de asesoría y ayuda, dentro de sus posibilidades presupuestarias, de los Gobiernos en programas de higiene materno-infantil y en los de planeación familiar, sean éstos para incrementar o disminuir el número de embarazos.

17. Los Gobiernos, a través de nuestros Ministerios de Salud, prestarán todo su apoyo a la Investigación Interamericana de Mortalidad de la Niñez, patrocinada por la OPS. Esta se propone estudiar la mortalidad infantil, y la de los primeros años de la niñez, teniendo en cuenta factores nutricionales, de infección, sociológicos y ambientales. Los datos de esta investigación permitirán perfeccionar los programas de protección materno-infantil y los de educación médica.

VII. POLITICA DE ALIMENTACION Y NUTRICION.

Se ha demostrado que ha habido un evidente progreso en los criterios aplicados en materia de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades nutricionales. Sin embargo, la acción preventiva no ha recibido el mismo impulso, lo que ha de atribuirse sobre todo al hecho de que la provisión de alimentos de contenido proteínocalórico suficiente a los grupos vulnerables de la población no es responsabilidad de los servicios de salud. A su vez, esta situación es resultado de la falta de una política gubernamental concreta sobre alimentos y nutrición que armonice las necesidades biológicas de las poblaciones con las exigencias del desarrollo económico, especialmente las que se refieren a la exportación e importación de productos alimenticios.

Hemos reconocido, en principio, la necesidad de crear un centro de recopilación y análisis de datos para nuestro Hemisferio, a fin de facilitar las informaciones necesarias sobre todos los aspectos de la cadena alimentaria. Esta información permitiría a nuestros Gobiernos establecer la mencionada política de alimentos y nutrición y los planes intersectoriales correspondientes. También posibilitaría la ejecución de un estudio comparado de los problemas y programas de los distintos países de las Américas, como base para una acción de carácter continental.

Procedimos a efectuar un análisis de los progresos realizados en los programas de nutrición desde la anterior Reunión de Ministros, en 1963 y no cabe duda de que son muchas y muy diversas las actividades emprendidas para atender los múltiples y variados problemas relacionados con la nutrición. Entre esas actividades figuran las siguientes: establecimiento de normas para la nutrición óptima de la población; incorporación de la nutrición en los planes nacionales de salud, reducción de las pérdidas de alimentos mediante un control más eficaz de los roedores y de las enfermedades enzoóticas, yodación de la sal para combatir el bocio endémico, enriquecimiento de los cereales para mejorar su valor nutritivo y prevenir deficiencias específicas y, por último, la investigación de la producción industrial y distribución y utilización de nuevas fuentes de alimentos de bajo costo y elevado contenido proteínico. La preparación de la INCAPARINA, a base de proteínas vegetales, ha estimulado la ejecución de investigaciones análogas en seis países que han preparado productos similares cuyo elevado contenido proteínico los hace especialmente

apropiados para la alimentación de los lactantes y de los niños de edad preescolar. A este respecto, varios Delegados de nuestros países se refirieron a programas de investigación que se están efectuando en la actualidad sobre alimentos ricos en proteínas. Entre estos alimentos, figuran un concentrado de proteína de pescado, la semilla de girasol y la semilla de colza.

También hicimos referencia a la necesidad de intensificar el adiestramiento y la formación de profesionales especializados en nutrición. Si bien se han realizado progresos a este respecto, es indispensable desplegar mayores esfuerzos en lo sucesivo. Habrá que mejorar, asimismo, la formación de nutricionistas y aumentar el número de esos profesionales asignados a los servicios de salud y a la docencia.

A juzgar por la información disponible, es evidente que las actividades de nutrición han prosperado considerablemente en los cinco últimos años. No obstante, es mucho todavía lo que nos queda por hacer. El problema de América Latina no es de carácter estático; por el contrario, va en aumento a medida que crece la población y es mayor la demanda de alimentos más abundantes y mejores. En los 10 últimos años, la producción alimentaria per cápita, en la mayoría de los países latinoamericanos, se ha mantenido a un nivel bajo y estacionario, al paso que la importación de alimentos ha aumentado progresivamente, con el fin de compensar el déficit. Ha sido posible así, mantener los suministros alimentarios nacionales, pero los problemas relacionados con la distribución y con el poder adquisitivo impiden que extensos sectores de población consuman calorías y proteínas suficientes para alcanzar un nivel de nutrición normal.

La producción actual de las Américas representa sólo una fracción de las posibilidades que ofrecen sus grandes recursos naturales. Incluso, la producción de las tierras actualmente en cultivo, podría alcanzar niveles cuantitativos y cualitativos mucho más elevados. Las pérdidas de proteínas a causa de las enfermedades de los animales y la acción destructora de los roedores e insectos pueden y deben controlarse. Vienen a completar este ciclo de escasez, el limitado poder adquisitivo de la mayor parte de la población; la ignorancia de los principios de la nutrición básica, reflejada en la forma de adquirir y preparar los alimentos, lo que disminuye aún más los nutrientes disponibles; y, en fin, la acción recíproca de otros factores del medio, como son las enfermedades infecciosas y parasitarias, que contribuyen a precipitar la malnutrición.

Este problema es de carácter esencialmente multidisciplinario y requiere una acción coordinada por parte de los organismos gubernamentales, junto con el activo concurso de la comunidad.

Las funciones básicas incumben al sector salud, tanto en lo que se refiere al estímulo y participación en el establecimiento de una política nacional de alimentos y nutrición y en su aplicación a la comunidad, como en lo que respecta a la prevención y control de las enfermedades nutricionales que ha de ser actividad ordinaria de los servicios de salud.

RECOMENDACIONES

1. Que las unidades de planificación de los servicios de salud estimulen y participen activamente en la formulación de políticas nacionales de alimentación y nutrición y los planes intersectoriales destinados a asegurar una provisión suficiente de alimentos a todos los sectores de la población, con objeto de satisfacer necesidades biológicas bien definidas.

2. Que establezcamos un centro de recopilación y análisis de datos acerca de la nutrición en las Américas, utilizando preferentemente las instituciones ya existentes. Este centro debe recopilar, compulsar, analizar y divulgar los datos pertinentes de nutrición, país por país, a fin de facilitar la información fundamental que puede servir para establecer una política de alimentación y nutrición. Además, el centro proporcionaría adiestramiento a personal nacional en materia de procedimientos para la formulación de políticas y la planificación de programas.

3. Que nuestros Gobiernos incrementen los estudios sobre el estado alimentario y de nutrición de sus poblaciones para así, contribuir al establecimiento de sus políticas nacionales de alimentos y de nutrición sobre bases firmes y objetivas.

4. Que el sector de la salud defina claramente sus responsabilidades dentro de la política nacional de alimentación y nutrición, y que éstas sean incorporadas al proceso de planificación de la salud para disponer las actividades específicas que deban llevarse a cabo en los niveles regional y local. Entre esas actividades debemos proyectar tareas coordinadas que abarquen la higiene maternoinfantil, el saneamiento del medio, la educación sanitaria y otros servicios pertinentes.

5. Que los organismos nacionales e internacionales presten mayor apoyo a las escuelas de nutrición y dietética, a fin de poder contar con más personal profesional calificado en este campo.

6. Que las escuelas de salud pública, medicina, odontología y enfermería, así como las facultades dedicadas a la preparación de maestros, reciban ayuda para fortalecer la instrucción en nutrición, a fin de lograr que sus graduados participen activamente en programas locales.

7. Que nuestros Gobiernos sigan promulgando la legislación idónea que garantice la utilización de la tecnología existente en campos tales como, la yodación de la sal, el enriquecimiento de cereales y la comercialización de alimentos baratos de alto contenido proteínico y además, protejan al consumidor contra la propaganda falsa de alimentos para el destete. Es importante que dicha legislación sea planificada en estrecha colaboración con el sector privado, a fin de lograr que se cumpla efectivamente.

8. Que nuestros Gobiernos presten mayor apoyo a los institutos de investigación para que busquen nuevos métodos de aplicar los conocimientos científicos existentes sobre alimentos y nutrición, teniendo en cuenta las condiciones socio-económicas restringidas que se encuentran en muchas zonas del Continente.

VIII. PLANES NACIONALES DE SALUD Y MEJORAMIENTO DE LA ORGANIZACION Y ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El tema, tal como se enuncia, revela la continuidad natural que debe existir dentro de los planes nacionales de salud, vale decir, un régimen racional de prioridades e inversiones para la solución de los problemas y dentro de los servicios que deben llevarlos a la práctica, en los que la salud es una e integral. Con otras palabras, se planifica para servir una necesidad que en este caso es vital y esto se hace coordinando los recursos actuales y potenciales de cada país, cualquiera que sea su origen, para cumplir con los objetivos medibles del plan. Sólo por razones administrativas se diferencian la atención de los enfermos y su rehabilitación, de la protección y promoción de la salud. Se trata de etapas de un mismo proceso biológico y social, cuyos únicos destinatarios son los seres humanos y las sociedades que ellos constituyen.

La planificación deriva de una decisión política, sin la cual no tiene destino; no es un fin en sí misma, es origen y circunstancia de un proceso. Se la acepta hoy como uno de los instrumentos fundamentales para cumplir con los objetivos de la Carta de Punta del Este en el plano continental y los que cada Gobierno determine en el ámbito nacional.

De la información reunida^{*} se desprende que en materia de planificación de la salud, en el período transcurrido entre las dos Reuniones de Ministros, ha habido éxito indudable de los esfuerzos realizados y, a la vez, han surgido problemas críticos que debemos superar en corto, mediano y largo plazo. Entre ellos, cabe mencionar que la participación del sector salud queda limitada a algunas instituciones del Estado, no incluyendo con frecuencia a las de Seguridad Social. La integración del plan de salud en los planes de desarrollo económico y social se muestra, en algunos casos, como una expresión formal, reducida a los programas de inversión y determinada por los presupuestos. En la ejecución de los programas se observa debilidad de la infraestructura administrativa y técnica, lo que interfiere con la continuidad del proceso y su posibilidad de perfeccionamiento.

^{*} ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, Planes Nacionales de Salud y Mejoramiento de la Organización y Administración de los Servicios de Salud, Documento de Trabajo, Tema 3.2, REMSA/9 (Esp.), 1968.

No obstante, lo realizado en el período, permite afirmar que la formulación y ejecución de los planes ha significado en todos nuestros países, el origen de cambios positivos a pesar del breve tiempo transcurrido. La metodología empleada, a más de útil para generar dicho cambio, lo ha sido también para diferenciar las limitaciones mencionadas y sugerir los mecanismos para la modificación y perfeccionamiento de todo el proceso.

Obstáculo fundamental ha sido la insuficiencia de la información estadística, bio-médica y contable, generalmente incompletas e irregularmente registradas, no siempre analizadas con la oportunidad debida para programar y evaluar las acciones de salud. Esto ha sido especialmente grave en lo que se refiere a estadísticas hospitalarias. Agregamos la necesidad de ampliar la metodología en forma de incluir actividades sustantivas como son las de nutrición, saneamiento, organización de la comunidad y otras.

Consideramos necesario desarrollar esfuerzos para asegurar una participación activa y sistemática del sector salud en la elaboración y ejecución de los proyectos de desarrollo económico y social que contemplen movilizaciones o asentimientos considerables de recursos humanos, así como cambios importantes en sus condiciones de vida y ocupación. Por otra parte, hay que considerar el conocimiento insuficiente de la naturaleza dinámica de los fenómenos que condicionan la salud en sí y en el contexto del desarrollo.

