Organización Sanitaria Panamericana *Organización Mundial de la Salud*

XV Conferencia Sanitaria Panamericana

X Reunión Comité Regional

San Juan, Puerto Rico
Septiembre-Octubre, 1958

CSP15/16 (Esp.)
29 agosto 1958
ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLES

Tema 22: LA SITUACION DE LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS

VI INFORME

INDICE DE MATERIAS

LA SITUACION DE LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS

Página

Introducción..... 1
Panorama General..... 2
Extensión del Problema..... 6
Situación Actual de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria..... 11
Legislación..... 17
Personal..... 20
Aspectos Presupuestarios de la Erradicación de la Malaria..... 26
Operaciones de Campo..... 30
Operaciones de rociamiento..... 30
Operaciones epidemiológicas..... 37
Operaciones entomológicas..... 42
Empleo de drogas..... 44

LA FUNCION DE LAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES EN LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS

Resumen Histórico..... 47
Las Actividades de la Organización..... 48
El asesoramiento técnico..... 51
El adiestramiento..... 54
La coordinación..... 56
Suministros..... 57
Ayuda directa..... 58
Colaboración de Otras Organizaciones..... 58

ANEXO..... 60

FIGURAS Y CUADROS

Figura		Página
1	Situación de la Erradicación de la Malaria en las Américas, 31 julio 1958	3
2	Los Planes de Operación para la Erradicación de la Malaria en las Américas	5
3	Diagrama que Indica las Relaciones Posibles del SNEM con las Autoridades de Salud Pública	13
4	Pauta de Organización, Unidad Regional de Erradicación de la Malaria-OSP	50
5	Organización y Responsabilidad del Personal Internacional en Relación con los Proyectos de Erradicación de la Malaria en las Américas	52

Cuadro		
1	Situación de la Campaña de Erradicación de la Malaria, en las Américas, en 1958	4
2	Países y Otras Unidades Políticas en los Cuales no Hubo Malaria o ésta Desapareció sin Medidas Específicas de Erradicación	7
3	Países y Otras Unidades Políticas en Donde la Malaria Ha Sido Erradicada	7
4	Extensión del Problema de la Malaria, por Areas, en las Américas, en 1958	9
5	Población Afectada por el Problema de la Malaria en las Américas, en 1958	10
6	Situación Actual, por Area y Población, de la Erradicación de la Malaria en las Américas, el 31 de julio de 1958	12
7	La Organización de los Servicios Nacionales Antimaláricos en las Américas, en 1957	14
8	Legislación Comparada sobre Lucha Antimalárica en las Américas, 1958	19
9	Personal Empleado, en Adiestramiento, y que se Estima Necesario, en las Américas, el 31 de marzo de 1958	20
10	Personal Profesional y Técnico Empleado en los Programas de Erradicación de la Malaria en las Américas el 31 de marzo de 1958	22
11	Personal de Campo Empleado en las Operaciones de Rociamiento en los Programas de Erradicación de la Malaria en las Américas, en 1958	24
12	Personal Empleado en las Operaciones de Evaluación de los Programas de Erradicación de la Malaria en las Américas el 31 de marzo de 1958	25

Cuadro		Página
13	Necesidades Estimadas y Presupuestos Nacionales para la Erradicación de la Malaria en las Américas, 1956-1958..	27
14	Aportaciones Internacionales a los Programas de Malaria en las Américas, 1956-1958.....	28
15	Presupuestos para Salud Pública y Lucha Antimalárica en las Américas, 1954-1957.....	31
16	Casas Rociadas e Insecticidas Usados en la Campaña Antimalárica en las Américas, 1957.....	33
17	Número de Brigadas de Rociamiento Según Medio de Transporte, Empleadas en los Programas de Erradicación de la Malaria en las Américas, en 1958.....	35
18	Sistemas de Transporte en los Programas de Erradicación de la Malaria en las Américas, en 1958.....	36
19	Descubrimiento de Casos de Diversas Fuentes en los Programas de Erradicación de la Malaria en las Américas, 1957.....	39
20	Operaciones Entomológicas en los Programas de Erradicación de la Malaria en las Américas, 1957.....	43
21	Empleo de Drogas en los Programas de Erradicación de la Malaria en las Américas, en 1957.....	46
22	Personal Internacional para la Erradicación de la Malaria en las Américas, 31 de agosto de 1958.....	54

A B R E V I A T U R A S

OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
OMS	Organización Mundial de la Salud
SNEM	Servicio(s) Nacional(es) de Erradicación de la Malaria
SNM	Servicio(s) Nacional(es) de Malaria
SNSP	Servicio(s) Nacional(es) de Salud Pública
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
ACI	Administración de Cooperación Internacional (ICA)
AT/OMS	Asistencia Técnica/Organización Mundial de la Salud
OSPA/FEM	Organización Sanitaria Panamericana/Fondo Especial de Malaria

LA SITUACION DE LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS

VI INFORME

Introducción

La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana (Santiago, 1954) resolvió declarar de la mayor urgencia la aplicación de la Resolución XVIII de la XIII Conferencia (Ciudad Trujillo, 1950) referente a la erradicación de la malaria en las Américas, y recomendó a los gobiernos la inmediata conversión de sus programas de control en programas de erradicación. Al mismo tiempo dio un mandato a la OSP para intensificar y coordinar esta acción y procurar la asistencia técnica y económica que fuera necesaria. Más tarde, la Octava Asamblea Mundial de la Salud (México, 1955) recomendó "poner en práctica un programa que tenga como objetivo final la erradicación del paludismo en todo el mundo".

Siguiendo el mismo modelo de los dos anteriores[1/], este informe, al que le corresponde el número seis de la serie, presenta en su primera parte un estudio completo, comparativo y crítico, sobre la situación actual de la lucha antimalárica en las Américas y un balance de los progresos realizados desde la histórica resolución de Santiago de Chile. Esta presentación difiere de la adoptada para los informes anuales al Consejo Directivo, que consisten simplemente en una síntesis objetiva de la información enviada por los Gobiernos Miembros.

La segunda parte tiene ahora un objetivo diferente del asignado a la sección similar de los informes anteriores, dedicada a comentarios y recomendaciones sobre la necesidad de ciertas medidas con el fin de intensificar o perfeccionar la lucha antimalárica, o para fomentar y coordinar los trabajos de erradicación. En el presente informe se expone el papel desempeñado por los organismos internacionales y la forma como la Organización ha cumplido con el mandato que se le diera en Santiago de Chile.

La tercera parte contiene un resumen de la situación actual y de las perspectivas para el futuro, así como proposiciones sobre planes de acción.

1/ Publicación de la OSP/OMS Nº 261, Anexo B. Situación de la Lucha Antimalárica en el Continente Americano, IV Informe, C. A. Alvarado; y Publicaciones Científicas de la OSP/OMS Nº 26, Situación de la Lucha Antimalárica en las Américas, V Informe, C. A. Alvarado.

Dada la importancia histórica y política de las decisiones sobre erradicación de la malaria adoptadas por los Cuerpos Directivos de los organismos internacionales, se reproducen las resoluciones correspondientes, en forma de anexo a este documento.

Panorama General

La lucha antimalárica con imagocidas empezó en las Américas tan pronto se conocieron las virtudes de los insecticidas de acción residual y estuvieron éstos disponibles en el mercado. De 1945 a 1949 los progresos fueron rapidísimos y en el último de estos años las operaciones de control cubrían ya las dos terceras partes del área malárica del Continente. En los cuatro años subsiguientes (1950-53) si bien no hubo un receso en las actividades antimaláricas y algunos países hasta ampliaron las áreas de malaria erradicada o las completaron, se observó sin embargo una clara declinación en el impulso inicial y un deterioro contagioso en la calidad y posición de los Servicios Nacionales de Malaria, que hacía prever para el futuro una reducción progresiva de las actividades y la pérdida de los beneficios alcanzados. Esta situación, claramente expuesta en el V Informe, y la creciente amenaza de la resistencia a los insecticidas en los insectos vectores, motivó la enérgica resolución de Santiago de Chile. A partir de entonces, el cambio ha sido sorprendente. Con excepción de tres pequeñas áreas de escasa significación epidemiológica (en Cuba, Dominica y Guayana Británica), todo el Hemisferio está ya cubierto por los programas de erradicación. La figura 1 muestra la situación el 31 de julio de 1958. Sólo tres países (Brasil, Colombia y Haití), no han empezado todavía la cobertura total, pero trabajan vigorosamente en la preparación de la misma, que ha de iniciarse en septiembre de 1958 en Colombia y Haití, y en enero de 1959 en Brasil. Nicaragua, que ya había iniciado la cobertura total, estimó necesario revisar su plan de operaciones y empezará de nuevo la cobertura total, probablemente antes de fin de año.

El cuadro 1 muestra una prodigiosa línea de "SI" en la columna de programas de erradicación, mientras aparece una sola respuesta afirmativa en la columna de programas de control, a la que debe agregarse la de otro país que no envió información. El mismo cuadro contiene las fechas de comienzo y de terminación de la cobertura total. La última columna de la derecha da, pues, una perspectiva de la situación de la malaria en el Hemisferio, en 1962.

Esta extraordinaria empresa de las Américas tendrá sin duda una considerable repercusión en el futuro de la salud pública en esta parte del mundo, no sólo por la desaparición de la malaria, sino también por la vasta experiencia que ha permitido acumular para operaciones de gran envergadura y por el ejemplo que dejará como obra de coordinación y solidaridad continentales.

FIGURA 1.- SITUACION DE LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS, 31 JULIO 1958.

Cuadro 1

SITUACION DE LA CAMPAÑA DE ERRADICACION DE LA MALARIA, EN LAS AMERICAS, EN 1958

País u Otra Unidad Política	Naturaleza del Programa			Erradicación por Cobertura Total de las Areas Maláricas			
				Período de conversión		Período de cobertura total	
	Erradicación por cobertura total de las áreas maláricas	Erradicación por áreas	Control	Empezó o empezará, fecha	Terminó o terminará, fecha	Empezó o empezará, fecha	Terminó o terminará, fecha
Argentina	Sí	-	-	Abril 1949	Agosto 1949	Sept. 1949	a)
Bolivia	Sí	-	-	Julio 1, 1957	Junio 30, 1958	Julio 1, 1958	Junio 30, 1962
Brasil b)	-	Sí	-	Dic. 1957	Dic. 1958	Enero 1959	a)
São Paulo	Sí	-	-	Dic. 1, 1957	Agosto 31, 1958	Sept. 1, 1958	Marzo 1, 1962
Colombia	Sí	-	-	Enero 1, 1958	Sept. 7, 1958	Sept. 8, 1958	Marzo 8, 1962
Costa Rica	Sí	-	-	Enero 1, 1956	Junio 30, 1957	Julio 15, 1957	Enero 31, 1961
Cuba	**	**	**	**	**	**	**
Ecuador	Sí	-	-	Sept. 1, 1956	Feb. 28, 1957	Mar. 18, 1957	Marzo 31, 1961
El Salvador	Sí	-	-	Feb. 1955	Junio 30, 1956	Julio 1, 1956	Dic. 31, 1959
Guatemala	Sí	-	-	Feb. 1, 1955	Julio 31, 1956	Agto. 1, 1956	Sept. 15, 1960
Haití	Sí	-	-	Oct. 1, 1957	Agto. 1958	Sept. 1958	Dic. 31, 1962
Honduras	Sí	-	-	Junio 1956	Enero 1958	Enero 1958	Enero 1962
México	Sí	-	-	Sept. 7, 1955	Dic. 31, 1957	Enero 2, 1957	Dic. 31, 1960
Nicaragua	Sí	-	-	Julio 1956	Oct. 1957	Nov. 11, 1957c)	a)
Panamá	Sí	-	-	Enero 1, 1956	Julio 31, 1957	Agto. 19, 1957	Agto. 19, 1961
Paraguay	Sí	-	-	Enero 1, 1957	Oct. 29, 1957	Oct. 30, 1957	Oct. 29, 1961
Perú	-	Sí	-	Enero 1957	Nov. 1957	Nov. 15, 1957	a)
República Dominicana	Sí	-	-	Mar. 1, 1957	Junio 30, 1958	Julio 1, 1958	Junio 1962
Venezuela	Sí	-	-	1945	1950	1950	1960
Otras Unidades Políticas							
Belice	Sí	-	-	Feb. 1, 1956	Dic. 31, 1956	Feb. 4, 1957	Dic. 31, 1961
Dominica	-	-	Sí	Agto. 1958	Dic. 1958	Enero 1959	Enero 1963
Granada	Sí	-	-	Julio 1956	Feb. 1957	Feb. 1957	Enero 1960
Guadalupe	Sí	-	-	1955	1956	1957	1960
Guayana Británica	-	d) Sí	e) Sí	Enero 1945	1949	Enero 1947	d) 1949
Guayana Francesa	Sí	-	-	-	-	Mayo 1948	f) 1953
Jamaica	Sí	-	-	Abril 1957	Dic. 1957	Enero 1958	Dic. 1961
Santa Lucía	Sí	-	-	Enero 1, 1956	Junio 30, 1956	Julio 1, 1956	Dic. 31, 1959
Surinam	Sí	-	-	Nov. 1957	Abril 1958	Mayo 2, 1958	1961
Trinidad y Tabago	Sí	-	-	Junio 1957	Dic. 1957	Enero 1958	Dic. 1961
Zona del Canal de Panamá	Sí			Abril 1956	...	...	...

a) Por determinarse.
b) Excluído el Estado de São Paulo.
c) Programa temporalmente interrumpido.
d) Se refiere solamente a las zonas costaneras.
e) Erradicación en las zonas costaneras pero sólo programa de control en el interior escasamente poblado.
f) Reimportación en 1954, rociamiento comenzado de nuevo.

- Nada.
** No se recibió informe.
... Datos no disponibles.