Factores fundamentales en el proceso de planificación son: la decisión política y la capacidad de ejecución de planes y programas.

Hubo consenso para reconocer que la coordinación de los recursos de salud es esencial y aceptamos que no tendría sentido seguir hablando de planificación de la salud, mientras no se llegue a una articulación entre las instituciones del sector público para coordinar los recursos. Tomamos nota de que varios países han dado pasos decisivos dirigidos a la coordinación, pero, al mismo tiempo, reconocemos que estos esfuerzos son aún insuficientes para alcanzar los objetivos de un plan integral de salud. La diversificación de las actividades de salud y la participación en ellas de organismos privados y semi-autónomos, el alto costo de las prestaciones, la escasez de los recursos disponibles y la presión de una demanda creciente son razones que hacen indispensables y urgente la adopción

de sistemas nacionales de coordinación efectiva de los servicios preventivos y curativos de los Ministerios de Salud y de éstos, en su conjunto, con los de las instituciones de seguridad social, universidades y otros organismos públicos y privados.

La coordinación permitirá mejorar el nivel de prestaciones, aumentar tanto como sea posible la cobertura y estimular la participación activa del nivel local en la planificación y administración de los servicios.

La regionalización administrativa de los servicios evitará la duplicación de esfuerzos. Los recursos altamente especializados deben concentrarse en establecimientos para la atención de enfermos procedentes de todo el país o de cada región, según el caso. Sujetos a normas comunes emanadas de los organismos centrales, las actividades de prevención, fomento y reparación de la salud se realizan por medio de una red de servicios integrados que deben alcanzar la más amplia cobertura del territorio nacional.

La regionalización y coordinación de los programas de construcción hospitalaria y de otros servicios de salud es tanto más importante cuanto que ellas forman parte del plan de inversiones que, a su vez, es uno de los elementos del plan nacional de salud y del plan de desarrollo económico y social. Los enormes capitales necesarios para llevar a cabo un programa de construcciones tienen una fuerte repercusión en la distribución de los recursos financieros y su impacto en la economía nacional exige que se ajuste a un criterio funcional y económico muy estricto ya que los capitales invertidos en hospitales alternativamente pueden estar destinados a escuelas, caminos o maquinaria industrial, yendo a beneficiar otras áreas del desarrollo económico-social.

Para promover la coordinación de los servicios de salud a todos los niveles recomendamos la constitución de comisiones o comités permanentes de carácter interinstitucional que colaboren en la preparación de normas técnicas, las cuales permitan en forma sistemática perfeccionar la calidad de las prestaciones y el rendimiento de las actividades establecidas en el plan y de aquellas otras derivadas de sus relaciones intersectoriales.

Igualmente, reconocemos la conveniencia de desarrollar programas de investigación operativa y administrativa que permitan el desarrollo y perfeccionamiento de la metodología para formular y evaluar planes,

programas, proyectos y actividades facilitando así la decisión y formulación de políticas sectoriales. Lo anterior incluye el análisis de gastos y fuentes de ingresos, de los recursos disponibles y de otros potenciales.

Otro factor que consideramos de importancia como paso previo a la planificación es la revisión de los aspectos jurídicos y legales que faciliten la articulación interinstitucional y el establecimiento de un sistema administrativo común para la mejor utilización de los recursos disponibles.

Como consecuencia de las consideraciones anteriores, reconocemos que para aumentar la cobertura y utilizar mejor los recursos disponibles, cada país podrá adoptar el sistema de coordinación que mejor se adapte a su tradición histórica, a su régimen jurídico y administrativo y al grado de desarrollo de sus recursos de salud. Lo importante es que el sistema elegido garantice y respete la tuición normativa, coordinadora y supervisora de los organismos técnicos de los Ministerios o Secretarías de Salud.

El financiamiento de los servicios de atención médica deberá estar basado, fundamentalmente, en un seguro de salud, como un medio de que todos los usuarios contribuyan al pago, según su capacidad económica. Aquellos miembros de la comunidad que no estén en condiciones de contribuir, deberán tener derecho a servicios gratuitos.

Reiteramos el propósito de persistir en la formulación de los planes de salud y su reajuste periódico, a la vez que incrementar la formación de profesionales en esta disciplina con el fin de crear un lenguaje común, guiado por los objetivos generales y específicos, y mejorar la calidad y el rendimiento de los recursos.

La experiencia adquirida hasta aquí pone de relieve, una vez más, lo esencial de los recursos humanos para toda acción de salud, pero a la vez, la falta de consistencia entre el contenido de los programas de educación y las necesidades reales, sus costos y efectos, a más de las previsiones para su utilización efectiva.

Esta serie de hechos que revelan progreso, a más de otros, quedan en evidencia en la información de que ha dispuesto nuestra

Reunión^{*}. En su conjunto son reflejo del mejoramiento de los servicios generales de salud y de la atención médica y jalones en el proceso de planificación y en el de integración.

RECOMENDACIONES

1. Es recomendable que en aquellos países en los cuales no se ha iniciado el proceso de planificación, los Gobiernos den los pasos pertinentes para la formulación y ejecución de planes nacionales de salud, articulados con el desarrollo económico y social nacional. Para ello se requiere definir previamente una política para la salud.

2. Es indispensable que en aquellos países en los cuales el proceso de planificación se halla en alguno de sus estadios de desarrollo, se intensifiquen las acciones tendientes a perfeccionar dicho proceso. Para ello, se propone lo siguiente:

2.1 Extender la cobertura geográfica, técnica e institucional, de los planes de salud. Contempla dicho planeamiento la articulación dentro del plan de, por lo menos, las instituciones del Estado, incluyendo la Seguridad Social.

2.2 Evaluar periódicamente los planes y su consistencia con la política de salud, de la cual son expresión, a fin de sistematizar una estrategia sectorial de largo y medio plazo. Dichas evaluaciones deberán hacerse en función del desarrollo económico y social.

3. Es importante que los planes de salud se revisen periódicamente a fin de ajustarlos a los cambios ocurridos. Deben constituir también, el instrumento de acción para la elaboración de los presupuestos para actividades de salud.

4. Es indispensable perfeccionar la capacidad operativa del sistema sectorial con el propósito de asegurar la efectiva realización de los planes y el cumplimiento de los objetivos previstos. En este

^{*} ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, Planes Nacionales de Salud y Mejoramiento de la Organización y Administración de Servicios de Salud. Documento de Trabajo, Tema 3.2, REMSA/9 (Esp.), 1968 pp. 13-18.

sentido, recomendamos la incorporación de programas específicos de desarrollo de la infraestructura sectorial en mediano y largo plazo, particularmente en:

4.1 El fortalecimiento de la estructura administrativa de acuerdo a los requerimientos del plan.

4.2 La adecuación de los sistemas de información estadística que permitan no sólo evaluar el nivel de salud sino el uso y los rendimientos de recursos utilizados por el sector. Recomendamos la utilización de sistemas de encuestas e investigación, para lograr esa información con la oportunidad necesaria.

4.3 Recomendamos el desarrollo de sistemas contables, de valoración de costos y control, a fin de asegurar la máxima eficacia de la operación de los planes.

4.4 La investigación operativa y administrativa que permita el desarrollo y perfeccionamiento de la metodología para formular y evaluar planes, programas, proyectos y actividades. Contempla ello el análisis de gastos y fuentes de ingresos, así como de otros recursos disponibles y potenciales.

4.5 La capacitación de personal para el sector, según las necesidades derivadas del plan y de sus relaciones con otras áreas específicas de los planes generales de desarrollo económico y social.

4.6 La definición precisa de una política de reclutamiento, mantenimiento y promoción de los recursos humanos que se requieren para asegurar el mejor aprovechamiento de la inversión.

4.7 El desarrollo de comités permanentes de carácter inter-institucional que colaboren en la preparación de normas técnicas que en forma sistemática permitan perfeccionar la calidad y el rendimiento de las actividades establecidas en el plan y aquéllas derivadas de sus relaciones intersectoriales.

4.8 La revisión de los aspectos jurídicos y legales que faciliten la articulación inter-institucional, el funcionamiento del sistema administrativo y la mejor utilización de los recursos disponibles.

4.9 La formulación de planes de inversión sectorial que contemplen los elementos necesarios para evaluación de los proyectos que los integren y el análisis de sus relaciones intra e inter-sectoriales.

5. Consideramos indispensable que los planes de salud incorporen las áreas relacionadas con nutrición, saneamiento ambiental y organización de la comunidad, en aquellos aspectos de responsabilidad directa del sector salud y que impulsemos la formulación y ejecución de políticas en estos campos, cuya programación y desarrollo son de naturaleza intersectorial e interdisciplinaria.

6. Considerando que el sector salud es un componente de la infraestructura social de desarrollo, es necesario que realicemos aquellos esfuerzos que se requieran para asegurar su participación activa y sistemática en la elaboración y ejecución de aquellos proyectos de desarrollo que impliquen movilización o asentamientos considerables de recursos humanos, cambios sustantivos en las condiciones de vida y ocupación, tanto en sus fases de planificación como en sus etapas de funcionamiento.

7. Es indispensable y urgente la adopción de sistemas nacionales de coordinación efectiva de los servicios de salud de los Ministerios con aquéllos de las instituciones de Seguridad Social, Universidades y otros organismos públicos y privados. Para que la coordinación surta efecto debe constituir una actitud permanente de todos los que participan en el proceso de planificación, administración y prestación de servicios bajo la orientación de los Ministerios de Salud u organismos correspondientes, de manera de asegurar la articulación institucional al nivel central, regionalización al nivel intermedio e integración de las actividades preventivas y curativas al nivel local.

8. Recomendamos que los países formulen como parte integral del plan nacional de salud, un programa de construcción, remodelación y mantenimiento de hospitales y otros servicios de salud que sea proporcional a los recursos disponibles y en consonancia con el plan de inversiones para el desarrollo económico y social.

9. Con excepción del indigente, todos los usuarios deben contribuir al pago de la atención médica, según su capacidad económica.

IX. SERVICIO DE SALUD EN LOS PROYECTOS DE MODERNIZACION DE LA VIDA RURAL

Para el desarrollo de los servicios de salud en los proyectos de modernización del medio rural mencionamos la necesidad de considerar paralelamente el mejoramiento de la situación económica a través de cambios en los sistemas de tenencia de la tierra, facilidades de crédito, educación, vivienda y tecnificación para el incremento de la producción agrícola y pecuaria.

También consideramos la importancia de la distribución adecuada del recurso humano, mejoría de las comunicaciones y una política progresista de saneamiento ambiental.

Hicimos sentir la necesidad, no obstante las dificultades para conseguirla, de llegar a una definición de la población rural. Si es difícil definir qué es lo que se considera como rural en un país determinado, más difícil es aún el comparar lo que un país entiende por ese término en relación con otro. En un país se intenta clasificarla en indígena, dispersa y agrupada. La primera, constituida por las comunidades tradicionales; la segunda, caracterizada por su distribución dispersa en extensas áreas geográficas y en regiones de topografía que condicionan su aislamiento, y la tercera, que forma pequeños centros poblados.

En la agrupación indígena, hicimos presente la necesidad de tener en consideración las características sociales y culturales. En la población dispersa, indicamos la conveniencia de utilizar personal de las campañas especiales, como las de malaria, para que en forma simultánea con su función específica, colaboren en otras actividades de salud. Para la población agrupada, propusimos dar toda clase de facilidades para tratar de asentar al profesional médico, ofreciéndole facilidades de crédito para adquirir su vivienda, refrescamiento periódico de conocimientos, satisfaciendo sus necesidades económicas e inquietudes científicas y formándole un ambiente social agradable.

Mencionamos la necesidad de mejorar, ampliar o construir, cuando sea necesario, las instalaciones hospitalarias y ofrecer sus servicios a los seguros sociales, como una forma de llegar a la coordinación inter-institucional. Con esto, se puede alcanzar una utilización más amplia de los servicios médicos.

Para alcanzar un máximo de cobertura, indicamos la conveniencia de emprender la prestación de servicios, con equipos mínimos para la atención de la salud.

Expusimos la importancia del uso de promotores para el desarrollo de las comunidades, en las que, respetando los rasgos culturales, se puede llegar a conseguir el cambio social y la participación activa de la comunidad en la solución de sus problemas.

Recalcamos la necesidad de integrar los programas de salud, sobre todo en el medio rural, con los programas generales de desarrollo económico y social, tratando que todos los programas de los diversos sectores que contribuyen al progreso y modernización del ambiente rural evolucionen en forma simultánea.

Mencionamos la conveniencia de que los médicos deleguen la ejecución de ciertas actividades a personal de colaboración médica y bajo supervisión estricta y periódica, para una mejor utilización de la capacidad profesional del médico y una mayor extensión de los servicios de cuidado de la salud.

En concordancia con estos principios, hicimos referencia al funcionamiento de servicios permanentes para la población dispersa, utilizando este personal auxiliar, en cuyo adiestramiento se tendrá cuidado de definir claramente lo que deberá realizar y sus limitaciones, a fin de desarrollar un programa de promoción, protección y recuperación, con actividades perfectamente programadas y con supervisión permanente.

Respecto al problema de permanencia del médico en el ambiente rural, hicimos presente la responsabilidad que tiene la Universidad en la formación del médico, respecto a su capacitación para trabajar en el medio rural. Se vio la necesidad o conveniencia que el estudiante de medicina conozca con igual intensidad el medio urbano y el rural a lo largo de sus estudios, para terminar en prácticas en servicios de salud rural, antes de su graduación, con supervisión y guía durante todo este período. Esta sería una manera de equilibrar en parte, la presión intensa que existe para el desarrollo de servicios altamente diferenciados, y lograr más bien una distribución racional de los recursos humanos y materiales, en función de prioridades establecidas con criterios epidemiológicos y administrativos, para beneficio de la comunidad. La Universidad, como ya se dijo, es el lugar apropiado para iniciar este imperativo en el futuro médico.

Mencionamos también la necesidad de que existan requisitos mínimos generales en el medio rural, como son los de educación, electrificación, agua, vivienda y medios de comunicación, a fin de utilizar en forma más productiva los servicios médicos en él. Indicamos, asimismo,

la importancia de la utilización del maestro y de otros servidores públicos, en las actividades de salud, especialmente en vacunaciones y en educación sanitaria.

Para evitar la emigración del campesino hacia la ciudad, estimamos conveniente la existencia de un código del trabajo, que ofrezca garantías por igual a todos los trabajadores, tanto del medio urbano como del medio rural, así como servicios efectivos de seguridad social a los campesinos.

Hicimos referencia a la importancia que adquiere la regionalización administrativa de los servicios para evitar la duplicación de esfuerzos. Los recursos altamente especializados deben concentrarse en establecimientos para la atención de enfermos procedentes de todo el país o de cada región, según el caso. Con normas comunes, emanadas de los organismos centrales, las acciones de prevención, fomento y reparación de la salud se realizan de esta manera por medio de una red de servicios integrados, destinados a alcanzar la más amplia cobertura del territorio nacional.

RECOMENDACIONES

1. Que la programación de salud sea parte integrante de todo plan de desarrollo económico y social en el medio rural.

2. Que se promueva el desarrollo en forma simultánea y coordinada de los programas de salud, con los cambios en el régimen de tenencia de la tierra, con los de educación, tecnificación agropecuaria y, en general, con todas aquéllas acciones que contribuyan al progreso de la comunidad rural.

3. Que se consideren las condiciones sociales y culturales, en especial de las comunidades rurales tradicionales, para la definición de las actividades en los programas de salud.

4. Que se mejore el estado económico y social de los profesionales, procurando mantener al día sus conocimientos científicos, para conseguir una mejor distribución de los recursos humanos y lograr su permanencia y continuidad en los servicios rurales.

5. Que se inste a las Universidades para que durante la formación del médico, le brinde la oportunidad de familiarizarse, dentro del sistema docente, sobre el ambiente rural nacional, para despertar su interés por el estudio de los problemas de salud en este medio, en función de la ecología, las características culturales y su implicación en el desarrollo social del país.

6. Que se integren las acciones que se vienen desarrollando mediante campañas en masa de tipo vertical, a los servicios generales de salud, para lograr el mejor aprovechamiento de los recursos existentes.

7. Que se organice la infraestructura sanitaria como parte integrante del plan nacional de salud, dentro de un sistema de regionalización administrativa, teniendo en consideración la urgencia y vulnerabilidad de los problemas, los recursos disponibles y los rasgos culturales y sociales de la población.

8. Que se estudie una mejor utilización del personal auxiliar, el que debidamente adiestrado y supervisado, pueda realizar ciertas actividades delegables por el médico, para lograr una mayor cobertura de los servicios de salud.

9. Que se intensifiquen las actividades de educación sanitaria en todos aquellos programas que contribuyan al desarrollo económico y social de la comunidad rural.

X. DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

El desarrollo planificado de los recursos humanos constituye hoy una de las condiciones esenciales del progreso económico social. El déficit de personal calificado en las diversas categorías, parece ser una de las barreras más serias con que tropiezan la mayoría de los programas de desarrollo en los países latinoamericanos; los programas de salud no escapan a esta realidad y antes bien, parecen acusar una carencia más pronunciada que la observada en otros sectores.

La educación y el adiestramiento contribuyen eficazmente a mejorar la habilidad y la destreza del personal, lo cual influye en el aumento del rendimiento y en la eficiencia de la fuerza de trabajo. Estas actividades se convierten en poderosos multiplicadores del desarrollo general y asumen alta prioridad en los programas de salud.

La situación en el campo de la salud tiende a agudizarse progresivamente en razón de que la demanda, las necesidades y los costos de los servicios crecen a un ritmo más acelerado que los recursos. La demanda aumenta con el progreso de la medicina y con la expansión de las posibilidades de la ciencia. En algunos países latinoamericanos, el problema se agudiza por la emigración selectiva de mano de obra calificada hacia otros países en busca de mejores oportunidades de trabajo y de facilidades para la especialización.

Una política de desarrollo de recursos humanos para la salud, debe ser el resultado de estudios que permitan un mejor conocimiento, tanto de la situación existente como de las necesidades de formación de personal de salud que deban ser satisfechos, dentro del marco de referencia de los planes nacionales de salud. Es conveniente señalar que estos estudios deben perseguir principalmente fines de programación y no exclusivamente de investigación. Asimismo, estos estudios deberán rebasar los límites del solo análisis estadístico de la oferta y la demanda presente y futura y deberán ofrecer elementos de juicio a los encargados de tomar decisiones en los aspectos cuantitativos y cualitativos de la educación y adiestramiento del personal de salud. La aplicación de las nuevas técnicas de la investigación operativa con el objeto de diseñar los sistemas que permitan la óptima utilización de los recursos humanos y materiales, puede ayudar a estos fines.

Algunos países, reconociendo la importancia de esto, han institucionalizado esta actividad para desarrollar una acción permanente en este campo, mediante la creación de unidades nacionales de recursos humanos.

De lo anterior se derivará una planeación conjunta de los programas de educación y adiestramiento por parte de las autoridades de salud y los encargados de la educación universitaria médica y paramédica, tanto profesional como a nivel auxiliar, con miras a formar un equipo multidisciplinario con un concepto ecológico de la salud para atender las necesidades de las comunidades para su mayor bienestar.

Reiteramos la necesidad de establecer relaciones interinstitucionales para el desarrollo de planes y ejecución de programas de preparación de personal de salud, mencionando la conveniencia de una más estrecha relación entre los Ministerios de Salud Pública, las Universidades, los Institutos de Seguridad Social y las Asociaciones profesionales nacionales.

Reconocemos que el personal auxiliar debidamente adiestrado y supervisado, puede multiplicar en forma substancial las actividades del personal profesional. Indicamos la necesidad de definir más detalladamente estos términos con la idea de unificar su nomenclatura.

Mencionamos los ensayos que se están haciendo de preparación de personal de salud intermedio entre la auxiliar de enfermería, con escasas calificaciones, y la enfermera de nivel universitario.

Se señaló la mala distribución geográfica de los profesionales de salud y la discordancia entre las tasas de profesionales médicos y personal paramédico, lo cual parece estar ligado a la falta de definición de sus funciones, así como a defectos en los sistemas actuales de atención médica.

Expresamos la necesidad de que los programas de enseñanza, tanto en las escuelas de medicina como en otras profesiones, deberían revisarse para que la preparación del personal de salud esté más acorde con las necesidades de los países. Este enfoque multidisciplinario o en equipo de salud para atender las necesidades de los servicios, se proyecta a la experimentación con nuevas estructuras docentes, como serían las Facultades de Ciencias de la Salud, que algunos países están estableciendo

destinados a la preparación de los diversos funcionarios responsables de la protección, fomento y reparación de la salud. Estos esquemas docentes indudablemente harán más eficiente la labor de las instituciones de enseñanza, al producir una mejor utilización de los recursos.

Lo anterior trae por consecuencia una revisión de los actuales programas de enseñanza para adaptarlos mejor a las necesidades de los servicios de salud y poner a disposición de los estudiantes los elementos de enseñanza que faciliten el aprendizaje. Conviene destacar, entre estos elementos, los libros de texto de alta calidad y bajo costo y los servicios de biblioteca para obras de consulta. El programa que la OPS ha iniciado de provisión de libros de texto a estudiantes de medicina y otras profesiones de la salud, por un sistema de autofinanciamiento, está destinado a dicho propósito y la acogida que ha tenido por parte de las universidades, nos hace pensar en la conveniencia de que sea puesto en práctica en toda su extensión y que sistemas semejantes se ensayen en la provisión de otros medios de enseñanza.

Mencionamos la necesidad de que el personal de salud debería recibir mayor adiestramiento en aquellos aspectos de administración que le serán de utilidad en el desempeño de sus funciones, tanto a nivel de la administración de centros hospitalarios, como de otros servicios de salud.

También nos parece importante señalar, al considerar la preparación de personal auxiliar y paramédico, que existen algunas áreas que están demandando mayor atención, tales como los técnicos de laboratorio de análisis clínicos, técnicos de rayos X, fisioterapeutas y técnicos que ayuden en la recolección y análisis de datos estadísticos.

BECAS

La colaboración en la formación de personal de salud por medio de programas de becas, continúa siendo uno de los mecanismos más efectivos para fortalecer los servicios de salud; así lo revela la creciente demanda de los países por este tipo de cooperación. De allí que nos parece indispensable revisar la forma cómo la Organización está cumpliendo esta responsabilidad, por medio de una evaluación constante de los procedimientos seguidos y los centros utilizados para adiestramiento.

Pensamos que se deberían ensayar nuevos programas de colaboración para la preparación de personal de salud, que puedan tener características especiales, en aquellos casos destinados a la preparación de personal de alta jerarquía en la docencia o la investigación. Estos programas podrían incluir también el intercambio interinstitucional, a nivel nacional o internacional, de personal docente e investigadores.