El programa de erradicación de la malaria en el Hemisferio Occidental ha dado un gran ímpetu al concepto de "erradicación" en la salud pública. Algunos de los aspectos del programa merecen un comentario especial: la recopilación de la documentación básica y su estudio minucioso; la elaboración de procedimientos para un reconocimiento geográfico "palmo a palmo" con el fin de localizar y numerar todas las casas; el planeamiento riguroso de cada operación, ajustada a una cronología estricta; el adiestramiento y readiestramiento de todo el personal en sus distintas categorías; el establecimiento de una estructura de supervisión; los ajustes administrativos y financieros; la modernización de leyes y reglamentos. Todo esto ha hecho cada país para la preparación de su plan de erradicación de la malaria y de este esfuerzo han salido documentos de un valor excepcional, que sirven de guía en las actividades de la campaña. La figura 2 muestra algunos de estos documentos.

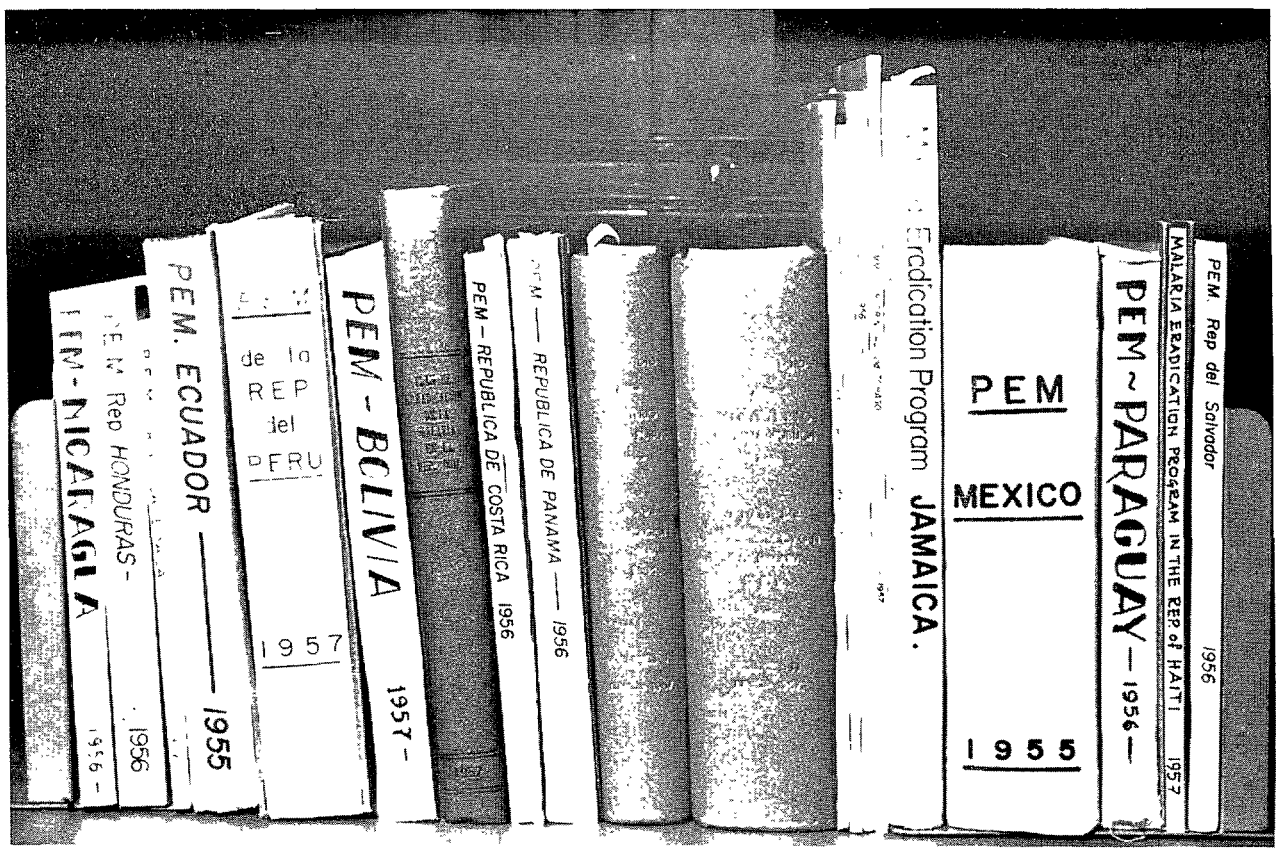

Fig. 2. Los Planes de Operación para la Erradicación de la Malaria en las Américas.

Otro aspecto es la unificación de las técnicas y la revisión periódica de sus resultados. En los frecuentes seminarios, grupos de trabajo y reuniones de directores y otros jefes de los programas de malaria, cada país presenta los diferentes aspectos del desarrollo de su programa y expone con singular franqueza los progresos obtenidos, que son analizados y discutidos en sus mínimos detalles por todos los participantes, en un extraordinario ambiente de confraternidad y camaradería.

De este modo se han elaborado conceptos y creado técnicas y procedimientos nuevos, que no son patrimonio de ningún país, pues pertenecen a todos, y cuya filosofía básica consiste en el logro de un mejoramiento constante y de resultados más eficaces.

En el orden nacional, el programa de erradicación de la malaria ha pedido y obtenido la colaboración de toda la comunidad. Los distintos organismos del servicio nacional de salud pública, los grupos médicos y paramédicos, las escuelas, las fuerzas armadas, la iglesia, los institutos de seguro social, las organizaciones privadas y la población en general, prestan su apoyo a la campaña, haciendo de este programa de salud pública un programa de, por y para la nación entera.

En el orden internacional, la cooperación ha sido múltiple y fecunda. Una demostración inequívoca de ésto es que todos los países sin excepción han dado las máximas facilidades para que sus programas puedan usarse como áreas de observación o de adiestramiento. A la prestigiosa y tradicional Escuela de Malariología de Venezuela se unieron otros tres países (Brasil, Jamaica y México) en la creación de otros tantos centros internacionales de adiestramiento.

A este esfuerzo magnífico debe agregarse el generoso apoyo ofrecido por cuatro países (Estados Unidos, Haití, República Dominicana y Venezuela) con sus aportaciones financieras al Fondo Especial para la Erradicación de la Malaria.

Extensión del Problema

En algunos países y otras unidades políticas de las Américas no hay conocimiento de que hubiera existido malaria indígena, o la transmisión que pudo existir en el pasado desapareció sin medidas específicas de erradicación. En el cuadro 2 se señalan estos países y unidades, junto con su extensión y población, según las últimas estimaciones oficiales.

Cuadro 2

Países y Otras Unidades Políticas en los Cuales no Hubo Malaria o ésta Desapareció sin Medidas Específicas de Erradicación

País u Otra Unidad Política	Area en Km^2	Población Estimada el 1 de julio de 1957
Total	10,187,740	19,877,000
Canadá	9,974,375	16,589,000
Uruguay	186,926	2,690,000
Antigua	442	55,000
Antillas Neerlandesas	961	190,000
Bahamas	11,396	120,000
Bermuda	53	42,000
Islas Malvinas	11,961	2,000
Islas Vírgenes (Británicas)	174	8,000
Islas Vírgenes (E. U. A.)	344	24,000
Montserrat	83	17,000
San Cristóbal-Nieves-Anguila	396	55,000
San Pedro y Miquelón	240	5,000
San Vicente	389	80,000

Existen, además, países y otras unidades políticas que actualmente están libres de malaria indígena como resultado de activas medidas de erradicación de esta enfermedad. El cuadro 3 indica su superficie y población, así como el área en la cual existió transmisión de la malaria, y la población correspondiente.

Cuadro 3

Países y Otras Unidades Políticas en Donde la Malaria Ha Sido Erradicada

País u Otra Unidad Política	Area en Km^2	Población	Area Malárica inicial	
			Area en Km^2	Población
Total	10,098,948	179,993,000	2,322,691	45,014,000
Chile	741,767	6,681,000	55,287	112,000
Estados Unidos de América	9,346,751	170,547,000	2,257,809	42,366,000
Barbada	431	230,000	430	228,000
Martinica	1,102	255,000	300	45,000
Puerto Rico	8,897	2,280,000	8,865	2,263,000

Los países y otras unidades políticas citados en los cuadros 2 y 3 no volverán a mencionarse en el presente informe, con excepción de los Estados Unidos de América, a los que se hará referencia en relación con su situación epidemiológica especial.

El cuadro 4 indica la extensión del problema por área, el 31 de julio de 1958, y el cuadro 5 la extensión del problema en términos de población.

En estos cuadros puede verse que Argentina, Brasil, Venezuela, Guayana Británica, Guadalupe y Surinam consideran que se ha erradicado la malaria en ciertas partes de sus áreas maláricas iniciales. El área total de la cual se ha erradicado la malaria es de 407,744 kilómetros cuadrados, con una población estimada en 4,531,000 personas.

El área más extensa de la que se ha erradicado la malaria en los trópicos corresponde a Venezuela, con 372,604 kilómetros cuadrados y una población de 3,065,000 personas.

Puede decirse, por lo tanto, de acuerdo con los cuadros 3, 4 y 5, que el área malárica inicial de las Américas alcanzaba 14,558,083 kilómetros cuadrados, con una población de 131,430,000 personas, y que el 31 de julio de 1958 la malaria se había erradicado de 2,730,435 kilómetros cuadrados (18.8 por ciento), protegiéndose con ésto a 49,545,000 personas, o sea 37.7 por ciento de la población originalmente expuesta. La parte mayor de esta población habita en los Estados Unidos.

Al examinar estos datos han de tenerse en cuenta los criterios sobre erradicación de la malaria establecidos por el Comité de Expertos en Paludismo de la OMS, en cuyo Sexto Informe se declara:

> "Para pretender con fundamento que se ha logrado erradicar el paludismo en una zona determinada deben concurrir las siguientes condiciones:
>
> 1) demostrar que ha funcionado en la zona un adecuado sistema de vigilancia durante tres o más años sin que en dos cuando menos se hayan aplicado medidas de lucha directa contra los anofeles. Si la justificación sólo se extiende a un período menor de vigilancia después de la fase activa de la campaña deberán aportarse pruebas de que el sistema de vigilancia empleado ha sido más eficaz que de ordinario;
>
> 2) demostrar que no se han descubierto casos indígenas, originados durante ese período de tres años;

Cuadro 4

EXTENSION DEL PROBLEMA DE LA MALARIA, POR AREAS, EN LAS AMERICAS, EN 1958

País y Otra Unidad Política	Area Total en Km²	Area Malárica Inicial en Km²	Area con Malaria Erradicada		Area bajo Vigilancia		Area en que no se ha Erradicado la Malaria	
			Con 3 o más años sin casos autóctonos		Con menos de 3 años sin casos autóctonos		Rociados con regularidad	No rociadas con (a) regularidad
			Area en Km²	Rociado continuado	Area en Km²	Rociado continuado	Area en Km²	Area en Km²
Total	19,539,572	12,235,392	407,744		140,242		8,877,996	2,809,410
Argentina	2,778,412	120,000	26,200	No	23,000	No	70,800	-
Bolivia	1,098,581	842,018	-	-	-	-	842,018	-
Brasil b)	8,268,814	7,299,969	611	Sí	-	-	5,958,814	1,340,544
São Paulo	247,223	110,318	-	-	-	-	-	110,318
Colombia	1,138,355	1,026,433	-	-	-	-	-	1,026,433
Costa Rica	50,900	31,526	-	-	-	-	31,526	-
Cuba	114,524	**	**	**	**	**	**	**
Ecuador	270,670	153,498	-	-	-	-	153,498	-
El Salvador	20,000	19,310	-	-	-	-	19,310	-
Guatemala	108,889	80,380	-	-	-	-	80,380	-
Haití	27,750	21,300	-	-	-	-	-	21,300
Honduras	112,088	87,383	-	-	-	-	87,383	-
México	1,969,269	928,749	-	-	-	-	928,749	-
Nicaragua	148,000	127,199	-	-	-	-	8,126	119,073
Panamá	74,470	68,499	-	-	-	-	68,499	-
Paraguay	406,752	42,286	-	-	-	-	42,286	-
Perú	1,249,049	154,191	-	-	-	-	154,191	-
República Dominicana	48,734	41,010	-	-	-	-	41,010	-
Venezuela	912,050	600,000	372,604	Sí	36,464	Sí	190,932	-
Otras Unidades Políticas								
Belice	22,965	22,965	-	-	-	-	22,965	-
Dominica	789	642	-	-	-	-	-	642
Granada	344	160	-	-	-	-	160	-
Guadalupe	1,780	1,136	69	...	752	Sí	315	-
Guayana Británica	215,800	215,800	4,940	No	-	-	19,760	191,100
Guayana Francesa	91,000	80,000	-	-	80,000	Sí	-	-
Jamaica	12,188	10,050	-	-	-	-	10,050	-
Santa Lucía	616	524	-	-	-	-	524	-
Surinam	143,000	143,470	3,320	No	-	-	140,150	-
Trinidad y Tabago	5,128	5,138	-	-	26	No	5,112	-
Zona del Canal de Panamá	1,432	1,438	-	-	-	-	1,438	-

a) Incluye áreas no rociadas bajo un plan de cobertura total.
b) Excluído el Estado de São Paulo.

\- Nada.
** No se recibió informe.
... Datos no disponibles.

Cuadro 5

POBLACION AFECTADA POR EL PROBLEMA DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS, EN 1958

País y Otra Unidad Política	Población Total Estimada 1957	Población del Area Malárica Inicial	Area con Malaria Erradicada		Area bajo Vigilancia		Area en que no se ha Erradicado la Malaria	
			Con 3 o más años sin casos autóctonos		Con menos de 3 años sin casos autóctonos		Rociadas con regularidad	No rociadas con (a) regularidad
			Población	Rociado continuado	Población	Rociado continuado	Población	Población
Total	177,795,000	86,416,000	4,531,000		1,493,000		53,865,000	26,527,000
Argentina	19,858,000	1,473,000	247,000	No	711,000	No	515,000	-
Bolivia	3,273,000	1,102,000	-	-	-	-	1,102,000	-
Brasil b)	58,538,000	29,495,000	638,000	Sí	-	-	19,921,000	8,936,000
São Paulo	2,730,000	2,678,000	-	-	-	-	-	2,678,000
Colombia	13,227,000	9,787,000	-	-	-	-	-	9,787,000
Costa Rica	1,035,000	451,000	-	-	-	-	451,000	-
Cuba	6,410,000	**	**	**	**	**	**	**
Ecuador	3,890,000	1,955,000	-	-	-	-	1,955,000	-
El Salvador	2,350,000	1,385,000	-	-	-	-	1,385,000	-
Guatemala	3,430,000	1,448,000	-	-	-	-	1,448,000	-
Haití	3,384,000	4,096,000	-	-	-	-	-	4,096,000
Honduras	1,770,000	1,282,000	-	-	-	-	1,282,000	-
México	31,426,000	15,588,000	-	-	-	-	15,588,000	-
Nicaragua	1,331,000	1,071,000	-	-	-	-	95,000	976,000
Panamá	960,000	910,000	-	-	-	-	910,000	-
Paraguay	1,638,000	700,000	-	-	-	-	700,000	-
Perú	9,923,000	2,878,000	-	-	-	-	2,878,000	-
República Dominicana	2,698,000	2,417,000	-	-	-	-	2,417,000	-
Venezuela	6,134,000	4,479,000	3,065,000	Sí	469,000	Sí	945,000	-
Otras Unidades Políticas								
Belice	84,000	82,000	-	-	-	-	82,000	-
Dominica	62,000	51,000	-	-	-	-	-	51,000
Granada	94,000	26,000	-	-	-	-	26,000	-
Guadalupe	250,000	210,000	34,000	..	127,000	Sí	49,000	-
Guayana Británica	515,000	460,000	423,000	No	-	-	34,000	3,000
Guayana Francesa	29,000	25,000	-	-	25,000	Sí	-	-
Jamaica	1,594,000	1,296,000	-	-	-	-	1,296,000	-
Santa Lucía	91,000	68,000	-	-	-	-	68,000	-
Surinam	251,000	250,000	124,000	No	-	-	126,000	-
Trinidad y Tabago	765,000	713,000	-	-	161,000	No	552,000	-
Zona del Canal de Panamá	55,000	40,000	-	-	-	-	40,000	-

a) Incluye áreas no rociadas bajo un plan de cobertura total.
b) Excluído el Estado de São Paulo.

- Nada.
** No se recibió informe.
... Datos no disponibles.

3) llevar un registro de las infecciones de paludismo descubiertas durante ese período, que no deje lugar a dudas de que todos los casos inscritos pueden clasificarse en uno u otro de los apartados siguientes:

a) importado, en el que se demuestre que se ha seguido la pista hasta su origen en una zona palúdica conocida;

b) recaída de una infección anterior demostrada por la historia clínica del caso y la ausencia de casos asociados en las proximidades del lugar de origen;

c) inducido, lo que se demostrará por su relación con una transfusión de sangre dentro de un lapso de tiempo apropiado o con otra forma de inoculación parenteral a la que haya motivo de atribuir la infección;

d) derivado directamente de un caso importado conocido."

Además de las áreas descritas en las cuales se ha erradicado la malaria, los cuadros 4 y 5 indican que se hallan bajo vigilancia 140,242 kilómetros cuadrados habitados por 1,493,000 personas.

En cuanto al área en la cual no se ha erradicado la malaria, los cuadros 4 y 5 presentan una división basada en el estado de las operaciones de rociamiento. En 8,877,996 kilómetros cuadrados con 53,865,000 habitantes, se está ejecutando la cobertura total mediante operaciones de rociamiento. En 2,809,410 kilómetros cuadrados, con 26,527,000 habitantes, el rociamiento no se ha empezado o es irregular o incompleto; sin embargo, estas cifras se reducirán considerablemente con el próximo comienzo de los programas de erradicación en Brasil, Colombia y Haití.

El cuadro 6 resume los progresos realizados hasta la fecha e indica el trabajo que todavía queda por hacer en la erradicación de la malaria en las Américas.

Situación actual de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria

El servicio encargado de la campaña contra la malaria, designado en este informe bajo el nombre de "Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria" (SNEM), ha sufrido importantes cambios en su posición respecto a otros servicios de la organización nacional de salud pública. Estos cambios se relacionan directamente con la conversión del concepto de control de la malaria al concepto de erradicación. Los programas

de control, al lograr su objetivo de abolir la malaria como problema principal de salud pública, acabaron fusionándose con otras actividades conexas; debido a ésto fue prestándose menos atención a los trabajos antimaláricos y en algunos casos ni siquiera se empleaba ya el término "malaria" para designar estas secciones, a pesar de que la enfermedad continuaba siendo un importante problema de salud pública. En algunos países, por ejemplo, el viejo y conocido "Servicio de Malaria" se convirtió en "Departamento de Control de Vectores" o en "Sección de Control de Artrópodos", cuando nó se fusionó con otras actividades para formar un "Departamento de Endemias Rurales", o sirvió de base para un "Departamento Regional de Salud Pública". Hoy, al haberse aceptado el concepto de erradicación y el ímpetu adquirido por esta campaña, el SNEM surge de nuevo como entidad y asume mayor importancia en relación con otros servicios de salud pública. Los SNEM tienen con las autoridades ministeriales y otros servicios de salud pública relaciones que no son forzosamente comparables de un lugar a otro. La figura 3 presenta los distintos niveles en que puede operar un SNEM y permite clasificar la posición del mismo en su relación con los servicios nacionales de salud pública.

Cuadro 6

Situación Actual, por Area y Población, de la Erradicación de la Malaria en las Américas*, el 31 de julio de 1958

Situación	Area	Porcentaje	Población	Porcentaje
Total	39,826,260	100.0	377,665,000	100.0
Malaria indígena inexistente o desaparecida sin medidas específicas de erradicación	25,153,653	63.1	239,825,000	63.5
Malaria erradicada	2,730,435	6.8	49,545,000	13.1
Bajo vigilancia	140,242	0.4	1,493,000	0.4
Malaria todavía presente, pero con programas de cobertura total en ejecución	8,877,996	22.3	53,865,000	14.3
Malaria todavía presente, pero con programas de erradicación en su fase preparatoria	2,618,310	6.6	26,524,000	7.0
Transmisión comprobada, pero sin programas de cobertura total en ejecución	305,624	0.8	6,413,000	1.7

* Excluída Groenlandia

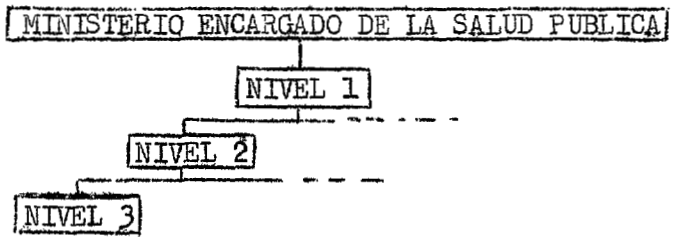

Figura 3. Diagrama que indica las relaciones posibles del SNEM con las autoridades de salud pública.

En el presente informe, la posición de los SNEM en las Américas, basada en la figura 3, puede clasificarse como sigue:

1. Se considera "autónomo" si se halla en el nivel 1, es decir, si el Director del SNEM es responsable directamente ante la autoridad ministerial.

2. Se considera "primario" cuando se halla en el nivel 2 y cuando su jefe es responsable ante el Director Nacional de Salud Pública o su equivalente.

3. Se considera "secundario" cuando se halla en el nivel 3 y sólo ejerce su autoridad por debajo de los dos niveles precedentes. Esta situación existe siempre que el SNEM forma parte de un servicio más amplio, v.g.: "Sección para el Control de las Enfermedades Transmitidas por Insectos" o "División de Enfermedades Transmisibles."

La posición de los SNEM en 1958, de acuerdo con las anteriores definiciones, se indica en el cuadro 7, junto con el nombre oficial del servicio. Este cuadro muestra claramente el rango elevado que actualmente ocupan los SNEM dentro de los respectivos Servicios de Salud Pública (SNSP). Dos países, Colombia y México, tienen SNEM autónomos. Los restantes países y otras siete unidades políticas que proporcionaron informes al respecto tienen SNEM primarios. Esto consituye un considerable avance respecto a la posición que ocupaban cuando se redactó el V Informe, en el cual se veía que doce países y otras dos unidades políticas informantes tenían sus Servicios Nacionales de Malaria en posición secundaria.

En algunos lugares (Belice, Granada, Santa Lucía), debido al pequeño volumen de las actividades antimaláricas, no existe un servicio específicamente responsable del programa de erradicación sino que éste se ejecuta directamente por el SNSP.

En Brasil, el Estado de São Paulo, mediante un acuerdo especial con el Gobierno Federal, tiene un servicio de malaria independiente y ejecuta su propio programa de erradicación, aunque coordinado con

Cuadro 7

LA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS NACIONALES ANTIMALARICOS EN LAS AMERICAS, EN 1957

País u Otra Unidad Política	Nombre Oficial del Servicio	Posición del servicio	Otras Actividades además de las de Erradicación de Malaria
Argentina	Dirección de Paludismo y Fiebre Amarilla	Primario	Campaña de erradicación del Aedes aegypti
Bolivia	Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria	Primario	Ninguna
Brasil a)	Campanha de Erradicação da Malária	Primario	Ninguna
São Paulo	Serviço de Profilaxia da Malaria b)	Secundario	Profilaxis de la Enfermedad de Chagas y de la Esquistosomiasis
Colombia	Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria	Autónomo	Ninguna
Costa Rica	Departamento de Lucha Contra Insectos Trasmisores	Primario	Ninguna
Cuba	**	**	**
Ecuador	Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria	Primario	Ninguna
El Salvador	División de Lucha Anti-Palúdica	Primario	Campaña anti-Aedes aegypti
Guatemala	Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria	Primario	Erradicación del Aedes aegypti y vacunación contra la fiebre amarilla
Haití	Service National D'Eradication de la Malaria	Primario	Ninguna
Honduras	Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria	Primario	Campaña anti-Aedes aegypti
México	Comisión Nacional Para la Erradicación del Paludismo	Autónomo	Ninguna
Nicaragua	Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria	Primario	Campaña anti-Aedes aegypti
Panamá	Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria	Primario	Control de la fiebre amarilla (erradicación Aedes aegypti y vacunación)
Paraguay	Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo	Primario	Ninguna
Perú	Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria	Primario	Ninguna
República Dominicana	División de Malariología	Primario	Campaña para la Erradicación del Aedes aegypti; y control de insectos
Venezuela	División de Malariología	Primario	Erradicación de Aedes aegypti, control de triatominos, moscas, roedores, etc.
Otras Unidades Políticas			
Belice	Health Department	Primario	Fiebre amarilla y otras Actividades de Salud Pública
Dominica	Anti-Malaria Activities under Sanitary Department	Primario	Control de insectos en general
Granada	Medical Department	Primario	Otras Actividades de Salud Pública
Guadalupe	Service Départemental de Désinsectisation	Secundario	Desinfección y desinsectización en general
Guayana Británica	Mosquito Control Service	Secundario	Control de Aedes aegypti y filariasis de Bancroft
Guayana Francesa	Service de la Lutte Antipaludique et Antiamarile	Secundario	Campaña Contra la Fiebre Amarilla y Destrucción de otros Artropodos de interés en Salud Pública
Jamaica	Malaria Eradication Programme	Primario	Ninguna
Santa Lucía	Malaria Eradication Program	Primario	Campaña anti-Aedes aegypti
Surinam	Malariabestrijdingsdienst	Primario	Ninguna
Trinidad y Tabago	Malaria Division	Primario	Erradicación de Aedes aegypti Control general de insectos y Actividades de Cuarentena
Zona del Canal de Panamá	Health Bureau, Canal Zone Government	Secundario	Control de mosquitos y de culicoides, todo aspecto de saneamiento ambiental e ingeniería sanitaria y ayuda entomológica para cuarentena marítima

a) Excluído el Estado de São Paulo.
b) Se convertirá en breve en "Serviço Especial de Erradicação de Malária".

** No se recibió informe.

el plan nacional; debido a esto, en los cuadros Brasil aparecerá con dos referencias: la primera para todo el país menos São Paulo; la segunda, para este último.

Un aspecto nuevo en la administración de los programas de erradicación de la malaria son las Comisiones o Consejos Técnicos Asesores que existen actualmente en nueve países (Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Paraguay y Perú). La intensidad y extensión de los programas han impuesto la creación de estos cuerpos con funciones de asesoramiento y, sobre todo, de coordinación; en otros dos países (Brasil y México) han sido investidos con autoridad para tomar decisiones en asuntos técnicos y administrativos. Estos Consejos están presididos por el Ministro, el Director Nacional de Salud Pública o su equivalente; su composición varía según los países, pero en general se componen de delegados de los Ministerios de Educación y Defensa Nacional, la Universidad, el Seguro Social, las sociedades médicas y las organizaciones internacionales que colaboran en el programa (OSP/OMS, UNICEF y ACI). En algunos casos forman también parte del Consejo delegados de los Ministerios de Trabajo y de Hacienda, del clero y de empresas privadas. El Director del SNEM es a la vez miembro del Consejo.

En su organización funcional, los SNEM han establecido departamentos bien definidos para las actividades de rociamiento, epidemiología,y administración; dentro de esos departamentos las operaciones se ajustan al principio de señalar una tarea específica, y sólo una, a cada uno de sus componentes.