Numerosas instituciones de enseñanza e investigación en América Latina han alcanzado un nivel de excelencia que hace deseable se utilicen más frecuentemente estos centros para la preparación de personal de salud a nivel profesional.

La formación del profesional universitario se ha dicho, es un proceso que se extiende a lo largo de su vida. La necesidad de incorporar a su haber intelectual los nuevos aportes de la ciencia y de la técnica en su acelerado desarrollo, prolonga la responsabilidad de la institución educativa más allá del otorgamiento de un título o de un diploma, por medio de programas que se han denominado "educación continuada". Consideramos que estos programas deberían incluir no sólo a los médicos sino a los otros elementos del equipo de salud.

PROGRAMAS DE LIBROS PARA ESTUDIANTES DE MEDICINA

En lo referente al programa de libros de texto, expresamos la conveniencia de que los textos seleccionados sean revisados periódicamente, con el objeto de mantenerlos al día con los avances de la ciencia y la tecnología. El libro no debe tener las características del texto único y debe complementarse con un programa que fortalezca las bibliotecas médicas de las instituciones de formación profesional, y ponga a disposición de los estudiantes y profesores recursos bibliográficos que complementen al libro de texto.

Insistimos en que los libros de texto deben considerarse como valiosos elementos de trabajo del estudiante, que reflejen los principales problemas que el futuro médico enfrentará en el ejercicio de su profesión y que, de preferencia, sean escritos por autores bien competidos de los problemas latinoamericanos; las traducciones al español o portugués de obras escritas en otros idiomas deberán ser las últimas ediciones en el idioma original.

MIGRACION DE PERSONAL DE SALUD

La emigración de médicos y otro personal de salud es motivo de preocupación seria de muchos países y, en algunas ocasiones, presenta características alarmantes. Expresamos la conveniencia de que los Gobiernos estudien más a fondo este problema y, tal vez con base en el estudio que sobre el tema realizó la OPS en 1966, se podrían profundizar estudios de carácter nacional, por los propios Gobiernos, con la colaboración de las asociaciones de escuelas de medicina y de otras profesiones de salud, y la cooperación de la OPS o de otros organismos internacionales.

Los motivos de migración parecen no ser sólo de carácter económico y se deben hacer esfuerzos tanto por los países receptores, como por aquellos de los cuales hay esta fuga de talentos, para conocer sus causas y modificar esta situación.

RECOMENDACIONES

1. Recomendamos que la OPS colabore con los países en estudios de recursos humanos que permitan un mejor conocimiento tanto de la situación existente como de las necesidades de formación de personal de salud que deban ser satisfechos dentro de un período de referencia y dentro de un marco de referencia de los planes nacionales de salud. Los países podrían entonces continuar estos estudios en forma permanente por su propia iniciativa.
2. Recomendamos estimular el desarrollo y fortalecer las instituciones encargadas de la formación del recurso humano necesario para el desarrollo de los servicios de salud.
3. Recomendamos que los países hagan una programación conjunta para la educación y adiestramiento del personal de salud a sus diferentes niveles, teniendo en cuenta la necesidad de formar un equipo multiprofesional para atender las necesidades en el campo de la salud.
4. Con este enfoque multidisciplinario o en equipo de salud para atender las necesidades de los servicios, se proyecta la experimentación con nuevas estructuras docentes, como serían las facultades de ciencias de la salud, que algunos países están estableciendo, destinadas a la preparación de los diversos funcionarios responsables

de la protección, fomento y reparación de la salud. Estos esquemas docentes parecen hacer más eficiente la labor de las instituciones de enseñanza. Recomendamos que la OPS estimule, fomente y fortalezca este tipo de iniciativas. Esto, desde luego, requiere una revisión de los sistemas de organización y administración de las instituciones docentes.

5. Recomendamos que la OPS continúe colaborando con los Gobiernos para mejorar los métodos de enseñanza, asesorando en el diseño de curricula que se adapte mejor a las necesidades de cada país, estableciendo centros para la formación de educadores médicos, y cooperando a que los alumnos dispongan de los elementos esenciales que facilitan sus estudios. Destacamos entre éstos, los libros de texto de alta calidad y bajo costo y los servicios de biblioteca para obras de consulta. El programa de la OPS de provisión de libros de texto a estudiantes de medicina y otras profesiones de la salud, por un sistema de autofinanciamiento, está destinado a dicho propósito y es deseable sea puesto en práctica. Sistemas semejantes pueden ensayarse en la provisión de otros medios de enseñanza.

6. Es recomendable que nuestros Gobiernos estrechen las relaciones que deben existir entre los organismos encargados de la salud y las instituciones responsables de la formación del personal que laborará en ellas y se fomenten por medio de una planificación conjunta de los programas de preparación y utilización de los recursos humanos para la salud.

7. Recomendamos que la OPS colabore con los Gobiernos y con las universidades e institutos de enseñanza superior, en programas orientados a incorporar en el haber intelectual de los profesionales de la salud, los nuevos aportes de la ciencia y de la técnica por medio de programas de "educación continuada" y en el caso específico de los médicos, programas tales como las residencias hospitalarias que a la vez que tienen un aspecto educativo, ayudan a una mejor atención médica hospitalaria.

8. Los programas para la educación y adiestramiento de personal auxiliar deben ser fortalecidos. Nuevos tipos de personal auxiliar deberán ser desarrollados y la responsabilidad de las diversas categorías de este personal deberán ser claramente definidas. Es conveniente intentar estandarizar la nomenclatura de los diferentes tipos de personal auxiliar para cuyo propósito se espera que OPS preste su colaboración.

9. Recomendamos que se continúe investigando las causas de migración de personal de salud con el objeto de poner en práctica medidas tendientes a corregir la situación actual que representa un problema tan serio para algunos países. De momento, parece conveniente promover programas de educación e investigación en los países, con el objeto de estimular que el personal profesional permanezca en su propio país.

XI. INVESTIGACION Y TECNOLOGIA PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR

En las páginas anteriores, se recalcó que la investigación es esencial para el desarrollo socio-económico y que los aportes de la ciencia y de la técnica deben adaptarse a las características socio-culturales de cada país. Así lo reconocieron los Jefes de Estado al declarar que "la ciencia y la tecnología ofrecen instrumentos genuinos para el progreso de la América Latina y debe dárseles un ímpetu sin precedentes en esta hora." Los adelantos científicos están modificando la dinámica de las enfermedades en muchas partes del mundo, incluyendo la América Latina. Una institución, cualquiera que sean sus propósitos, al no mantenerse al corriente de dichos cambios, perderá progresivamente su vigor y efectividad.

La investigación en las disciplinas biomédicas es esencial para el desarrollo de los científicos del futuro, la manutención de una tradición de aprendizaje, y al estímulo de un espíritu inquisitivo del estudiante universitario.

También tomamos nota de las contribuciones de la Organización Panamericana de la Salud al estudio de los fenómenos y las circunstancias que condicionan la salud y la enfermedad, y se evaluó la labor realizada por su Comité Asesor de Investigaciones Médicas. El plan para expandir las actividades de dicha Organización destinadas a la creación de programas multinacionales con el objeto de utilizar con máxima eficacia los recursos humanos e institucionales en proyectos de investigación y adiestramiento al respecto, fue examinado en detalle. Comprende, además, el apoyo a investigadores cuidadosamente seleccionados y a estudios de problemas de salud prevalentes en la Región. Se consigna, asimismo, el mejoramiento de la comunicación entre los especialistas en ciencias biomédicas de las Américas, entre otros mecanismos, por medio de la Biblioteca Regional de Medicina de la Organización Panamericana de la Salud que facilitará el acceso a las más recientes informaciones en ciencias de la salud. Parte del plan se refiere a la investigación basada en métodos analíticos que tiene extenso campo de aplicación en el Hemisferio, dado el rendimiento bajo de los recursos humanos y materiales; los estudios relacionados con grupos etarios y de otras características, expuestos a los mayores riesgos; las investigaciones epidemiológicas en las fases de preinversión de las grandes empresas del desarrollo, así como las relacionadas con enfermedades en desaparición; por estudios sobre métodos para establecer prioridades e invertir recursos en planes de salud, entre otras.

En su conjunto, el plan propuesto fortalecerá y estimulará la comunidad de las ciencias de la salud en las Américas.

RECOMENDACIONES

1. Recomendamos que las actividades nacionales e internacionales de investigación sobre salud, se amplíen y se orienten expresamente hacia los fines siguientes:

1.1 Incrementar la capacidad de los pueblos de las Américas para protegerse contra las enfermedades principales que los afectan.

1.2 Contribuir a la consecución de las metas de salud determinadas en la Reunión de Jefes de Estados Americanos, en Punta del Este.

1.3 Mejorar la eficacia de las inversiones en salud en las naciones del Hemisferio.

1.4 Mejorar la calidad del adiestramiento de médicos y otro personal de salud y fortalecer las instituciones donde se educan.

1.5 Establecer condiciones que estimulen a un mayor número de médicos y científicos relacionados con la salud, a permanecer en sus propios países.

1.6 Fomentar y prestar apoyo a las investigaciones sobre problemas de salud en aspectos prioritarios y coordinar los respectivos programas con las actividades patrocinadas por organismos nacionales e internacionales.

1.7 Apoyar los programas de investigaciones que se relacionen con los problemas de salud del Hemisferio.

1.8 Reforzar la capacidad biomédica actual de las instituciones de los países para la investigación y la enseñanza, y establecer vínculos más eficaces entre ellas.

2. Recomendamos que los Gobiernos:

2.1 Reconozcan la profunda influencia que la salud de sus pueblos ejerce en la consecución de objetivos nacionales.

2.2 Analicen con la más especial atención, el riesgo que significa el retardar la solución de los problemas de salud que reducen en definitiva la capacidad de los pueblos para ser plenamente productivos.

2.3 Ponderen las consecuencias de la falta de conocimientos científicos y técnicos para resolver algunos problemas de salud y los correspondientes para aplicarlos.

3. Como los principales gastos en investigaciones sobre salud son efectuados por los Gobiernos, se recomienda que éstos analicen, al nivel ministerial, el propósito y la magnitud de sus respectivas inversiones nacionales en investigaciones y adiestramiento al respecto, con el objeto de modificarlas en caso indicado para asegurar los mayores beneficios nacionales posibles, inclusive aportar la contribución máxima al logro de objetivos económicos y sociales, y de incrementar sus actividades en este campo.

4. Recomendamos que en los programas nacionales e internacionales, se conceda alta prioridad al estudio de los principales problemas sanitarios que reducen la capacidad productiva de la población, tales como las enfermedades víricas y parasitarias, saneamiento, vivienda, accidentes del trabajo y malnutrición.

5. Recomendamos que en los programas nacionales e internacionales, se preste apoyo para lograr la máxima eficacia y productividad de las investigaciones en salud. Este apoyo comprenderá subvenciones para proyectos de investigación y adiestramiento, programas multinacionales de colaboración, investigaciones operacionales y el mejoramiento de las comunicaciones - inclusive de servicios de biblioteca - entre los científicos latinoamericanos.

6. En cuanto a las actividades internacionales, se recomienda que se encarezca a todos los organismos que dispongan de medios y competencia en el campo de las investigaciones de salud que intensifiquen sus actividades al respecto.

7. En lo que se refiere específicamente a la OPS recomendamos:

7.1 Que los Gobiernos contribuyan al Fondo Especial para Investigaciones, establecido de conformidad con la Resolución XVI de la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana, con el fin de facilitar la consecución de los objetivos sociales, económicos y de salud indicados en la Sección C. del Capítulo V de la Declaración de los Presidentes de América.

7.2 Que el Director de la OSP prosiga con urgencia las actividades encaminadas a obtener recursos adicionales para las investigaciones de salud en los planos internacional, nacional y privado.

XII. LA SALUD EN EL MERCADO COMUN LATINOAMERICANO

Reconocemos que es aún muy temprano para apreciar los efectos del mercado común latinoamericano en la salud de la población afectada. Sin embargo, el proceso de integración económica, efectivamente iniciado en Centro América y la formación de la Asociación Latinoamericana de Libre Comercio, deben mover a los países a analizar las posibles consecuencias que pueden tener en el campo de la salud.

La experiencia de lo ocurrido en otras regiones del mundo, nos hacen anticipar el siguiente tipo de problemas:

- a. Los debidos al crecimiento del intercambio de productos entre los países, particularmente alimentos y drogas;
- b. Los que provocan las migraciones de población, estimuladas por el desarrollo de centros de intenso crecimiento económico;
- c. Los que surgen como resultado de la creciente demanda de servicios de salud por parte de la población migratoria en los centros de crecimiento económico.
- d. Las desigualdades en la formación y utilización del personal médico y paramédico.
- e. Los debidos a la falta de una legislación sanitaria interamericana armónica y uniforme.

RECOMENDACION

Que los países, con la asesoría de la OPS, estudien los problemas de salud que pueden producirse en relación con el mercado común latinoamericano y tomen anticipadamente las medidas pertinentes para solucionarlos.

XIII. LEGISLACION DE SALUD

Las proyecciones de la legislación de salud, de carácter nacional e internacional, fueron analizadas, destacándose que el concepto de que la salud constituye un derecho tanto individual como colectivo, está expresado claramente en la Constitución de algunos países e implícito en otros.

En el ámbito nacional, mencionamos la necesidad de actualizar los aspectos legales de la salud que influyen en la estructura político-administrativa, a fin de facilitar la realización de las acciones que se requiere tomar para evitar las enfermedades y mejorar el bienestar de los habitantes.

En el área internacional, hubo consenso en la urgencia de modernizar los aspectos legales en relación con la salud, que han sufrido el doble efecto de una aceleración de las vías de comunicación que anula prácticamente las fronteras nacionales como medio de defensa para las enfermedades y, por otro, los progresos científicos que permiten tomar medidas positivas para controlar las enfermedades en su foco originario, evitando en esta forma su propagación. Convendría estudiar la factibilidad de una ayuda obligatoria en aquellos casos en que quedara demostrado el origen exterior de la situación que se trata de corregir con el fin de reducir la carga económica que representa para el país, la situación creada.

En relación con este punto se indicó que existen grandes dificultades para establecer legislaciones uniformes, pero que sí es recomendable que se trate de dar la flexibilidad necesaria en las nuevas legislaciones, con el propósito de facilitar el intercambio entre países.

Hicimos notar que en América Latina el movimiento de integración, sobre todo el desarrollo del mercado común que constituye una de sus expresiones, demanda la elaboración y puesta en marcha de un instrumento legal que contribuya a incrementar el intercambio, tanto humano como material, entre los países. Esta iniciativa está de acuerdo y confirma las ideas expresadas por los Presidentes de América en su última Reunión.

Al analizarse la situación del Código Sanitario Panamericano vigente, reconocimos unánimemente que el mismo no responde a la realidad que ofrece el Hemisferio Occidental, en lo referente a salud y al estado de evolución económica y social de los países. También se hizo notar

que el citado Código no está en consonancia con otras disposiciones de carácter internacional y que, en algunos casos específicos, han originado problemas a los organismos internacionales en el cumplimiento de sus funciones.

RECOMENDACIONES

1. Aún cuando algunos países han procedido o están procediendo a la modernización de su legislación sanitaria nacional, recomendamos que los Gobiernos hagan los esfuerzos necesarios a fin de que la citada legislación sea revisada y puesta de acuerdo con los adelantos científicos y los requerimientos del desarrollo económico-social. Dentro de ello, deberán incluirse los aspectos relacionados con el derecho individual y colectivo a la salud.

2. Destacamos la necesidad de que se hagan estudios cuidadosos y se den los pasos más recomendables tendientes a lograr que las legislaciones nacionales de salud, mantengan cierta uniformidad entre sí, o cuenten con suficiente flexibilidad que asegure la inmediata cooperación internacional.

3. Se consideró, con especial cuidado, la situación actual del Código Sanitario Panamericano indicando que es urgente que la OSP haga los arreglos necesarios para que se realice un profundo estudio del mismo, a la luz de los adelantos científicos y tecnológicos, de los problemas prevalentes y de las proyecciones del desarrollo económico-social. El citado estudio determinaría la conveniencia de modificar o reemplazar este documento por un instrumento dinámico, flexible, que permita la actualización periódica de sus varios elementos y que esté en consonancia con los instrumentos legales de carácter nacional e internacional que tienen relación con las actividades de salud y del desarrollo.

XIV. LABORATORIOS DE REFERENCIA - CONTROL DE LA CALIDAD DE MEDICAMENTOS

Sigue aumentando el empleo de productos farmacéuticos en la terapéutica moderna, y el consumo de medicamentos en América Latina alcanza en la actualidad el nivel de \$ 1.500.000.000 por año (costo estimado de la venta al por menor). Teniendo en cuenta las numerosas dificultades técnicas inherentes a la preparación de medicamentos de buena calidad, la protección de la salud pública exige la intervención del Gobierno para conseguir que sólo lleguen a los médicos y al público medicamentos bien preparados. La necesidad de mejorar el control de la calidad de medicamentos ha sido expuesta en numerosas ocasiones por la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, así como en la Recomendación VII. C.2 del Informe Final de la Reunión de Ministros de Salud (Grupo de Estudio de 1963).

Para que el control de la calidad de medicamentos sea eficaz, se necesita que cada país tenga una ley moderna de medicamentos, que exista un organismo gubernamental bien coordinado y con personal bien adiestrado de inspectores, expertos en análisis y funcionarios administrativos, además de fondos suficientes para que dicho organismo pueda llevar a cabo actividades de alto nivel en materia de control de medicamentos.

La OPS ha ayudado a los países facilitándoles becas para adiestrar técnicos en análisis y administradores para aplicar la legislación sobre medicamentos, y enviando expertos a los países para que los asesoren en problemas de control de medicamentos. En el orden regional, la OPS ayudó a establecer un laboratorio de ensayos en la Universidad de Panamá para servir a los países de América Central y Panamá.

Recientemente, la OPS llevó a cabo una encuesta continental en la que se observó que muchos países tienen programas útiles para controlar la calidad de los medicamentos. No obstante, este estudio reveló la necesidad de dar un adiestramiento superior al personal de control de medicamentos, de unificar las actividades de control de medicamentos bajo un sólo organismo en cada país, de ensayar un mayor número de muestras tomadas de los diversos niveles de distribución hasta la farmacia misma, de leyes y reglamentos uniformes en apoyo del principio del mercado común y de aumentar los fondos, a fin de lograr mayor actividad y eficacia de los organismos encargados del control de medicamentos.

La OPS trabaja con funcionarios del Uruguay en la preparación de planes para un instituto regional de drogas que debe establecerse en Montevideo. Este instituto facilitará el adiestramiento superior a técnicos en análisis y demás personal de los organismos de control de medicamentos de los países y distribuirá información sobre medicamentos a los países, pero no actuará como organismo de control de medicamentos en ningún país. Cuando esté en funciones, el instituto tendrá un importante efecto benéfico sobre el control de la calidad de medicamentos que ejercen los Gobiernos en toda la América Latina.

Argentina ha demostrado que se pueden obtener fondos suficientes para el control de medicamentos, aplicando un pequeño impuesto sobre las ventas a los fabricantes de medicamentos e importadores, impuesto cuyo producto se destina a financiar la unidad de ensayo de medicamentos del país.

Además, para financiar las actividades de control de medicamentos de los Gobiernos, podrían utilizarse los fondos que los laboratorios de medicamentos tienen que pagar en concepto de derechos para el registro de sus productos destinados a la venta.

Reconocemos que algunos países, debido a limitaciones de carácter técnico, no están en condiciones de establecer su propio laboratorio nacional de ensayo de medicamentos. Esos países podrían enviar sus muestras a los Laboratorios Especializados de Análisis de la Universidad de Panamá para que los sometiera a ensayos, o bien, formar una asociación regional que estableciera un laboratorio de ensayo de control al servicio de dichos países.

Los países deberían estudiar la posibilidad de eliminar de sus listas de registro, medicamentos ya en desuso. Recientemente, la Argentina procedió a eliminar de la venta 20.000 medicamentos dudosos.

También hicimos referencia al problema que constituía el empleo de medicamentos en cantidad excesiva, como lo hace suponer el consumo exagerado de fármacos en muchos países. Convendría proporcionar a los médicos una formación más intensa y sostenida para perfeccionar sus conocimientos acerca de los usos y riesgos de los medicamentos. También debe informarse al público sobre los peligros que trae consigo el uso incontrolado de productos farmacéuticos. Asimismo, los países deberían tomar las medidas necesarias para impedir que una publicidad mal orientada induzca al uso imprudente de esos productos.

El problema del elevado precio de algunos medicamentos constituye una seria preocupación. Una agencia nacional de control de drogas podría tener un efecto positivo en nivelar el precio de dichas drogas otorgando facilidades a entidades para que puedan obtener drogas genéricas de casas productoras que vendan a precios relativamente bajos, siempre que dichos medicamentos sean totalmente satisfactorios en las pruebas a que sean sometidos.

Es importante que nuestros países lleven a cabo un buen ensayo de control de los medicamentos que exportan, así como de los que se vendan en el propio país.

Sugerimos que el laboratorio de referencia de Montevideo podría prestar asistencia a los países facilitándoles información sobre patrones farmacéuticos y a los laboratorios nacionales de medicamentos para que elijan los equipos más útiles para el ensayo de medicamentos.

Han sido sumamente útiles las actividades de la Organización Mundial de la Salud para ayudar a conseguir un buen control de la calidad de medicamentos, publicando la Farmacopea Internacional y facilitando muestras de sustancias medicamentosas puras para emplearlas como patrones de referencia.

Debe felicitarse a la OMS por estas actividades.

RECOMENDACIONES

Teniendo presente la Resolución VII.C.2 de la Reunión de Ministros de Salud (Grupo de Estudio) celebrada en 1963, y reconociendo que las dificultades técnicas de la preparación de medicamentos satisfactorios exigen de los Gobiernos una estrecha vigilancia de la producción farmacéutica a fin de garantizar que el suministro de medicamentos reúne las debidas condiciones en seguridad y eficacia, los Ministros de Salud:

1. Recomiendan que cada país practique un estudio detallado del organismo nacional de fiscalización de medicamentos y adopte cuantas medidas sean necesarias para que éste realice una labor bien coordinada y cuente con un número suficiente de administradores, inspectores y técnicos de análisis debidamente capacitados.

2. Recomiendan que se preste mayor atención al análisis de muestras de medicamentos en todos los niveles, desde la producción al consumo.

3. Recomiendan que cada Gobierno asegure la financiación adecuada del organismo nacional de fiscalización de medicamentos, habilitando a ese efecto fondos proporcionales al volumen de medicamentos que dicho organismo ha de inspeccionar, es decir, al volumen de medicamentos consumidos en el país y los que se exportan.