Debido a la importancia de la educación sanitaria y de la información pública, estas actividades están a cargo de unidades específicas, por lo general secciones, aunque en siete países (Brasil, Colombia, El Salvador, México, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana) tienen categoría de departamento. Importa asimismo hacer resaltar las disposiciones tomadas para la conservación de los vehículos de transporte, cuya aplicación se ha confiado a una sección especial del Departamento de Administración, y en algunos casos, del de Operaciones de Rociamiento (Argentina, Colombia y Venezuela). En Honduras y México la oficina encargada de los transportes tiene el rango de departamento, con el nombre de Departamento de Logística. Las actividades de adiestramiento local en algunos programas están a cargo de una oficina separada, que en Brasil, Colombia y México tiene la categoría de departamento. Sólo México y Venezuela tienen Departamentos de Investigación.

Por su organización ejecutiva, los SNEM pueden dividirse en dos grupos: con ejecución descentralizada, en la mayoría de los países (Argentina, Bolivia, Brasil -incluso São Paolo-, Colombia, Ecuador, Haití, México, Perú y Venezuela), y con ejecución centralizada (toda América Central, Paraguay y las otras unidades políticas). En el primer caso, el área de operaciones ha sido dividida en "Zonas", con una organización similar a la de la Oficina Central (Secciones de Operaciones de Rociamiento, Epidemiología, Educación Sanitaria, Administración, Transportes, etc.).

Al mismo tiempo que aumentaba la importancia del SNEM dentro del respectivo SNSP, se ha ido considerando como deseable la norma de limitar las actividades del SNEM a la erradicación de la malaria. En el cuadro 7 se presenta la situación existente en 1958; se ve en él que en nueve países y dos otras unidades políticas el SNEM se dedica exclusivamente a la erradicación de la malaria. De los restantes países, los SNEM de Argentina, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, realizan también actividades relacionadas con la erradicación del Aëdes aegypti y con otras operaciones contra la fiebre amarilla. Otros dos países, República Dominicana y Venezuela, encargan al SNEM el control de los insectos en general, que en Venezuela incluye también el control de los triatómidos, moscas y roedores, y otras actividades diversas. Teniendo en cuenta que sólo tres de los 19 países que proporcionaron información en 1954 para el V Informe tenían un SNM dedicado únicamente a la malaria, la situación actual representa un considerable adelanto. En las otras unidades políticas los SNEM en muchos casos se encargan también del control de insectos vectores en general.

El V Informe dio cuenta de que las autoridades sanitarias estaban planeando programas de cobertura total de las áreas maláricas con el objeto de lograr la erradicación. Los enormes progresos realizados desde entonces pueden verse en el cuadro 1. No hay ahora país en las Américas, excepto Cuba, que no posea un plan concreto de cobertura del área malárica entera, ya sea en una sola operación, ya por etapas graduales. Lo mismo puede decirse de otras unidades políticas, con excepción de Dominica y de la densa selva escasamente poblada del interior de la Guayana Británica. Dominica está esforzándose para preparar un plan de cobertura total con el propósito de iniciar las operaciones de erradicación antes del 1º de enero de 1959.

Los adelantos de la campaña de erradicación de la malaria, indicados por el número de programas de cobertura total en ejecución, aparecen en el siguiente resumen del cuadro 1:

	Países	Otras unidades políticas	Total
Con malaria indígena	18	11	29
Con programa de cobertura total el 31/VII/58	13	9	22
Con programa de cobertura total que empezará a ejecutarse el 1/I/59	4	1	5
Sin programas de cobertura total	1	1*	2

* La Guayana Británica, uno de los precursores de la erradicación de la malaria, ha eliminado la enfermedad del área costera, pero sólo tiene un programa de control para el interior selvático.

El cuadro 1 indica que en la mayor parte de las Américas el período de cobertura total estará terminado en octubre de 1961.

Legislación

La legislación muestra otro aspecto del grado de interés demostrado por los gobiernos de las Américas en la erradicación de la malaria. Una rápida comparación entre las leyes vigentes en 1954 y la situación legal al presente deja un balance general de significación positiva. Inclusive los aspectos fundamentales de la forma y métodos de encarar y resolver este problema han evolucionado notoriamente en el contenido de dichas disposiciones. Se advierte fácilmente que las leyes y decretos sobre este particular guardan, en términos generales, consonancia con los progresos técnicos y las concepciones que determinan la manera de encarar la actual empresa de erradicar la malaria.

Con excepción de Cuba, Surinam y la Zona del Canal de Panamá, que no han enviado información, todos los países y otras unidades políticas comprendidos en este informe cuentan ahora con leyes o decretos supremos sobre malaria, que en la mayoría de los países se declara un problema de interés, trascendencia o emergencia nacional; y en los demás, aunque la calificación no es tan explícita y terminante, se advierte en forma incuestionable el relieve y la significación que se pretende dar a la lucha antimalárica.

En el V Informe, se indicaba que Argentina, Brasil, Panamá, Perú y Venezuela tenían leyes completas sobre la materia, siendo la Argentina con su decreto reglamentario, la que disponía de la legislación más completa. En la actualidad muchos países, entre ellos Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua han promulgado disposiciones más avanzadas y completas involucrando concepciones nuevas de la estrategia antimalárica. Bolivia, Brasil, Colombia, Jamaica, Paraguay y Perú han remozado su legislación estableciendo normas que guardan consonancia con los medios y conceptos actuales.

La nota más relevante es la introducción del concepto de erradicación en vez del de control, en la legislación de 15 países, figurando en algunas leyes disposiciones tan avanzadas como la obligatoriedad de denunciar la construcción o habilitación de nuevas viviendas; de notificar los movimientos migratorios; de solicitar autorización para pintar o lavar paredes rociadas; y la prohibición de ocupar locales no rociados.

El nuevo sentido de estas disposiciones ha dejado a las obras clásicas de saneamiento del medio, la lucha antimalárica y la protección mecánica como un recuerdo de empeños y preocupaciones de otras épocas.

Sin embargo, en algunos pocos países y algunas otras unidades políticas, las disposiciones aplicables a la lucha antimalárica todavía están contenidas en leyes sobre enfermedades transmisibles en general, en códigos sanitarios, o en disposiciones diversas sobre control de insectos vectores. Pero este enfoque un tanto arcaico, ha pasado de la norma a la excepción.

Seis países requerían la obligatoriedad del uso de imagocidas a la fecha del V Informe. Actualmente son catorce los que exigen esta medida como obligatoria y en el resto, si bien no con carácter imperativo, se establece la utilización de insecticidas de acción residual y de cualquier otro método que la ciencia demuestre como efectivo para el fin propuesto.

La obligatoriedad de la denuncia de casos de paludismo ha merecido también una atención especial, estableciéndose un plazo de 24 horas en la legislación de 12 países; "inmediata" en un país y tres otras unidades políticas. En el resto el plazo es de siete días con excepción de Granada que establece 30. Nueve países imponen ahora la obligación de extraer muestras de sangre para la comprobación parasitológica contra dos en 1950. En cuanto a la obligatoriedad del enfermo para curarse, de dos se han elevado a diez los países que la estatuyen.

Algunos países como Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México y Venezuela en su empeño de prestar todas las facilidades necesarias, liberan de impuestos y derechos aduaneros a todo equipo y materiales destinados a erradicar la malaria y varios van más lejos disponiendo franquicia postal y telegráfica.

Trece países estipulan la provisión de medicamentos aunque sólo Argentina, Costa Rica, El Salvador y São Paulo reglamentan el control en su expendio y circulación.

La mayoría de las disposiciones legales analizadas, establecen la obligatoriedad de las autoridades, organizaciones y empresas públicas y particulares, asociaciones y habitantes en general, a cooperar en la erradicación de la malaria.

El cuadro 8 sumariza en forma comparativa los diversos aspectos de la legislación antimalárica en las Américas, habiéndose tomado las referencias de las últimas disposiciones legales así como de las anteriores que no han sido derogadas.

Cuadro 8

LEGISLACION COMPARADA SOBRE LUCHA ANTIMALARICA EN LAS AMERICAS, 1958

Tópico	Argentina	Bolivia	Brasil a)	São Paulo	Colombia	Costa Rica	Cuba	Ecuador	El Salvador	Guatemala	Haití	Honduras	México	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	Rep. Dominicana	Venezuela b)	Belice	Dominica	Granada	Guadalupe	Guayana Británica b)	Guayana Francesa	Jamaica	Santa Lucía	Surinam	Trinidad y Tabago	Zona del Canal de Panamá
Hay legislación especial	x	x	x	x	x	x	**	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	...	x	...
Obligación de combatir la malaria	x	x	x	x	x	x	**	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	x	-	x	x	-	x	...	x	...
Declaración de zonas maláricas	x	x	-	x	x	x	**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	x	-	x	-	-	-	-	-	-	...	x	...
Declaración de problema de interés nacional	x	x	-	-	x	x	**	-	x	x	x	x	x	x	x	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	...	-	...
Utilización del concepto de erradicación	-	x	x	-	x	x	**	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	...	-	...
Obligación de aplicar imagocidas	x	x	-	-	-	x	**	-	x	x	-	x	-	x	x	-	x	x	-	-	-	x	-	x	x	-	x	...	-	...
Obligación de permitir el acceso a viviendas	x	x	-	x	-	x	**	x	x	x	-	x	-	-	x	x	x	x	-	x	-	x	x	x	x	x	x	...	-	...
Obligación de dar medicamentos	x	x	x	x	-	x	**	x	-	x	x	x	-	x	-	x	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	x	...	-	...
Control de la circulación y expendio de medicamentos	x	-	-	x	-	x	**	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	...	-	...
Obligación de denunciar la construcción o habilitación de nuevas viviendas	x	-	x	-	-	-	**	-	-	x	x	-	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	...	-	...
Denuncia obligatoria de casos	x	x	x	x	x	x	**	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	x	-	x	x	...	-	...
Plazo en días	1	1	-	c)	-	1	**	c)	1	1	1	1	1	1	1	1	7	1	7	7	30	-	-	c)	-	c)	7	...	-	...
Con muestra de sangre	x	-	-	-	-	x	**	-	-	x	x	x	-	x	x	x	-	x	-	-	-	-	-	x	-	-	-	...	-	...
Obligación del enfermo de curarse	-	x	-	-	-	x	**	x	-	x	-	x	-	x	x	x	-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	...	-	...
Obligación del enfermo de dejarse extraer sangre	x	-	-	-	-	x	**	-	-	-	x	x	-	x	x	-	-	x	x	x	-	-	-	-	-	x	-	...	-	...
Sanciones	x	x	x	x	-	x	**	x	x	x	x	x	-	x	x	x	-	x	x	x	x	x	-	x	x	-	x	...	x	...
Obligación de autoridades, empresas y particulares a cooperar	x	x	-	x	x	x	**	x	x	x	x	x	-	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	...	-	...
Liberación de impuestos aduaneros	-	x	-	-	x	x	**	x	x	-	-	-	x	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	...	-	...
Obligación de rociado en aviones y embarcaciones	-	-	x	x	-	-	**	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	...	-	...
Franquicia en las comunicaciones	-	-	-	-	-	x	**	-	-	x	-	x	-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	...	-	...
Obligación de notificar para pintar o lavar locales rociados	-	-	-	-	-	x	**	-	-	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	...	-	...
Comunicación movimientos migratorios	x	x	x	-	-	x	**	-	-	x	-	x	-	x	-	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	...	-	...
Prohibición ocupar locales no rociados	-	-	-	-	-	x	**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	...	-	...
Obligacion de ejecutar obras de saneamiento ambiental	x	x	x	x	x	x	**	x	x	x	-	-	x	-	x	-	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	x	...	x	...

a) Excluído el Estado de São Paulo.
b) Información tomada del Informe V.
c) Denuncia inmediata pero sin indicar plazo.

x Sí.
- No.
** No se recibió informe.
... Datos no disponibles.

Personal

Un programa de erradicación de la malaria exige que todo el personal empleado en su ejecución trabaje a tiempo completo; de hecho son pues pocas las personas empleadas a tiempo parcial por cuya razón en el presente informe sólo se toma en cuenta el personal a tiempo completo.

La información contenida en el cuadro 9 tiene por objeto ofrecer una visión rápida y exacta de la mano de obra actualmente empleada o en adiestramiento, en marzo de 1958, y de la que se estima necesaria para la erradicación de la malaria en las Américas.

Cuadro 9

Personal Empleado, en Adiestramiento, y que se Estima Necesario, en las Américas, el 31 de marzo de 1958

Título	Empleados	En Adiestramiento	Vacantes
Total	11,709	214	3,139
Médicos	194	47	9
Ingenieros	90	44	4
Entomólogos	19	-	4
Entomólogos auxiliares	88	-	9
Microscopistas jefes	50	-	9
Microscopistas auxiliares	239	11	55
Administradores	58	-	9
Administradores auxiliares	322	1	30
Estadígrafos auxiliares	60	-	7
Oficiales de pagos	41	-	8
Encargados de almacén	76	-	19
Ayudantes de almacén	78	-	3
Dibujantes	69	-	23
Secretarios	364	-	69
Jefes de sector	332	34	56
Jefes de brigada	1,238	31	211
Rociadores	5,486	7	1,732
Inspectores de evaluación	89	18	37
Evaluadores	951	15	209
Mecánicos	87	-	26
Mecánicos auxiliares	95	-	27
Choferes	607	-	250
Conductores de lancha	55	-	70
Barqueros	3	-	74
Vigilantes y mensajeros	188	-	52
Operarios	454	-	15
Otros	376	6	122

Las categorías de personal que aparecen en el cuadro 9 tal vez no abarquen todas las personas empleadas en cada uno de los SNEM, pero no se ha omitido ninguna actividad de importancia. Las cifras comprenden la información procedente del Estado de São Paulo, pero no la del servicio federal de malaria de Brasil, que actualmente está convirtiendo su programa de control en programa de erradicación por etapas. Cuando entre en ejecución el programa de Brasil, las cifras del cuadro 9 aumentarán considerablemente. El programa de erradicación de Colombia, que se desarrolla rápidamente, necesitará 2,367 trabajadores de todas las categorías, y esta cifra constituye una parte importante de las 3,139 vacantes que aparecen el el cuadro. El número de operarios parece grande en comparación con otras categorías, pero de los 454 que figuran en el cuadro 9, 192 y 103 están empleados en los programas de México y Venezuela, respectivamente.