4. Recomiendan que cuando un país no pueda establecer, por consideraciones de carácter técnico, su propio laboratorio de ensayo de medicamentos, procure que sus muestras se examinen en una institución debidamente autorizada como los Laboratorios Especializados de Análisis, de la Universidad de Panamá, o establezca una asociación regional con un laboratorio de análisis que sirva a los países de la región.

5. Recomiendan que el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana continúe sus gestiones para mejorar el control de la calidad de medicamentos en las Américas y, en particular, los planes para crear un instituto regional de medicamentos en el Uruguay que preste asistencia a todos los países:

- a) Facilitando adiestramiento superior a técnicos en análisis de medicamentos;
- b) Facilitando adiestramiento técnico a inspectores y especialistas en los aspectos administrativos de la legislación de productos farmacéuticos;
- c) Proporcionando a los organismos gubernamentales información sobre control de medicamentos y en particular avisos de urgencia sobre medicamentos cuyos efectos nocivos se hayan comprobado;
- d) Practicando investigaciones para perfeccionar los procedimientos de ensayo de medicamentos;
- e) Ayudando a los países a seleccionar el material óptimo para el ensayo de medicamentos; y
- f) Sirviendo como laboratorio de referencia para la provisión y establecimiento de sustancias patrones y a la realización de análisis especiales.

6. Agradecen al Gobierno del Uruguay su cooperación y el ofrecimiento de fondos para establecer un instituto regional de medicamentos en su país, e invita a los demás países a prestar a ese instituto regional apoyo financiero, cuando éste sea necesario.

7. Recomiendan que, en la medida de lo posible, los países adopten leyes y reglamentos normalizados de control de medicamentos, a fin de lograr un nivel elevado y uniforme de calidad en toda la Región.

8. Recomiendan que los países examinen sus listas de medicamentos registrados y eliminen los que no sean de utilidad.

9. Recomiendan que se mejore la formación de los estudiantes y la información de los médicos en cuanto se refiere a los efectos y al empleo de los medicamentos.

10. Recomiendan que se eduque a la población contra los peligros de la automedicación y que los Gobiernos legislen al respecto.

11. Recomiendan que los Gobiernos intensifiquen en toda la medida posible, el control de la calidad y lo extiendan tanto a los medicamentos que el país exporte como a los de consumo nacional.

12. Recomiendan que los Gobiernos sometan a una estrecha vigilancia la propaganda de medicamentos para impedir que se dé una idea errónea de los medicamentos recomendados a los médicos y de los recomendados al público.

XV. SALUD MENTAL. ALCOHOLISMO

Los problemas actuales de salud mental en el Hemisferio Occidental son graves y muy numerosos. Basta mencionar los resultados de investigaciones epidemiológicas sobre alcoholismo (5% de la población mayor de 15 años y un 15% adicional de bebedores excesivos en un país) y las cifras disponibles sobre homicidios, suicidios, accidentes, hechos violentos, disgregación de la familia, dependencia de drogas de diversa composición. Hay que agregar la escasez relativa, el rendimiento insuficiente de los servicios para enfermos mentales, en especial para niños, la falta de psiquiatras especializados en salud mental así como de enfermeras y otros profesionales. Por último, una distorsión conceptual en el sentido de aislar el tratamiento del problema de las actividades generales de salud.

Es digno de destacar el positivo interés demostrado por algunos países, en el curso del quinquenio, en mejorar la calidad de las atenciones, construir o remodelar hospitales psiquiátricos o destinar establecimientos con otros fines al cuidado de enfermos mentales. Se hizo mención de cuarteles de las Fuerzas Armadas en muy buenas condiciones físicas, los que hallándose desocupados fueron adaptados a dicho propósito permitieron el cierre de un número correspondiente de camas de baja calidad asistencial. Se mencionó esta decisión como un ejemplo de un uso más racional de la capacidad instalada con que cuentan los países, cualquiera que sea el objetivo y la dependencia gubernamental de los edificios. Hay, además, una serie de programas de laborterapia de sorprendentes resultados en cuanto a la recuperación y aún la reincorporación al medio social de un grupo creciente de enfermos mentales. Son capaces de las más variadas actividades, las que realizan con singular esmero y eficiencia y, a más del beneficio terapéutico, contribuyen a su mantención.

Hay grandes lagunas en el conocimiento del origen y la dinámica de las enfermedades mentales más frecuentes en las Américas. Mientras progresa la investigación etiológica -y mucho queda por saber- el método epidemiológico puede ser de gran utilidad, con base a definiciones operacionales, para formular programas e invertir los escasos recursos en las enfermedades más frecuentes. De ello hay excelentes ejemplos en la historia de la medicina. Son además necesarios los estudios de psiquiatría transcultural, los de actitudes, las investigaciones operacionales, en consonancia con los mismos criterios a que nos hemos referido.

De acuerdo con el concepto moderno de salud procede extender a la comunidad los servicios de asistencia, prevención y rehabilitación en el campo de la salud mental, desbordando los límites del hospital psiquiátrico anacrónico.

El problema del alcoholismo mereció particular atención, destacando su elevada incidencia que se refleja en los riesgos directos de enfermar y morir y como factor perturbador de fondo en todas las acciones de salud, atención médica, higiene maternoinfantil y alimentación, entre otros. Repercute, asimismo, en el rendimiento laboral, accidentes, ausentismo, ilegitimidad y crecimiento demográfico, niñez abandonada y criminalidad. Se señaló que no hay ámbito en la vida de un país donde no esté interviniendo en forma nefasta el alcoholismo.

Como un medio para avanzar en el conocimiento y solución de este grave problema se propuso la creación de un Centro Internacional, con funciones de investigación, de educación y cooperación para los países del Continente.

En vista de las consideraciones anteriores, formulamos las siguientes recomendaciones:

1. Crear unidades de salud mental en los Ministerios de Salud o ampliarlas dándoles más vigencia en la planificación de servicios.

2. Extender los programas de salud mental a la comunidad y mejorar la calidad de la atención de los hospitales psiquiátricos, construir unidades psiquiátricas en los hospitales generales o destinar otro tipo de establecimientos adaptándolos a dicho propósito asistencial. Organizar o ampliar la laborterapia para la recuperación y rehabilitación de los enfermos mentales.

3. Formar a los profesionales para los servicios actuales y los que se creen en un futuro inmediato, incluyendo los principios y métodos de la psiquiatría y de la salud mental. Con tal objeto, facilitar la utilización de las unidades de Salud Mental de los Ministerios de Salud para la enseñanza universitaria.

4. Favorecer la investigación, sobre todo en los aspectos clínicos, epidemiológicos y culturales de las enfermedades mentales y en los problemas que son característicos de cada país.

5. Organizar o extender los programas de control del alcoholismo, como parte de los servicios de salud, en vista de la gravedad de la enfermedad en los países del Continente. Fomentar la participación activa e informada de las comunidades, a través de sus líderes naturales en dichos programas.

6. Que los Gobiernos intensifiquen la investigación sobre los problemas del alcohol y del alcoholismo, dentro de planes debidamente coordinados, con la cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana, la que se encargaría de proporcionar la adecuada información.

7. Recomendar a los Gobiernos el control, por los medios posibles, de la propaganda y la distribución de las bebidas alcohólicas.

XVI. UN INTENTO DE EVALUACION DE LO REALIZADO Y DE LO QUE AUN RESTA POR HACER

Haremos un estudio de conjunto de las medidas e iniciativas adelantadas por nuestros Gobiernos para enfrentar los grandes problemas de salud a que nos referimos en los capítulos precedentes, señalando la política general que orienta nuestras realizaciones.

En el lapso transcurrido entre la firma de la Carta de Punta del Este y nuestra actual Reunión, la tendencia en la gran mayoría, si no en la totalidad de nuestros países, ha sido conferirle al progreso económico y al bienestar social una altísima prioridad; ha prevalecido la preocupación por incorporar las poblaciones marginales al grupo social y se ha fortalecido el interés por adaptar los planes nacionales al cumplimiento de las metas señaladas en el Plan Decenal de Salud y en la Declaración de los Presidentes de América.

El análisis de los progresos efectuados, ha sido resumido en el documento que consideramos con el título de "Hechos que revelan progreso en salud", preparado por la Oficina Sanitaria Panamericana. Creemos pertinente puntualizar que las metas alcanzadas resultan insuficientes frente a una demanda cada día mayor y que se incrementará aceleradamente en los años venideros, como consecuencia de las expectativas de nuestras poblaciones, en función de los avances científicos y tecnológicos y de los cambios sociales.

En este mismo sentido, nuestros Gobiernos han seguido de cerca los progresos de las ciencias y las técnicas, adoptando y aplicando sus aportes a los programas de salud, a medida de los recursos disponibles.

Consideramos que la salud no es ni puede ser sólo una acción más dentro de las múltiples empresas estatales. Es una empresa tan grande como la educación, con la que se asocia estrechamente y a la que antecede, porque pensamos que es difícil educar a poblaciones enfermas. De ahí que estimamos la preferencia que nuestros Gobiernos debieran conceder al otorgamiento de recursos -fondos "marcados" o específicos- para el cumplimiento de nuestros planes y programas de salud. Ellos son esenciales para afrontar los crecimientos acelerados del número de los habitantes de muchos de nuestros países, la demanda de asistencia médica progresivamente creciente y la incorporación de la población rural al proceso de desarrollo económico y social.

En este lapso, en nuestros países se han adelantado programas destinados a la construcción, adquisición y mejoramiento de la vivienda, por medio de un estímulo del ahorro y ampliando las facilidades de crédito. En materia de educación, se han hecho ingentes esfuerzos para disminuir la proporción de analfabetos absolutos y de iletrados por desuso, aumentando las oportunidades de instrucción. Para ello, nuestros gobiernos han incrementado los presupuestos de educación; se han mejorado los métodos para el adiestramiento y capacitación de mano de obra y se ha elevado considerablemente la proporción de matriculados en todos los niveles de escolaridad. Por su parte, los organismos de seguridad social han ampliado sus servicios para extender su cobertura. En algunos de nuestros países, se han iniciado programas para modificar la tenencia de la tierra y para redistribuir en forma más justa los ingresos, a través de una tributación más racional. Se han impulsado algunas iniciativas que tienden a promover el crédito cooperativo y a favorecer el desenvolvimiento de áreas deprimidas del sector económico. Dentro del propósito de favorecer la promoción popular, se han estimulado las iniciativas para comprometer y organizar los esfuerzos de la comunidad en favor de la realización de obras de bien común. Proyectamos, asimismo, promulgar leyes que favorezcan la consolidación del régimen jurídico de la familia; que provean recursos institucionales y económicos para la protección integral de la madre y el niño y que creen un servicio social femenino, con la finalidad de adelantar acciones en salud, educación y asistencia social. Especial preocupación nos ha merecido la política demográfica y en algunos de nuestros países, se han elaborado providencias legales para dar estructura económica y social al concepto de paternidad responsable.

Sin embargo, en el transcurso de nuestros debates, pusimos en evidencia situaciones que señalan postergaciones que preocupan a nuestros Gobiernos y que requieren un mayor refuerzo de nuestros recursos nacionales y de la colaboración internacional. Las enfermedades transmisibles constituyen un problema que reclama soluciones definitivas, desde el momento que contamos con el conocimiento, las técnicas y la metodología suficientes para erradicar muchas de esas endemias de nuestros países. El saneamiento del medio recibió también nuestra particular atención, entendiéndolo que son actividades que elevan la infraestructura ambiental básica, cuyas deficiencias gravitan, en forma acentuada, sobre los índices de salud. Entendemos estas acciones, no solamente como coadyuvantes para alcanzar las metas de responsabilidad directa de los organismos de salud, sino como factores de promoción social y económica de los habitantes de las poblaciones, tanto urbanas como rurales.

Señalamos en nuestras recomendaciones, la necesidad de encarar con decisión, diversas medidas que hasta ahora habían quedado relegadas, tales como las relativas a contaminación del aire, del agua, la disposición sanitaria de deshechos sólidos y la participación del sector salud en el programa de renovación y construcción de viviendas.

Con el propósito de trazar políticas de salud que nos permitan extender y mejorar los servicios de atención médica integral y conceder la debida prelación a aquellos programas que en forma más rápida y eficiente redituen un mayor beneficio por unidad de costo, nos ha preocupado iniciar investigaciones para la formulación de un diagnóstico de las características y tendencias de la población de cada uno de nuestros países, de sus problemas de salud y de los recursos disponibles, tanto en personal como en instalaciones y equipos. De ahí que nos empeñemos por llevar adelante el estudio de los recursos humanos para salud y educación médica, tal como el que se efectuó en Colombia en 1964, por el Ministerio de Salud Pública y la Asociación de Facultades de Medicina, con el patrocinio de la OPS y de la Milbank Memorial Fund.

Instrumentos fundamentales de acción para dar cumplimiento a la política general de salud de nuestros países, son la planificación, el perfeccionamiento de las estructuras administrativas y la organización de los Ministerios de Salud. Nos preocupa el insatisfactorio aprovechamiento de los recursos, debido a la diversidad de instituciones estatales, paraestatales y privadas que cumplen propósitos similares. En muchos de nuestros países, todavía no se han integrado dichas instituciones en un sistema único de salud, aunque hemos avanzado en la organización de comisiones coordinadoras, como una primera fase de un proceso tendiente a establecer normas comunes y a evitar la dispersión en acciones paralelas y repetidas.

Nos hemos informado con preocupación de que en ciertos países, contrasta la autonomía y el volumen de los recursos financieros de que disponen algunos de los organismos paraestatales o privados, frente a la debilidad de las atribuciones jurídicas de los Ministerios de Salud para realizar una política superior de salud. Por ello, nos parece indispensable la promoción de una serie de disposiciones legales que, junto con acentuar la tuición normativa, coordinadora, supervisora y de evaluación de los Ministerios o Secretarías de Salud, faciliten la articulación inter-institucional y el establecimiento de un sistema común para la mejor utilización de los recursos disponibles. Acaso ésta sea la tarea más urgente que resta por hacer en un futuro próximo.

Igualmente, nos interesa fortalecer los mecanismos de coordinación y acercamiento entre los Ministerios de Salud y los servicios integrados de prevención y curación, con las Universidades y las Facultades de Medicina y demás ciencias de la salud, lo cual nos permitirá impulsar, en todos nuestros países, los estudios acerca de profesionales necesarios para realizar la planificación. Así podremos determinar sobre bases objetivas y sólidas, el número y calidad de las distintas profesiones de la salud. Asimismo, debemos favorecer la introducción gradual y progresiva en los currícula de las Escuelas Universitarias, de conceptos y experiencias que acentúen las actitudes médico-preventivas y sociales y familiaricen a los futuros profesionales con los principios básicos de administración de los servicios y con el papel que asumirán dentro de los equipos de salud. Creemos, además, indispensable impulsar el establecimiento de programas de perfeccionamiento y enseñanza continuada de todos los profesionales de la salud, en sus propios sitios de trabajo, mediante sistemas conjugados de regionalización asistencial y docente. Las Escuelas de Salud Pública deberán acentuar la formación de epidemiólogos y de administradores, capacitándolos no sólo para el manejo de los programas, sino que además para la planificación. Especial relieve deberá darse en ellas a la comprensión de todos los aspectos de la vida del hombre en sociedad.

Con gran satisfacción nos impusimos, en su oportunidad, de la Declaración de los Presidentes de América (Punta del Este, 14 de abril de 1967) en la que señalaron "el propósito de constituir las bases materiales de la integración económica latinoamericana mediante proyectos multinacionales, entre ellos el desarrollo de las cuencas hidrográficas internacionales".

Nos anima idéntico pensamiento y nos proponemos llevar a cabo acciones conjuntas entre los países comprendidos en el plan de desarrollo integral de la Cuenca del Río de la Plata, para la resolución de los problemas relativos a los usos del agua, directa o indirectamente ligados con las condiciones de salud. Iguales propósitos han inspirado otros proyectos de acción conjunta internacional, como son los de control y erradicación de ciertas enfermedades transmisibles o de su vector (viruela, malaria, Aedes aegypti, frambesia), algunas zoonosis y otras.

* Organización Panamericana de la Salud. La Salud en el Desarrollo Integral de la Cuenca del Plata. Análisis de algunos problemas importantes Sexta Reunión de Ministros de Salud de la Cuenca del Río de la Plata. Porto Alegre, Brasil, 2-6 septiembre de 1968 MSCP-6/3 (Esp.)

A título de ejemplo, en materia de paludismo, para asegurar la erradicación conseguida, tras ímprobos esfuerzos, en extensos territorios de nuestros países, pensamos que deberíamos conceder debida preferencia a las áreas maláricas cuya situación epidemiológica ejerce influencia sobre las zonas de los países vecinos, coordinando, hasta donde sea posible, las actividades inter-países e inter-regionales. Más aún, convencidos de la interdependencia de nuestros países en materia de salud, nos proponemos en el futuro, acentuar esta ayuda recíproca. Hasta ahora, ella ha sido generosa en todo lo que respecta a la cesión de vacunas y otros elementos técnicos, pero pensamos que podemos llevarla, además, a la prestación de asistencia técnica, de tal manera que el personal de salud que en algunos países ha ganado gran experiencia y un alto grado de conocimiento, pueda servir al control de las enfermedades infecciosas y parasitarias en otros países que lo requieran. Aunando nuestros esfuerzos, podremos acelerar la consecución de los objetivos para alcanzar la eliminación de dichas infecciones y proteger la salud de nuestros pueblos.

Hasta muy recientemente, la tendencia de la política de salud en muchos de nuestros países fue a favorecer, en la distribución de recursos, los servicios asistenciales en desmedro de los programas de fomento de la salud y prevención de las enfermedades. Creemos que esta situación debe cambiar y en el futuro nos proponemos buscar un más armónico equilibrio, al confeccionar los proyectos de presupuestos.

Como una evaluación de los objetivos de la Carta de Punta del Este ya dijimos que hemos considerado la publicación "Hechos que Revelan Progreso en Salud".* Dicho documento contiene un análisis de cada uno de ellos, en términos de lo ocurrido en la década que se inició a principios de 1962, hasta 1966 inclusive. Con respecto a algunos se hace una proyección hasta el año 1970 o más, sobre la base de una continuación de las acciones actuales en cantidad y calidad, así como del régimen de inversiones.

El objetivo absoluto de la Carta de Punta del Este fue "aumentar en un mínimo de cinco años la esperanza de vida al nacer y elevar la capacidad de aprender y producir, mejorando la salud individual y colectiva".**

* ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, Hechos que revelan progreso en salud. Publicación Científica N° 166, septiembre de 1968.

** ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS. "ALIANZA PARA EL PROGRESO". Documentos Oficiales emanados de la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial, celebrada en Punta del Este, Uruguay del 5 al 17 de agosto de 1961, pág. 11. Unión Panamericana, Washington, D.C. 1961.

Con referencia a él, durante el lapso mencionado, hemos tomado nota que en la América Latina hubo un incremento de 60,2 años en 1960 a 62,5 en 1966, lo que equivale a un aumento de 2,3 años. El incremento debió de ser de tres años; por lo tanto, podría decirse que se ha logrado el 80% de la meta. Como es natural, en algunos países se alcanzó dicho objetivo, pero en otros las cifras son menores. En todo caso, en buena medida, este resultado deriva de la reducción en las tasas de la mortalidad infantil y de los menores de 5 años a que ya hicimos referencia. En este terreno, si bien los progresos alcanzados son de importancia, queda aun mucho por hacer.

Las metas generales y específicas de la Carta de Punta del Este* fueron "suministrar en el próximo decenio agua potable y desagüe a no menos del 70% de la población urbana y del 50% de la rural; reducir la mortalidad de los menores de cinco años, por lo menos a la mitad de las tasas actuales; controlar las enfermedades transmisibles más graves, de acuerdo con su importancia como causas de invalidez o muerte; erradicar aquellas enfermedades para las cuales se conocen técnicas eficaces, en particular la malaria; mejorar la nutrición; perfeccionar y formar profesionales y auxiliares de salud en el mínimo indispensable; mejorar los servicios básicos de la salud al nivel nacional y local; intensificar la investigación científica y utilizar plena y más efectivamente los conocimientos derivados de ella para la prevención y la curación de la enfermedad." La publicación "Hechos que Revelan Progreso en Salud" muestra, en forma gráfica y sencilla, la evolución de cada problema y de los recursos humanos y materiales de mayor importancia para resolverlo. Los datos que contiene han sido objeto de nuestra consideración en los distintos temas de la Agenda y no incurriremos en repeticiones.

Añadiremos solamente que en las discusiones sostenidas sobre el tema "Métodos de orientación integral de la familia en los aspectos de salud", se puso de relieve que no representa más que la sectorización de una política general de Gobierno y como tal, es de su responsabilidad, interpretando las circunstancias diversas de cada uno de los países. Intimamente relacionado con este tópico, se encuentran los problemas

* ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS. "ALIANZA PARA EL PROGRESO", Documentos Oficiales Emanados de la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial celebrada en Punta del Este del 5 al 17 de agosto de 1961. UNION PANAMERICANA, Washington, D.C. 1961.

de la nutrición. Nuestros debates señalan que las deficiencias nutricionales difícilmente hallarán solución, si no se las asocia a los programas para incrementar la disponibilidad de alimentos y un más fácil acceso a los mismos, por parte de extensos sectores de nuestras poblaciones de menores recursos económicos y más alejadas de los grandes centros de producción y consumo. Las áreas rurales han sido las menos beneficiadas con los programas técnicos y científicos en lo que va corrido del siglo. Por ello, prestamos particular atención a esta situación.

Recalamos la conveniencia de integrar las acciones de los programas específicos con los generales de salud, a fin de obtener una mejor utilización de los recursos disponibles y extenderlos a un mayor número de habitantes.

Es evidente que la calidad de la información estadística proveniente de los Gobiernos de las Américas ha mejorado en los últimos años, gracias a la formación de un número creciente de profesionales y auxiliares, como al perfeccionamiento de los sistemas de registro, análisis y distribución de datos.

En nuestras recomendaciones hemos señalado reiteradamente la necesidad de incrementar los esfuerzos en investigaciones biomédicas en nuestros países, ya que la consideramos fundamental para la mejor solución de nuestros problemas de salud.

De gran valor han sido también los estudios llevados a cabo dentro de un régimen de colaboración internacional, entre las que se destaca la investigación interamericana de mortalidad * que ha puesto de relieve las características de las causas de muerte en diez grandes ciudades de la América Latina, San Francisco y Bristol. A más de ser un estudio de epidemiología comparada, cuya metodología puede aplicarse a otros similares, sus conclusiones deben ser el comienzo de nuevas investigaciones relativas a las causas que expliquen las diferencias para una misma enfermedad entre los diversos países participantes.