Ha de tenerse en cuenta que las funciones de una categoría dada pueden variar de un SNEM a otro. Por este motivo, la presentación de los datos se ha limitado al personal cuyas funciones se consideran comparables. El cuadro 10 se refiere a parte del personal técnico y profesional empleado el 31 de marzo de 1958. Hay, por supuesto, otro personal técnico y profesional que no aparece en el cuadro 10, por ejemplo los microscopistas, que figuran en el cuadro 12 referente a las actividades de evaluación.

El personal técnico o profesional que aparece en el cuadro 10 es el asignado a las oficinas centrales y a los servicios de campo, pero no se especifica su ubicación porque ésta depende de la estructura orgánica de cada SNEM y no refleja forzosamente el tiempo efectivo destinado al trabajo de campo. Es interestante, sin embargo, tener en cuenta la amplitud de las funciones de este personal en los SNEM. De los 178 médicos anotados, 79 intervienen en más de una operación, 68 se ocupan directamente de operaciones de evaluación, 30 de operaciones auxiliares y uno de rociamiento. Setenta y siete de los 90 ingenieros se ocupan únicamente de las operaciones de rociamiento, 9 intervienen en más de una operación y 4 se dedican a operaciones auxiliares. De los 108 entomólogos y sus auxiliares, 55 trabajan en operaciones de evaluación, 24 en operaciones auxiliares y 29 en más de una operación.

Los totales de las categorías de personal técnico y profesional que acaban de citarse pueden compararse con las cifras correspondientes a 1954, que aparecen en el V Informe. En aquella fecha trabajaban en los programas de erradicación de la malaria 196 médicos, 40 ingenieros, 34 entomólogos y 166 ayudantes de entomología.

Respecto a los médicos, debe señalarse que de los 196 mencionados en 1954, 67 eran de Brasil y 30 de los Estados Unidos de América. La cifra de 178 que figura en el cuadro 10 no comprende los médicos de los Estados Unidos de América; ni los de Brasil, cuya cifra no se posee en este momento pues está en la fase preparatoria de su programa. Puede decirse, pues, que la conversión del control a la erradicación ha doblado el número de médicos de los SNEM.

Cuadro 10

Personal Profesional y Técnico Empleado en los Programas de Erradicación de la Malaria en las Américas el 31 de marzo de 1958

País u Otra Unidad Política	Total Personal	Médicos	Ingenieros	Entomólogos	Ayudantes de Entomología
Total	376	178	90	20	88
Argentina	10	7	2	-	1
Bolivia	5	5	-	-	-
Brasil a)	...	...	...	...	...
São Paulo	25	7	-	1	17
Colombia	20	11	3	1	5
Costa Rica	5	1	2	1	1
Cuba	**	**	**	**	**
Ecuador	17	11	2	-	4
El Salvador	8	2	1	1	4
Guatemala	10	5	2	1	2
Haití	12	5	3	1	3
Honduras	3	2	-	1	-
México	140	60	59	3	18
Nicaragua	10	6	1	1	2
Panamá	8	1	1	2	4
Paraguay	5	3	1	1	-
Perú	26	13	6	1	6
República Dominicana	6	2	2	1	1
Venezuela	31	25	4	2	-
Otras Unidades Políticas					
Belice	1	1	-	-	-
Dominica	-	-	-	-	-
Granada	1	1	-	-	-
Guadalupe	2	1	-	1	-
Guayana Británica	3	1	-	-	2
Guayana Francesa	1	1	-	-	-
Jamaica	3	3	-	-	-
Santa Lucía	1	1	-	-	-
Surinam	1	1	-	-	-
Trinidad y Tabago	18	1	-	1	16
Zona del Canal de Panamá	4	1	1	-	2

a) Excluído el Estado de São Paulo.
- Ninguno.
... No se dispone de datos.
** No se ha recibido informe.

El aumento de 40 ingenieros en 1954 a 90 en 1958 será todavía mayor con los ingenieros que se emplearán en el programa de Brasil.

La aparente reducción de entomólogos y sus auxiliares de 200 en 1954 a 108 en 1958 se debe en gran parte a que Brasil, que contaba con 57 de esos trabajadores en 1954, no ha proporcionado todavía estos datos para su actual programa de erradicación. Además, 7 entomólogos del programa de los Estados Unidos de América que aparecían en 1954, no aparecen en el total de 1958, y 30 ayudantes de entomología que, en 1954, figuraban en el programa de Venezuela, no han sido incluídos en el cuadro 10.

En el cuadro 11 se presentan las otras categorías de personal empleado en las operaciones de rociamiento que no aparecen en el cuadro 10.

En suma, 7,724 personas se dedican actualmente a la tarea de colocar el insecticida en las paredes y hacen falta todavía 2,323 más, la mayor parte para el programa de Colombia. Hay, como promedio, de 4 a 5 rociadores por brigada y los jefes de sector son responsables de 4 brigadas. Estas proporciones dependen de factores administrativos y de operación y varían entre los países y dentro de éstos. Es necesario, debido a la necesidad de que el trabajo de rociamiento se efectúe con la mayor perfección posible, que se preste una especial atención a esta proporción, con el fin de asegurar que los supervisores puedan vigilar realmente en detalle la labor de los hombres que están bajo sus órdenes.

Los servicios de erradicación de la malaria cuentan con personal a tiempo completo para la recopilación de muestras de sangre en la búsqueda de casos de malaria. El número de este personal, así como el de supervisión y de microscopistas disponibles para el examen de las muestras de sangre, en el año 1958, aparece en el cuadro 12.

Un rasgo interesante de este cuadro son las cifras referentes a Venezuela. De las 1,390 personas empleadas en esta fase del porgrama por los países y otras unidades políticas que figuran en el cuadro 12, corresponden a Venezuela 444, o sea, 31.9 por ciento. De estas 444, 361 son evaluadores, es decir, 37.9 por ciento del total de 953 evaluadores anotados en el cuadro (excluído Brasil). Una idea de la importancia dada en Venezuela a las operaciones de evaluación se tendrá comparando, en primer lugar, la relación entre el número de evaluadores y el de rociadores empleados en el programa, y, en segundo lugar la relación entre el número de evaluadores y la cifra de población del área en la que ocurre la transmisión de la malaria. El cuadro 11 indica que el SNEM de Venezuela empleó a 513 rociadores, es decir, que hay dos evaluadores por cada tres rociadores. La población en el área bajo vigilancia y en la que todavía está presente la malaria es de 1,414,000 personas, o sea, que hay un evaluador por cada 3,900 personas.

Cuadro 11

PERSONAL DE CAMPO EMPLEADO EN LAS OPERACIONES DE ROCIAMIENTO EN LOS PROGRAMAS DE ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS, EN 1958

País u Otra Unidad Política	Total			Jefes Sector			Jefes Brigada			Rociadores			Motoristas Carros			Motoristas Lanchas		
	Puestos ocupados	Número de vacantes	En adiestramiento	Puestos ocupados	Número de vacantes	En adiestramiento	Puestos ocupados	Número de vacantes	En adiestramiento	Puestos ocupados	Número de vacantes	En adiestrameinto	Puestos ocupados	Número de vacantes	En adiestramiento	Puestos ocupados	Número de vacantes	En adiestramiento
Total	7,724	2,323	75	330	56	34	1,236	212	31	5,497	1.735	7	606	250	-	55	70	-
Argentina	160	18	-	9	-	-	29	2	-	86	7	-	36	9	-	-	-	-
Bolivia	38	278	-	10	22	-	-	24	-	24	192	-	4	33	-	-	7	-
Brasil a)	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
São Paulo	360	13	-	13	-	-	54	-	-	254	10	-	38	3	-	1	-	-
Colombia	96	1,825	27	-	31	27	22	153	-	34	1,384	-	31	194	-	9	63	-
Costa Rica	108	2	2	3	-	-	12	2	2	80	-		13	-	-	-	-	-
Cuba	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Ecuador	256	-	-	14	-	-	41	-	-	181	-	-	16	-	-	4	-	-
El Salvador	308	-	4	8	-	4	49	-	-	204	-	-	46	-	-	1	-	-
Guatemala	255	-	-	8	-	-	34	-	-	172	-	-	40	-	-	1	-	-
Haití	359	4	-	15	-	-	74	-	-	249	4	-	21	-	-	-	-	-
Honduras	201	76	13	8	-	3	31	7	3	138	59	7	22	10	-	2	-	-
México	2,884	102	-	111	3	-	520	23	-	2,214	76	-	33	-	-	6	-	-
Nicaragua	142	-	-	5	-	-	19	-	-	93	-	-	20	-	-	5	-	-
Panamá	149	-	-	6	-	-	25	-	-	113	-	-	5	-	-	-	-	-
Paraguay	129	-	-	4	-	-	16	-	-	83	-	-	24	-	-	2	-	-
Perú	689	-	-	18	-	-	96	-	-	480	-	-	95	-	-	-	-	-
República Dominicana	181	-	26	6	-	-	26	-	26	134	-	-	15	-	-	-	-	-
Venezuela	712	-	-	48	-	-	84	-	-	513	-	-	60	-	-	7	-	-
Otras Unidades Políticas																		
Belice	53	-	-	8	-	-	10	-	-	30	-	-	4	-	-	1	-	-
Dominica	16	1	-	1	-	-	2	-	-	12	-	-	1	1	-	-	-	-
Granada	15	-	-	1	-	-	2	-	-	10	-	-	2	-	-	-	-	-
Guadalupe	40	-	-	1	-	-	6	-	-	30	-	-	3	-	-	-	-	-
Guayana Británica	57	4	-	-	-	-	7	1	-	44	3	-	4	-	-	2	-	-
Guayana Francesa	19	-	-	6	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	240	-	-	16	-	-	33	-	-	149	-	-	42	-	-	-	-	-
Santa Lucía	22	-	-	2	-	-	4	-	-	16	-	-	-	-	-	-	-	-
Surinam	79	-	-	4	-	-	12	-	-	48	-	-	4	-	-	11	-	-
Trinidad y Tabago	125	-	-	3	-	-	18	-	-	78	-	-	25	-	-	1	-	-
Zona del Canal de Panamá	31	-	-	2	-	-	10	-	-	15	-	-	2	-	-	2	-	-

a) Excluído el Estado de São Paulo.

- Nada.
... Datos no disponibles.
** No se recibió informe.

Cuadro 12

PERSONAL EMPLEADO EN LAS OPERACIONES DE EVALUACION DE LOS PROGRAMAS DE ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS, EL 31 DE MARZO DE 1958

País u Otra Unidad Política	Total			Inspectores Evaluación			Evaluadores			Microscopistas		
	Puestos ocupados	Número de vacantes	En adiestramiento	Puestos ocupados	Número de vacantes	En adiestramiento	Puestos ocupados	Número de vacantes	En adiestramiento	Puestos ocupados	Número de vacantes	En adiestramiento
Total	1,390	585	44	147	37	18	953	484	15	290	64	11
Argentina	108	10	-	19	-	-	74	6	-	15	4	-
Bolivia	5	30	2	-	-	-	-	22	-	5	8	2
Brasil a)	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
São Paulo	24	4	-	-	-	-	-	-	-	24	4	-
Colombia	88	183	18	-	32	18	63	120	-	25	31	-
Costa Rica	20	3	4	3	1	-	12	2	4	5	-	-
Cuba	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Ecuador	47	-	-	-	-	-	33	-	-	14	-	-
El Salvador	34	-	-	4	-	-	25	-	-	5	-	-
Guatemala	37	-	-	1	-	-	20	-	-	16	-	-
Haití	63	52	-	3	3	-	57	49	-	3	-	-
Honduras	32	16	6	-	-	-	17	10	-	15	6	6
México	154	277	-	58 b)	-	-	57	275	-	39	2	-
Nicaragua	26	-	-	-	-	-	19	-	-	7	-	-
Panamá	38	-	-	2	-	-	25	-	-	11	-	-
Paraguay	16	-	-	6	-	-	-	-	-	10	-	-
Perú	31	9	-	-	-	-	20	-	-	11	9	-
República Dominicana	18	-	13	-	-	-	13	-	11	5	-	2
Venezuela	444	-	-	40	-	-	361	-	-	43	-	-
Otras Unidades Políticas												
Belice	96	-	-	7	-	-	85	-	-	4	-	-
Dominica	2	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Granada	4	-	1	-	-	-	3	-	-	1	-	1
Guadalupe	5	-	-	-	-	-	2	-	-	3	-	-
Guayana Británica	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-
Guayana Francesa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	40	-	-	-	-	-	26	-	-	14	-	-
Santa Lucía	4	-	-	-	-	-	3	-	-	1	-	-
Surinam	9	1	-	1	1	-	5	-	-	3	-	-
Trinidad y Tabago	39	-	-	1	-	-	31	-	-	7	-	-
Zona del Canal de Panamá	4	-	-	2	-	-	-	-	-	2	-	-

a) Excluído el Estado de São Paulo.
b) Médicos.

- Nada.
** No se recibió informe.
... Datos no disponibles.

Argentina cuenta también con una fuerte proporción de evaluadores en relación con el volumen de su programa. Hay casi tantos evaluadores como rociadores y un evaluador por cada 16,600 personas en el área en que la malaria está todavía presente o bajo vigilancia.

Es interesante señalar que México emplea a 58 médicos como inspectores de evaluación y que cuando se llenen las 275 vacantes de evaluadores, este país contará con un considerable grupo de personal para esta importante fase de las operaciones de erradicación de la malaria.

Hay ciertas diferencias entre los países en lo que respecta a los antecedentes y al adiestramiento de los evaluadores y sus supervisores, y en algunos programas las funciones de este personal comprenden otras actividades además de la recopilación de muestras de sangre de personas febriles o con una historia de fiebre. Según se ha indicado anteriormente, hay además médicos dedicados al planeamiento, organización y supervisión del trabajo del personal empleado en las operaciones de evaluación.

Aspectos Presupuestarios de la Erradicación de la Malaria

Un programa de erradicación de la malaria cuyo éxito o fracaso se mide en relación con la desaparición total de la transmisión, ha de contar plenamente con los recursos financieros necesarios; la menor insuficiencia de medios conducirá al fracaso. Desde el punto de vista financiero, el período más crítico es el de la cobertura total por rociamiento.

El cuadro 13 muestra las necesidades anuales para cubrir los costos nacionales de los programas de erradicación de la malaria, junto con las asignaciones presupuestarias o, para 1958, las obligaciones presupuestarias a partir del año de iniciación de la cobertura total. También se indican los presupuestos de los períodos de control y de la fase de pre-erradicación, pero sin estimación de las necesidades. El examen de este cuadro pone de relieve que de los tres programas que en 1956 iniciaron la cobertura total y de los diez que lo hicieron en 1957, todos excepto uno (Nicaragua 1957) contaron con asignaciones presupuestarias apropiadas. Se prevé que al terminar el año 1958 todos los programas, excepto tres, habrán iniciado la cobertura total. En algunos países, los recursos pueden ser insuficientes para cumplir las obligaciones nacionales. Con el fin de obviar esta dificultad, la Administración de Cooperación Internacional ha asignado fondos destinados a complementar los recursos nacionales. Las notas que acompañan el cuadro indican cuáles son estos países. El cuadro 14 presenta las asignaciones hechas por la ACI.

Este mismo cuadro señala el valor financiero de la participación internacional (OSP/OMS, UNICEF y ACI) en los programas antimaláricos,

Cuadro 13

NECESIDADES ESTIMADAS Y PRESUPUESTOS NACIONALES* PARA LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS, 1956-1958

País u Otra Unidad Política	Fecha de iniciación de la cobertura total	1956		1957		1958	
		Necesidades estimadas	Presupuesto nacional	Necesidades estimadas	Presupuesto nacional	Necesidades estimadas	Compromisos nacionales
Argentina	Sept. 1949	...	210,878	...	348,886	...	...
Bolivia	1 Julio 1958	...	...	...	81,300 a)	395,455	395,455 b)
Brasil c)	Ene. 1959	...	2,944,741 a)	...	2,258,290 a)	...	...
São Paulo	1 Sept. 1958	...	...	...	...	...	...
Colombia	8 Sept. 1958	...	840,235 a)	...	747,575 a)	2,566,667	2,066,667
Costa Rica	15 Julio 1957	...	181,818 a)	246,913	246,913	246,913	246,913
Cuba	**	**	**	**	**	**	**
Ecuador	18 Mar. 1957	...	274,576 a)	351,507	433,664 d)	576,933	510,267
El Salvador	1 Julio 1956	470,479	461,753 d)	497,600 e)	530,208 d)	564,800	564,800
Guatemala	1 Agto. 1956	480,000	448,706	480,000	480,000	655,000 e)	655,000 f)
Haití	Sept. 1958	...	144,532 a)	...	340,486 a)	788,322	596,322 g)
Honduras	Ene. 1958	...	165,000 a)	...	318,110 a)	375,000	318,000 f)
México	2 Ene. 1957	...	2,400,000 a)	2,400,000 e)	4,160,000	4,160,000	4,160,000
Nicaragua	11 Nov. 1957h)	...	175,764 a)	245,857 e)	207,807	259,537 e)	259,537 f)
Panamá	19 Agto. 1957	...	246,310 a)	446,657 e)	456,052	428,304	428,304
Paraguay	30 Oct. 1957	...	16,000 a)	233,334	130,841	266,667 e)	266,667 f)
Perú	15 Nov. 1957	...	...	1,068,186	525,862 i)	1,175,500	1,175,500
República Dominicana	1 Julio 1958	...	379,060 a)	...	379,060 a)	450,000	450,000 j)
Venezuela	1950	...	4,321,014	...	7,140,154	...	...
Otras Unidades Políticas							
Belice	4 Feb. 1957	...	35,386 a)	20,068	37,330 d)	38,500	38,500
Dominica	Ene. 1959	...	2,059 a)	...	2,059 a)	1,941 a)	1,941 a)
Granada	Feb. 1957	...	16,962 a)	13,860 e)	19,344	15,912	15,912
Guadalupe	1957	...	90,803 a)	...	100,977	...	...
Guayana Británica	Ene. 1947k)	...	91,296	...	86,481	...	...
Guayana Francesa	Mayo 1948 l)	...	78,853	...	105,878	...	...
Jamaica	Ene. 1958	...	239,389 a)	...	277,778 a)	332,157 e)	332,157 f)
Santa Lucía	1 Julio 1956	22,308	17,595	22,308	17,440	22,308	22,308
Surinam	2 Mayo 1958	...	60,526 a)	...	60,526 a)	129,475	129,475
Trinidad y Tabago	Ene. 1958	...	284,338 a)	...	285,294 a)	248,658	248,658
Zona del Canal de Panamá	...	...	...	...	50,000	...	...

a) Período de preparación.
b) Proporcionado conjuntamente por el Gobierno y la A.C.I. (véase el Cuadro 14).
c) Excluído el Estado de São Paulo.
d) Basado en informes sobre los gastos.
e) Estimación original aumentada posteriormente.
f) Se completará con la colaboración de A. C. I. (véase el Cuadro 14).
g) Se cumplirá con la colaboración de la OSPA.
h) Programa temporalmente interrumpido.
i) Unicamente Perú occidental.
j) Compromisos contenidos en el plan de operaciones.
k) Se refiere solamente a las zonas costaneras.
l) Reimportación en 1954, rociamiento comenzado de nuevo.

* Todas las cantidades se expresan en dólares (EUA).
... Datos no disponibles.
** No se recibió informe.

Cuadro 14

APORTACIONES INTERNACIONALES* A LOS PROGRAMAS DE MALARIA EN LAS AMERICAS, 1956-1958

País u Otra Unidad Política	Fecha de iniciación de la cobertura total	1956			1957			1958			
		OSPA/FEM	AT/OMS	UNICEF ≠	OSPA/FEM	AT/OMS	UNICEF ≠	OSPA/FEM	AT/OMS	UNICEF ≠	A C I (EUA) (Año fiscal) a)
Total		-	193,868	512,100	510,540	169,944	4,148,300	1,060,470	235,367	5,956,900	3,012,000
Argentina	Sept. 1949	-	-	-	9,692	-	-	11,453	-	-	-
Bolivia	1 Julio 1958	-	10,995 b)	-	-	11,222 b)	-	46,910	13,849	256,000	450,000c)
Brasil d)	Ene. 1959	-	-	-	13,737 b)	-	-	-	-	-	} 1,490,000e)
São Paulo	1 Sept. 1958	-	-	-	-	-	-	31,432	-	-	
Colombia	8 Sept. 1958	-	10,000 b)	40,000 b)	59,260 b)	10,575 b)	-	100,032	15,603	1,142,000	500,000e)
Costa Rica	15 Julio 1957	-	1,000 b)	-	16,510	2,000	96,100	22,583	-	48,000	-
Cuba	**	-	-	-	-	9,836 b)	-	-	-	-	-
Ecuador	18 Mar. 1957	-	-	-	14,236	9,205	277,000	36,522	26,213	127,000	100,000e)
El Salvador	1 Julio 1956	-	5,000	105,000	20,891	5,000	180,600	44,068	23,306	151,000	-
Guatemala	1 Agto. 1956	-	17,000	254,000	13,567	10,051	137,500	39,163	15,985	198,000	50,000c)
Haití	Sept. 1958	-	15,000 b)	-	42,400 b)	15,000 b)	-	259,910	19,319	170,000	75,000e)
Honduras	Ene. 1958	-	5,000 b)	-	13,302 b)	5,000 b)	-	15,875	11,876	207,000	150,000c)
México	2 Ene. 1957	-	28,524 b)	-	99,183	30,423	2,400,000	117,932	51,976	2,625,000	-
Nicaragua	11 Nov. 1957 f)	-	5,000 b)	-	27,558	5,000	167,000	25,228	6,922	-	100,000c)e)
Panamá	19 Agto. 1957	-	12,000 b)	-	15,615	12,368	148,000	26,189	18,292	86,000	-
Paraguay	30 Oct. 1957	-	1,825 b)	-	23,203	-	146,000	25,373	14,125	87,000	85,000c)e)
Perú	15 Nov. 1957	-	28,524 b)	-	49,670	4,264	514,000	60,321	17,901	404,000	-
República Dominicana	1 Julio 1958	-	5,000 b)	62,000 b)	30,106 b)	5,000 b)	-	74,416	-	108,000	-
Venezuela	1950	-	-	-	-	-	-	2,070	-	-	-
Otras Unidades Políticas											
Belice	4 Feb. 1957	-	1,000 b)	-	2,348	1,000	18,700	4,380	-	8,000	-
Dominica	Ene. 1959	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Granada	Feb. 1957	-	12,000 b)	-	-	12,000	4,400	10,225	-	5,000	-
Guadalupe	1957	-	-	-	897	-	-	7,271	-	-	-
Guayana Británica	Ene. 1947 g)	-	-	-	-	-	-	1,580	-	-	-
Guayana Francesa	Mayo 1948 h)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	Ene. 1958	-	-	-	24,466 b)	-	-	44,516	-	204,600	12,000c)
Santa Lucía	1 Julio 1956	-	12,000	8,600	5,127	12,000	6,500	10,328	-	-	-
Surinam	2 Mayo 1958	-	12,000 b)	-	4,108 b)	5,000 b)	-	35,232	-	22,300	-
Trinidad y Tabago	Ene. 1958	-	12,000 b)	42,500 b)	24,664 b)	5,000 b)	52,500 b)	7,461	-	108,000	-
Zona del Canal de Panamá	...	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

a) El año fiscal de la ACI no coincide forzosamente con los años fiscales de los países respectivos.
b) Período de preparación.
c) Costos locales
d) Excluído el Estado de São Paulo.
e) Suministros importados.
f) Programa temporalmente interrumpido.
g) Se refiere solamente a las zonas costaneras.
h) Reimportación en 1954, rociamiento comenzado de nuevo.
* Todas las cantidades se expresan en dólares (EUA).
≠ La aportación del UNICEF se anota en el año en que se hace efectiva, aun cuando la asignación pudo hacerse en años anteriores.

- Nada.
** No se recibió informe.
... Datos no disponibles.

tanto en el período preparatorio para la erradicación como en el de cobertura total. La participación internacional consiste primordialmente en servicios de asesoramiento técnico y de adiestramiento y en suministros importados. Esta colaboración, como se indica más abajo, puede también, en ciertos casos, complementar los recursos nacionales para hacer frente a los costos locales.

La participación de la OSP/OMS se financía con fondos de la AT/OMS (personal técnico y becas) y con fondos del Fondo Especial de la OSPA para la Erradicación de la Malaria (personal técnico, becas, suministros y equipo importados, principalmente drogas antimaláricas, equipo de protección y suministros de laboratorio).

Las cifras correspondientes a la OSP/OMS que figuran en el cuadro 14 comprenden sólo la participación en los proyectos de los países, pero son también importantes las actividades regionales en materia de adiestramiento, investigación general, investigaciones de campo, seminarios y asesoramiento técnico especializado, además de los servicios proporcionados por el personal de la sede y de las oficinas de zona. Las siguientes cifras indican los costos totales atribuídos específicamente a las actividades antimaláricas, pero no comprenden ninguna estimación de la parte del tiempo dedicado a los programas antimaláricos por el personal directivo y administrativo de la sede y las zonas:

	1956 $EUA	1957 $EUA	1958 $EUA
OSPA/Presupuesto Ordinario	97,418	133,212	92,409
OSPA/Fondo Especial Malaria	-	922,345	2,000,000
AT/OMS	193,868	169,944	235,367

El UNICEF participa proporcionando suministros importados, principalmente insecticidas, vehículos, bombas de rociamiento y equipo de laboratorio.

La participación de la ACI puede comprender, según las circunstancias, suministros y equipo importados o cooperación en el pago de los costos locales. En los países en que no participa el UNICEF (por ejemplo Brasil) o en que las estimaciones revisadas señalan que las necesidades son superiores a los compromisos adquiridos por UNICEF con sus fondos disponibles (por ejemplo Colombia) ACI ha proporcionado suministros importados.

En suma, los cuadros 13 y 14 indican que el total de los recursos nacionales e internacionales, disponibles o comprometidos, parecen ser suficientes para ejecutar las campañas iniciadas o que se iniciarán antes de finalizar 1958, a condición de que se mantenga el nivel de las asignaciones o de las aportaciones en ambas fuentes de fondos.

En tres áreas (Brasil, Cuba y Dominica) no se iniciará en 1958 la cobertura total por rociamiento. No se han establecido los planes futuros para Cuba. Brasil, debido a su extensión y características físicas, presenta problemas especiales que exigen tipos distintos de campaña para las diferentes partes del país. El programa de Brasil se ejecutará por etapas graduales y, en consecuencia, las necesidades financieras se extenderán a un período más largo que en otros países. Los planes para Dominica están muy avanzados y es posible que la cobertura total se inicie antes de 1959.

Si bien los cuadros que se acaban de describir son los únicos necesarios para analizar la adecuación de los recursos para el éxito de la erradicación, se estima conveniente presentar información adicional sobre el desarrollo de las actividades nacionales antimaláricas dentro del marco del programa general de salud pública. El cuadro 15 indica la parte de los presupuestos nacionales dedicada a las campañas antimaláricas en el período 1954-1957 y la relación de estos fondos con el presupuesto total de salud pública en el mismo período.