Como dijimos, el proceso de planificación de la salud ha revelado en los distintos países, la urgencia de tomar todas las disposiciones

* PUFFER, RUTH y GRIFFITH, G. WYNNE. Características de la Mortalidad Urbana, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica N° 151, 1968.

con el fin de que las estadísticas de salud y las demográficas sean completas y exactas, en la medida de lo posible, se registren, analicen y publiquen con la oportunidad necesaria para que puedan realmente servir como el instrumento esencial para programar, desarrollar, y evaluar las acciones de salud.

Por sobre todo, la publicación "Hechos que Revelan Progreso en Salud" muestra lo que queda por hacer para el beneficio inmediato de gran número de seres humanos a quienes les asiste el mismo derecho. Ha de ser útil para la revisión periódica de las actividades generales y específicas de los Ministerios de Salud del Continente, siguiendo los principios, normas, métodos y procedimientos que contiene el informe de nuestra Reunión.

CAPITULO XVII

RESOLUCION ESPECIAL

Se recomienda que los Gobiernos consideren la posibilidad de contribuir a la constitución de un Fondo, cuyos ingresos se destinarían exclusivamente a programas de salud bajo la forma de créditos a largo plazo y bajo interés. La Organización Panamericana de la Salud quedaría encargada de estudiar la factibilidad de esta proposición.

CAPITULO XVIII

PARTICIPACION DE LA MUJER EN LOS PLANES DE SALUD DE LAS AMERICAS

(Tema Especial)

La Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, considerando que para el mejor cumplimiento de los planes nacionales de salud es fundamental la participación de la mujer, por ser ella el centro de la familia y tener a su cargo el cuidado de la salud y la educación de los hijos, acuerda:

1. Ratificar la Recomendación C.3 de la Reunión de Ministros de Salud, Grupo de Estudio celebrado en Washington, D.C. en Abril de 1963, y sugerir que se la ponga en práctica, en forma real y efectiva, en todos los países.
2. Recomendar a los Gobiernos Americanos y a las organizaciones interamericanas o internacionales gubernamentales o no gubernamentales que tengan relación o se ocupen de los problemas de la familia, de la mujer o del niño, que fortalezcan las actividades de promoción y cuidado de la salud y de todo lo relacionado con el bienestar del grupo familiar.

XIX DECLARACION FINAL

Mirados en su perspectiva histórica, los propósitos de esta Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas representan la prolongación y el progreso de la que tuvo lugar en abril de 1963. La inspiraron, en aquella ocasión, los objetivos de la Carta de Punta del Este y la posibilidad de realizarlos a tono con los del desarrollo económico y social. Nos han motivado en esta oportunidad las decisiones de los Jefes de Estado, signatarios de la "Declaración de los Presidentes de América", la experiencia acumulada y las realizaciones concretas de los cinco años transcurridos desde entonces.

Estamos conscientes, sin embargo, que todavía existen millones de seres humanos en las Américas que esperan los beneficios que derivan del cumplimiento de los planes de salud y las metas propuestas. Les reconocemos el mismo derecho por su sola condición de miembros de nuestros países, cualesquiera que sean su origen, sus ideas, sus creencias y sus aspiraciones. No se puede ya desconocer que la salud es un derecho y no un privilegio, lo cual ha ido adquiriendo progresiva realidad en la multiplicación y perfeccionamiento de los servicios asistenciales y sanitarios y, desde luego, con el considerable crecimiento de la demanda de atención médica en los servicios de medicina pública, urbana y rural.

Ha crecido y se ha hecho más estridente la demanda social y, por estimarla justa, hemos convenido en redoblar esfuerzos, para utilizar en forma más racional los recursos materiales disponibles para esta cruzada en favor de la salud; la ayuda del capital exterior cada vez que se lo estime justificable, y la aplicación de los aportes de la ciencia y de la técnica modernas para responder a las aspiraciones de nuestros pueblos. Así, las personas que sirven en esta cruzada tendrán mejores oportunidades para poner al servicio de ella conocimiento y experiencia.

Si bien nuestra visión tiene un sentido esencialmente humanitario, reconocemos que su realización práctica debe hacerse en un proceso armónico de desarrollo económico y de bienestar social.

Hemos dedicado particular atención a los problemas de las poblaciones que viven en el medio rural, debido a su gravedad y a la urgencia de incorporar a los habitantes a las corrientes de la vida moderna y del progreso económico. La obra cumplida desde la Reunión anterior, ha puesto de relieve su voluntad y capacidad de colaboración en

las obras de bien común cuando advierten el desinterés de la motivación. Nos proponemos impulsar la modernización de la vida rural integrando las técnicas de la salud con todas aquellas que tiendan a mejorar el bienestar y la convivencia social. Reconocemos que este intento habrá de contribuir a disminuir la migración hacia la gran ciudad, así como las situaciones creadas por las poblaciones marginales, conglomerados humanos desprovistos de las comodidades y del saneamiento más elementales, desarraigados de sus lugares de origen, inadaptados a su nueva situación y sin la preparación técnica o de oficios que les permita un nivel aceptable de ingresos económicos. Constituyen otro foco que requiere para su solución, concentración de esfuerzos y recursos, por la gravedad de los problemas de salud que entrañan.

Del análisis de conjunto realizado surge, en el seno de cada país y del Continente, la coexistencia de problemas tradicionales con aquellos otros característicos de la sociedad industrial, de la urbanización, de la influencia de la ciencia y técnica modernas en las costumbres y actitudes, así como también, de los desequilibrios sociales reflejados por la vida de la gran ciudad. En la medida que avancemos en la solución de los primeros se irán haciendo más evidentes los segundos, adquiriendo las modalidades propias de cada sociedad y traduciendo las relaciones recíprocas de los seres humanos y el ambiente que los contiene y que ellos, a su vez, contribuyen a modificar. No podríamos ignorar este tipo de problemas. Por el contrario, ellos se harán tanto más manifiestos, cuanto más progresen o se inicien las grandes empresas del desarrollo. Se harán igualmente presentes en los programas relacionados con la economía de zonas geopolíticas de las Américas, como son, entre otras, las cuencas de los grandes ríos y los proyectos de infraestructura que abarcan varios países. La salud debe ser incorporada desde las fases de preinversión, como ya lo decidieron los Jefes de Estado. Con base a proyectos concretos podemos adelantar la necesidad de capital exterior, por la magnitud de las acciones que será menester realizar.

Así, pensamos, tendrá que evolucionar la función salud hasta el término de este siglo. Confiamos en que el desarrollo económico ha de permitir la reducción sustancial de los problemas actuales y la puesta en práctica de las medidas que la ciencia moderna recomienda, para ir a la vez previendo o disminuyendo el impacto de aquellos que comienzan a surgir o que serán patrimonio de las sociedades del futuro inmediato.

No hemos dejado de considerar, en este orden de ideas, las opiniones que giran alrededor del tamaño y estructura de la población. Seguimos propugnando la conveniencia de un desarrollo armónico, genuinamente orientado hacia el bienestar general y no de uno concentrado en inversiones reproductivas que posterguen los beneficios sociales. Los hombres -repetimos- son los únicos destinatarios y protagonistas de todo desarrollo.

Factor fundamental para el éxito de esta empresa de trascendencia social que es la salud, es la preparación por la Universidad del potencial humano más selecto, desde el punto de vista de su capacidad intelectual para el estudio y solución de las necesidades de las personas y de las sociedades, cada vez más complejas y distintas. La educación para el desarrollo debe ser el lema de todo el proceso docente. Con ello queremos significar que debe orientarse hacia todas las cuestiones relativas a la vida del hombre en sociedad, con particular atención a aquellos problemas que afectan al mayor número de personas, para los cuales existan soluciones racionales y a aquellos otros que requieren de investigación. La Universidad debe formar a los profesionales de acuerdo con las características de cada momento histórico y sus proyecciones para el porvenir, con una armoniosa relación entre ciencia, técnica y cultura, y con un sentido unitario del saber que los lleve al humanismo y a la comprensión integral del hombre y de su papel en la sociedad contemporánea. En el orden espiritual, confiamos en que los graduados devolverán a la sociedad, en servicios de bien público, lo que ésta les brindó al recibirlos en las aulas universitarias.

En consonancia con la doctrina ecológica de la salud, identificados con los sufrimientos y apremios de nuestros pueblos, reiteramos el propósito de aunar esfuerzos y recursos para prolongar la vida y fomentar el bienestar y la felicidad de los habitantes. Además de una responsabilidad de orden moral, nos inspira la riqueza cultural del hombre americano y su valor intrínseco, como depositario de todo el progreso económico, convencidos de que una sana y dinámica convivencia social, entre otros factores, deriva de la satisfacción de las necesidades de salud de toda comunidad.

EN FE DE LO CUAL, los Ministros de Salud de las Américas, o sus representantes, y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, Secretario de la Reunión, firman el presente Informe Final en los idiomas español e inglés, cuyos textos tendrán igual valor auténtico.

HECHO en Buenos Aires, República Argentina, el día 18 de octubre de 1968.

Dr. Ezequiel A.D. Holmberg
Secretario de Estado de Salud
Pública de la Argentina

Hon. Cuthbert Edwy Talma
Ministro de Salud y Desarrollo
de la Comunidad de Barbados

Dr. Jorge Rojas Tardio
Ministro de Salud Pública
de Bolivia

Dr. Leonel Tavares Miranda de
Albuquerque
Ministro de Salud del Brasil

Dr. Basil D. B. Layton
Médico Principal, Salud
Internacional del Canadá

Dr. Antonio Ordoñez Plaja
Ministro de Salud Pública de
Colombia

Dr. Alvaro Aguilar Peralta
Ministro de Salubridad Pública
de Costa Rica

Dr. Ramón Valdivieso Delaunay
Ministro de Salud Pública de
Chile

Dr. Francisco Parra Gil
Ministro de Salud Pública
del Ecuador

Dr. Salvador Infante-Díaz
Ministro de Salud Pública y
Asistencia Social de
El Salvador

Dr. William H. Stewart
Cirujano General, Servicio de
Salud Pública, de los Estados
Unidos de América

Dr. Raymond G. Hyronimus
Inspector General de Asuntos
Sociales y de Salud Pública
de Francia

Dr. Emilio Poitevin
Ministro de Salud Pública y
Asistencia Social de Guatemala

Dr. Fritz Audoin
Secretario de Estado de Salud
Pública y de Población de Haití

Dr. José Antonio Peraza Casaca
Ministro de Salud Pública y
Asistencia Social de Honduras

Dr. Maurice A. Byer
Médico Principal de Jamaica

Dr. Pedro Daniel Martínez
Subsecretario de Salubridad
de México

Dr. Francisco Urcuy Maliaño
Vicepresidente de la República
de Nicaragua y Ministro de
Salud Pública

Dr. Dionisio González Torres
Ministro de Salud Pública y
Bienestar Social del Paraguay

Sr. Juan Vargas Quintanilla
Encargado de Negocios del Perú
en la Argentina

Dr. Baltus F. Julius Costburg
Ministro de Salud de Surinam
Reino de los Países Bajos

Dr. Simón M. Frazer
Médico Jefe del Departamento de
Salud y Bienestar de Bermuda
Reino Unido

Dr. Mario Antonio Fernández Mena
Secretario de Estado de Salud
Pública y Asistencia Social
de la República Dominicana

Hon. Dr. Maxwell P. Awon
Ministro de Salud de Trinidad
y Tabago

Dr. Walter Ravenna
Ministro de Salud Pública
del Uruguay

Dr. Armando Soto-Rivera
Ministro de Sanidad y Asistencia
Social de Venezuela

Dr. Abraham Horwitz
Director de la Oficina Sanitaria
Panamericana, Secretario