En la mayoría de los países los años 1954, 1955 y 1956 estuvieron dedicados a la continuación de las actividades de control y a los preparativos de la erradicación. El profundo cambio que la conversión del control en erradicación lleva consigo, se refleja en el aumento correspondiente del porcentaje dedicado a las actividades antimaláricas.

Operaciones de Campo

La conversión de los programas de control en los de erradicación ha tenido por resultado la cesación casi completa de las operaciones antilarvales y la de los trabajos de ingeniería relacionados con ellas. Sólo en un país y en seis otras unidades políticas los SNEM continúan desarrollando actividades antilarvales pero que no tienen por objetivo la erradicación de la malaria. Como la interrupción de la transmisión de la malaria se basa fundamentalmente en la aplicación intensiva de imagocidas de acción residual, complementada donde sea necesario con el empleo de modernas drogas antimaláricas, el presente informe se referirá sólo a las operaciones con insecticidas (rociamiento) y con drogas, además de las correspondientes actividades epidemiológicas.

Operaciones de rociamiento

El rociamiento, como todas las demás operaciones de un programa de erradicación de la malaria, ha de evaluarse tomando como base el trabajo que queda por hacer y no el que se ha realizado.

En la mayoría de los SNEM, planea, ejecuta y supervisa las operaciones de rociamiento una oficina o departamento especial que, con escasas excepciones, está dirigido por ingenieros que dependen directamente del jefe ejecutivo nacional o de la zona.

Cuadro 15

PRESUPUESTOS PARA SALUD PUBLICA Y LUCHA ANTIMALARICA EN LAS AMERICAS, 1954-1957

País u Otra Unidad Política	Unidad monetaria	Asignaciones en Moneda Nacional											
		1954			1955			1956			1957		
		Total presupuesto para salud pública	Total específico para lucha antimalárica	Por ciento	Total presupuesto para salud pública	Total específico para lucha antimalárica	Por ciento	Total presupuesto para salud pública	Total específico para lucha antimalárica	Por ciento	Total presupuesto para salud pública	Total específico para lucha antimalárica	Por ciento
Argentina	Peso	589,474,500	6,894,500	1.2	930,376,700	8,435,100	0.9	1,250,706,700	8,435,100	0.7	1,259,188,000	14,129,900	1.1
Bolivia	Boliviano	...	...	...	...	...	...	...	...	...	10,092,997,590	642,274,283	6.4
Brasil a)	Cruzeiro	...	233,892,910	...	...	250,302,970	...	...	250,302,970	...	...	164,855,160	...
São Paulo	Cruzeiro	1,772,569,782	...	...	2,165,081,831	...	...	2,368,733,873	...	...	2,995,713,739	...	...
Colombia	Peso	42,285,626	2,558,000	6.0	41,925,436	2,663,000	6.4	46,080,900	4,033,126	8.8	45,700,000	4,485,451	9.8
Costa Rica	Colón	9,021,509	674,800	7.5	9,128,186	734,601	8.0	10,406,763	1,200,000	11.5	10,416,933	1,400,000	13.4
Cuba	Peso	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Ecuador	Sucre	20,984,800	3,800,000	18.1	24,007,890	3,800,000	15.8	24,679,920	4,805,078	19.5	24,975,000	6,776,404	27.1
El Salvador	Colón	15,200,000	640,000	4.2	16,155,000	1,150,000	7.1	13,100,000	1,130,000	8.6	16,853,950	1,184,000	7.0
Guatemala	Quetzal	...	...	...	7,894,551	303,282	3.8	9,038,350	448,706	5.0	9,782,746	480,000	4.9
Haití	Gourde	18,578,145	310,645	1.7	18,947,542	486,408	2.6	18,103,892	722,658	4.0	19,208,837	1,702,430	8.9
Honduras	Lempira	4,291,759	200,000	4.7	4,634,399	230,000	5.0	6,640,579	330,000	5.0	7,410,007	636,220	8.6
México	Peso	219,900,000	...	...	255,200,000	2,500,000	1.0	314,500,000	30,000,000	9.5	381,900,000	52,000,000	13.6
Nicaragua	Córdoba	7,763,970	1,039,700	13.4	8,408,906	1,117,650	13.3	9,045,102	1,230,350	13.6	9,185,217	1,454,650	15.8
Panamá	Balboa	4,926,814	170,660	3.5	5,450,860	201,720	3.7	8,045,304	246,310	3.1	10,373,330	456,052	4.4
Paraguay	Guaraní	25,934,340	900,000	3.5	53,820,760	...	...	70,240,000	2,000,000	2.8	118,786,608	14,000,000	11.8
Perú	Sol	...	...	...	...	...	...	...	...	...	497,120,115	9,991,371	2.0
República Dominicana	Peso	5,410,969	124,740	2.3	4,052,544	234,060	5.8	4,736,622	379,060	8.0	6,970,052	379,060	5.4
Venezuela	Bolívar	165,300,000	15,034,480	9.1	177,023,065	14,980,668	8.5	184,118,768	14,691,448	8.0	206,440,644	24,276,523	11.8
Otras Unidades Políticas													
Belice	Dólar (BH)	415,176	39,870	9.6	419,540	40,491	9.7	425,741	49,540	11.6	500,996	53,328	10.6
Dominica	Dólar (BWI)	24,136	3,000	12.4	26,381	3,000	11.4	33,182	3,500	10.5	39,463	3,500	8.9
Granada	Dólar (BWI)	622,555	23,700	3.8	721,208	19,835	2.8	637,939	28,835	4.5	722,198	32,885	4.6
Guadalupe	Franco	...	...	...	151,244,000	31,585,000	20.9	180,319,000	31,781,000	17.6	216,635,000	35,342	16.3
Guayana Británica	Dólar (BG)	4,967,814	178,418	3.6	4,634,786	168,393	3.6	4,241,618	155,204	3.7	5,477,793	147,018	2.7
Guayana Francesa	Franco	118,528, 714	20,415,685	17.2	151,459,846	26,468,563	17.5	137,702,719	27,598,610	20.0	182,773,776	37,057,146	20.3
Jamaica	Lib. (Est.)	1,890,311	76,769	4.1	2,133,187	93,401	4.4	2,342,761	86,180	3.7	2,484,635	100,000	4.0
Santa Lucía	Dólar (BWI)	316,737	22,078	7.0	388,047	35,558	9.2	399,856	29,912	7.5	483,644	29,648	6.1
Surinam	Florín	6,128,280	115,000	1.9	6,367,997	115,000	1.8	6,614,640	115,000	1.7	7,477,905	115,000	1.5
Trinidad y Tabago	Dólar (BWI)	8,026,168	450,993	5.6	8,722,693	480,374	5.5	10,236,850	483,374	4.7	11,322,070	485,000	4.3
Zona del Canal de Panamá	Dólar (USA)	...	...	...	...	...	...	...	...	...	6,148,200	50,000	0.8

a) Excluído el Estado de São Paulo.
... Datos no disponibles.
** No se recibió informe.

Las técnicas de rociamiento del interior de las casas difieren según los hábitos de reposo, después de la ingestión, que presentan las especies vectoras prevalecientes. La regla general consiste en rociar todas las superficies del interior, muros y techos, hasta una altura de 3.5 metros, altura que un rociador puede alcanzar desde el suelo empleando equipo estándar. También se rocían todas las superficies de los muebles que pueden servir a los mosquitos como lugares de reposo.

Los dos insecticidas usados generalmente son el DDT y el dieldrín, primordialmente en formulaciones de polvos humectables (75% y 50% respectivamente), con dosis por metro cuadrado de 2 g para el DDT técnico y de 0.6 g para el dieldrín técnico. En la Guayana Francesa se usa también el BHC en pequeña escala.

Por regla general, se rocía con DDT dos veces al año, y una sola vez con dieldrín. Sin embargo, existen varias excepciones en las que se aplica el DDT una sola vez al año; o se rocía tres veces como en Guadalupe, y hasta cuatro veces en ciertas áreas de Venezuela.

El cuadro 16 resume los datos sobre el número de casas que se proyectó rociar en 1957, el número de las que se rociaron efectivamente, las cantidades aproximadas de insecticidas que se usaron y la fecha en que se dio comienzo a la cobertura total. Pocas conclusiones pueden derivarse de este cuadro, tanto más cuanto que presenta cifras referentes a programas antimaláricos que se encuentran en fases muy distintas: (a) programas de erradicación que llevan un año o más de cobertura total, como los de Argentina, El Salvador, Guatemala, México, Guadalupe y Santa Lucía; (b) programas de erradicación que llevan menos de un año de cobertura total, como los de Costa Rica, Ecuador, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Belice y Granada; (c) programas de erradicación en su fase preparatoria, como los de Bolivia, Colombia, Haití, Honduras, República Dominicana, Jamaica, Surinam y Trinidad; y (d) programas de control todavía en ejecución, como los de Brasil, Cuba y Dominica. Los datos más significativos son los referentes al número de casas efectivamente rociadas en comparación con la cifra calculada. Se estableció ésta última dividiendo la población estimada de 1957 por el promedio de habitantes por casa; pero como resultado del reconocimiento geográfico, en el curso del cual se numeraron las casas, la cifra total resultó siempre más elevada. Esta discrepancia aumenta con el transcurso del tiempo debido a la construcción de nuevas casas, y esto ocurre con frecuencia a un ritmo más rápido que el previsto a causa de la migración procedente de zonas no maláricas que es, a su vez, efecto de las garantías sanitarias que proporciona la campaña de erradicación.

La estructura de las organizaciones periféricas para las operaciones de rociamiento y la composición de las brigadas de rociamiento no han sufrido cambios importantes, con posterioridad a la detallada descripción que aparece en el V Informe.

Cuadro 16

CASAS ROCIADAS E INSECTICIDAS USADOS EN LA CAMPAÑA ANTIMALARICA EN LAS AMERICAS, 1957

País y Otra Unidad Política	Frecuencia de los rociados por año	Número de casas		Tipo y cantidad de insecticida usado			Fecha de iniciación de la cobertura total
		Planeadas	Rociadas efectivamente	DDT, grado técnico en Kg.	Dieldrin, grado técnico en Kg.	Otro en Kg.	
Argentina	Una	14,203	20,681	34,519	-	-	Sept. 1949
	Dos	44,995	41,155				
Bolivia	...	...	...	...	...	...	1 Julio 1958
Brasil a)	...	...	1,722,741	1,005,570	-	-	Enero 1959
São Paulo	...	535,889	...	40,900	-	-	1 Sept. 1958
Colombia	Una	135,450	132,480	62,880	-	-	8 Sept. 1958
Costa Rica	Una	-	42,969	21,650	-	-	15 Julio 1957
	Dos	67,059	-				
Cuba	**	**	**	**	**	**	**
Ecuador	Una	245,950	257,102	29,160	25,380	-	18 Mar. 1957
	Dos	40,996	18,927				
El Salvador	Una	181,348	191,284	151,670	28,630	-	1 Julio 1956
	Dos	115,366	126,329				
Guatemala	Una	272,177	290,352	-	33,280	393 Dieldrex100%	1 Agto. 1956
Haití	Una	771,996	13,638	-	1,600	-	Sept. 1958
Honduras	...	...	...	...	...	...	Enero 1958
México	Una	258,714	459,064	1,710,380	67,000	-	2 Enero 1957
	Dos	2,103,971	2,298,952				
Nicaragua	Una	26,400	15,521	-	2,120	-	11 Nov. 1957 b)
Panamá	Una	70,122	53,431	-	6,970	-	19 Agto. 1957
Paraguay	Una	16,205	16,291	-	1,760	-	30 Oct. 1957
Perú	Una	323,015	294,570	108.190	-	-	15 Nov. 1957
	Dos	35,160	4,290				
República Dominicana	...	...	...	...	...	...	1 Julio 1958
Venezuela	Dos	129,287	128,900	106,644	117,902	-	1950
Otras Unidades Políticas							
Belice	Una	17,655	17,082	-	2,160	-	4 Feb. 1957
Dominica	Una	3,382	3,182	474	-	459 BHC	Enero 1959
Granada	Una	7,129	7,237	3,750	-	-	Feb. 1957
	Dos	6,586	6,193				
Guadalupe	Una	19,987	19,525	13,915	-	-	1957
	Dos	12,181	12,170				
	Tres	482					
Guayana Británica	Una	9,132	7,509	3,245	-	-	Enero 1947 c)
Guayana Francesa	Una	14,000	12,073	3,950	-	544 BHC 7.5 %	Mayo 1948 d)
Jamaica	Una	-	121,837	27,400	-	-	Enero 1958
	Dos	140,000	30,243				
Santa Lucía	Dos	12,800	12,200	4,950	-	-	Julio 1956
Surinam	Una	24,673	24,673	18,460	46	13 BHC	2 Mayo 1958
	Dos	2,586	2,586				
Trinidad y Tabago	Una	116,000	103,059	30,390	4,310	-	Enero 1958
	Dos	...	5,364				
Zona del Canal de Panamá	Dos	...	518	...	...	...	...

a) Excluído el Estado de São Paulo.
b) Programa temporalmente interrumpido.
c) Se refiere solamente a las zonas costaneras.
d) Reimportación en 1954, rociamiento comenzado de nuevo.

\- Nada.
** No se recibió informe.
... Datos no disponibles.

Ha aumentado considerablemente el número de las brigadas en funciones, debido a la intensificación de la campaña en varios países y otras unidades políticas. El cuadro 17 refleja la situación a finales de 1957. El número de brigadas montadas, de las que se trasladan a pie y de las que utilizan más de una clase de medios de transporte, son datos interesantes que se encuentran en el mismo cuadro 17. En México, por ejemplo, son 249 las brigadas montadas, 123 las que se trasladan a pie y 161 las que utilizan vehículos de motor. En Colombia las brigadas montadas son también más numerosas que las motorizadas. Tal es el cuadro de la erradicación. No hay área con transmisión de la malaria que sea inaccesible para la cobertura total y, como puede verse, se llegará a todas las casas de las Américas que se ha proyectado rociar, cuando no en automóvil, en lancha o canoa, a caballo o a pie.

En la mayoría de los países el rociamiento se efectúa durante todo el año, pero en algunos se tiende a concentrarlo en un período más breve. En la mayoría de los países el equipo estándar consiste en rociadores de presión, construídos según las normas establecidas por el Comité de Expertos en Insecticidas de la OMS, pero en algunos países se emplean bombas de estribo y rociadores de mochila.

La organización y gestión de los servicios de transporte no son idénticas en todos los programas de erradicación de la malaria. En la mayoría de los casos, se encarga de la asignación y supervisión de los vehículos una sección o departamento especial del servicio nacional de erradicación de la malaria. En México, como ya se indicó, funciona un Departamento de Logística que se ocupa exclusivamente de los asuntos referentes a los vehículos de motor y otros medios de transporte utilizados en el programa. En todos los casos, el funcionamiento de los transportes se halla descentralizado en la unidad de campo a la que sirve.

La conservación de vehículos constituye todavía un problema muy importante. No se han generalizado aún los talleres centrales para la inspección regular y la conservación de los vehículos. En un caso, por lo menos, esta función se ha encargado a contratistas privados. En el cuadro 18 figuran datos referentes al número de vehículos y a los diversos medios de transporte empleados, en las operaciones de rociamiento y con otros fines, en los programas de erradicación de la malaria actualmente en ejecución.

El total de 1,811 unidades de transporte que aparece en el cuadro 18 no comprende los animales utilizados. Este total es más de dos veces mayor que el indicado en el V Informe, donde aparecían 697 unidades de transporte en los programas de los países anotados. Este aumento se debe principalmente al mayor número de jeeps (de 146 a 495) y camionetas (de 197 a 926), y se relaciona con el aumento del número de brigadas y de la cantidad de material y equipo que se ha de transportar. El cuadro 18 indica también que en los programas se utilizan 2,963 bestias de carga. Además, cinco países y una unidad política alquilan animales cuando los necesitan.

Cuadro 17

NUMERO DE BRIGADAS DE ROCIAMIENTO SEGUN MEDIO DE TRANSPORTE EMPLEADAS EN LOS PROGRAMAS DE ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS, EN 1958

País u Otra Unidad Política	Número Total de Brigadas Trabajando	Vehículo de Motor	En Lancha o Canoa	Montadas	A Pie	Con Más de un Tipo de Transporte
Total	1,624	692	74	510	148	200
Argentina	29	29	-	-	-	-
Bolivia	-	-	-	-	-	-
Brasil a)	...	...	...	...	...	...
São Paulo	39	36	3	-	-	-
Colombia	387	151	40	196	-	-
Costa Rica	16	-	-	-	-	16
Cuba	**	**	**	**	**	**
Ecuador	41	9	2	10	-	20
El Salvador	49	-	1	-	-	48
Guatemala	34	-	-	-	-	34
Haití	74	28	-	30	16	-
Honduras	26	-	-	-	-	26
México	540	161	7	249	123	-
Nicaragua	19	-	-	-	-	19
Panamá	25	8	5	2	-	10
Paraguay	18	11	4	-	2	1
Perú	117	117	-	-	-	-
República Dominicana	26	26	-	-	-	-
Venezuela	82	41	5	23	-	13
Otras Unidades Políticas						
Belice	10	3	1	-	6	-
Dominica	2	-	-	-	-	2
Granada	2	2	-	-	-	-
Guadalupe	6	6	-	-	-	-
Guayana Británica	6	2	2	-	-	2
Guayana Francesa	6	-	-	-	-	6
Jamaica	33	33	-	-	-	-
Santa Lucía	4	4	-	-	-	-
Surinam	12	6	3	-	-	3
Trinidad y Tabago	18	18	-	-	-	-
Zona del Canal de Panamá	3	1	1	-	1	-

a) Excluído el Estado de São Paulo.

- Nada
... Datos no disponibles
** No se recibió informe

Cuadro 18

SISTEMAS DE TRANSPORTE EN LOS PROGRAMAS DE ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS, EN 1958

País u Otra Unidad Política	Vehículos en Servicio o que Estarán en Servicio								Bestias
	Total *	Camionetas y Automóviles	Jeeps	"Pick-ups"	Camiones	Lanchas	Motores Fuera de Borda	Otros	
Total	1,811	110	495	926	112	62	65	41	2,963
Argentina	109	5	25	43	28	-	-	8 a)	-
Bolivia	15	-	3	8	1	-	2	1	182
Brasil b)	...	...	...	...	...	...	...	...	...
São Paulo	88	6	6	18	5	-	3	-	-
Colombia	54	5	19	25	2	3	-	-	710 c)
Costa Rica	35	1	7	11	1	6	9	-	d)
Cuba	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Ecuador	98	2	29	31	7	20	9	-	35
El Salvador	51	4	15	28	1	1	2	-	-
Guatemala	46	5	8	30	-	-	3	-	d)
Haití	50	4	23	21	2	-	-	-	-
Honduras	46	4	8	29	2	-	3	-	d)
México	653	2	201	416	16	3	5	10 e)	1,538
Nicaragua	33	-	12	11	2	3	5	-	d)
Panamá	65	6	16	25	2	8	8	-	12
Paraguay	31	1	8	18	1	1	2	-	...
Perú	167	4	23	125	8	-	7	-	-
República Dominicana	66	4	23	38	1	-	-	-	d)
Venezuela	104	45	36	8	4	11	-	-	486
Otras Unidades Políticas									
Belice	5	1	-	3	-	-	1	-	d)
Dominica	7	-	2	1	1	-	-	3 f)	-
Granada	5	-	-	2	-	-	-	3 f)	-
Guadalupe	7	-	3	1	3	-	-	-	-
Guayana Británica	7	3	-	-	1	1	-	2 g)	-
Guayana Francesa	11	2	1	4	1	1	-	2 h)	-
Jamaica	43	2	15	12	14	-	-	-	-
Sta. Lucía	10	3	1	3	-	-	-	3 f)	-
Surinam	16	-	2	2	2	3	4	3 f)	-
Trinidad y Tabago	23	1	9	6	7	-	-	-	-
Zona del Canal de Panamá	16	-	-	7	-	1	2	6 i)	-

a) Seis camiones tanque y dos motocicletas.
b) Excluído el Estado de São Paulo.
c) Pendientes de Compra.
d) Se alquilan según las necesidades.
e) Camionetas "Guayín".
f) Tres motocicletas.
g) Una bicicleta de reparto y una barcaza.
h) Dos remolques.
i) Seis lanchas de remos.

* Inclusive lanchas, motores fuera de borda y otros.
\- Nada.
... Datos no disponibles.
** No se recibió informe.

Ha de señalarse que el grado de eficacia y el tiempo de servicio estimado de los vehículos de motor varía mucho, según el estado de los vehículos y el trato que se les da. Se considera, sin embargo, que en la mayoría de los programas los vehículos durarán hasta las fases finales de la campaña de erradicación, tal como se prevé en los respectivos planes de operaciones.

Según las informaciones recibidas, ciertos factores importantes han ejercido, en mayor o menor grado, una influencia desfavorable en las operaciones de rociamiento y han sido causa de que éstas se demoraran. Entre estos factores pueden citarse: los retrasos en las asignaciones de fondos debidos a trámites burocráticos ajenos a los SNEM y la mala administración de estos fondos en los SNEM, cuando no ambas cosas a la vez; el planeamiento y supervisión inadecuados, por los departamentos de los SNEM, de los servicios de conservación de vehículos, suministro de carburante, piezas de repuesto y equipo; las dificultades de transporte debidas al mal estado de las carreteras y al mal tiempo; el alto porcentaje de casas cerradas, que obligan a duplicar las visitas del personal de rociamiento a ciertas localidades con el fin de lograr la cobertura total; las demoras en la recepción de materiales y suministros facilitados por los gobiernos y los organismos internaciones y las dificultades administrativas con que tropieza el despacho de estos suministros; el ausentismo y los frecuentes cambios de personal motivados por el bajo nivel de los salarios, con las consiguientes pérdidas de tiempo y la necesidad de adiestrar a personal nuevo.

Como puede verse, ninguno de estos factores negativos es de carácter exclusivamente técnico y la mayoría de las dificultades pueden corregirse. La Organización ha decidido, por lo tanto, crear puestos de Asesores en Técnicas de Administración y de Conservación de Vehículos, con el fin de ayudar a la solución de estos problemas en los distintos programas.

Operaciones epidemiológicas

En los programas de erradicación de la malaria en las Américas, las operaciones epidemiológicas comienzan generalmente con la "encuesta de pre-erradicación", que se efectúa en la fase preparatoria; siguen con las "operaciones de evaluación" durante la fase de ataque (cobertura total) y continúan con la "vigilancia y eliminación de los focos residuales" durante la fase de consolidación.

La encuesta de pre-erradicación tiene por objeto perfeccionar los conocimientos sobre el área malárica, el período de transmisión y los vectores. Para precisar los límites del área malárica los estudios no son muy elaborados, buscándose establecer la presencia de la enfermedad más que su intensidad, aunque en algunos casos fueron todavía utilizados los métodos convencionales (índices esplénicos y parasitarios).

Las operaciones de evaluación empiezan con el primer rociamiento y tienen por objetivo: (a) descubrir la persistencia de la transmisión y establecer sus causas; y (b) comprobar la desaparición progresiva de la malaria. El único procedimiento para ambos objetivos es la pesquisa de casos, y el cero es la única referencia para la evaluación; por consiguiente, cualquier comparación con cifras precedentes carece de valor para apreciar estos resultados.

Se utilizan los siguientes procedimientos:

A. Búsqueda de casos:

1. Notificación y toma de sangre: (a) en el "sospechoso clínico", por médicos y profesionales paramédicos; (b) en el "sospechoso epidemiológico" (febriles), por medio de colaboradores oficiales y voluntarios.

2. Pesquisa: visita casa por casa por personal del servicio; toma de sangre a toda persona con fiebre o con historia reciente de fiebre.

B. Investigación epidemiológica:

1. Registro y análisis de la información y del material epidemiológico.

2. Encuesta epidemiológica: (a) primaria, para determinar si el caso es posterior al rociamiento; (b) exhaustiva, para determinar sus relaciones y las causas.

En la fase de consolidación, después de suspendidos los rociamientos, las operaciones epidemiológicas siguen el mismo esquema, pero su objetivo es ahora: (a) confirmar la ausencia de casos de malaria durante tres años para declarar cumplida la erradicación; (b) descubrir y eliminar cualquier foco residual; y (c) reconocer la reintroducción del parásito y prevenir el restablecimiento de la endemicidad.

Varios aspectos son de fundamental importancia en las operaciones de evaluación en los programas de las Américas: (1) La precocidad de su iniciación (al comienzo de la fase de ataque); (2) la notificación obligatoria de todo caso conocido o sospechoso de malaria; (3) la organización de una vasta red de "colaboradores voluntarios" para la toma de muestras de sangre a todo febril; y (4) el establecimiento de medios para el diagnóstico parasitológico inmediato.

Con respecto a los resultados de la notificación y búsqueda de casos en 1957, se ha preparado el cuadro 19, en el que se indican los casos notificados, clasificados en los mismos grupos de áreas que

Cuadro 19

DESCUBRIMIENTO DE CASOS DE DIVERSAS FUENTES EN LOS PROGRAMAS DE ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS, 1957

País u Otra Unidad Política	Fuente de Casos										Total casos positivos	Forma de infección				Naturaleza de los casos			
	Médicos particulares clínicas hosp., etc.		Invest. regular de casos febriles en hosp. etc.		Visitas casa por casa			Colaboradores voluntarios		Otros									
	Número de notificaciones	Número de positivos	Número de muestras tomadas	Número de positivos	Número de visitas	Número de muestras tomadas	Número de positivos	Número de muestras tomadas	Número de positivos	Número de muestras tomadas	Número de positivos		P. vivax	P. falciparum	P. malariae	Mixta	Importado	Esporádico	Inducido	Autóctono
En áreas donde se erradicó la malaria																				
Total	292	6	122	-	186,913	111,444	33	7,414	54	1,861	-	93	83	1	8	1	81 a)	2	10	-
Argentina	119	4	30	-	20,485	12,811	4	457	-	-	-	8	8	-	-	-	6	-	2	-
Brasil b)	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela	130	-	-	-	166,428	98,633	29	6,957	54	1,861	-	83	74	-	8	1	73	2	8	-
Guadalupe	41	-	81	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guayana Británica	2	2	11	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1	-	-	2 a)	-	-	-
Surinam	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
En áreas bajo vigilancia (Fase de consolidación)																				
Total	811	27	684	-	131,816	43,605	21	4,352	56	315	17	121	70	46	3	2	84	8	3	26 c)
Argentina	22	2	51	-	40,495	5,194	12	4	-	...	2	16	13	-	3	-	12	-	3	1
Venezuela	71	-	-	-	91,321	38,087	9	4,348	56	315	-	65	56	7	-	2	65	-	-	-
Guadalupe	84	-	633	-	-	324	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guayana Francesa	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	15	15	-	15	-	-	7	8	-	-
Trinidad y Tabago	634	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	1	24	-	-	...	...	...	25 c)
En áreas con malaria aún no erradicada pero rociadas regularmente																	No especificados*			
Total	38,182	6,392	93,504	8,203	552,616	446,862	9,332	31,423	2,760	21,552	5,964	32,651	20,779	10,715	181	337	639			
Argentina	494	110	518	121	11,351	11,686	338	560	146	5,957	46	761	706	53	-	2	-			
Bolivia	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...			
Brasil b)	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...			
Costa Rica	-	473	-	-	18,583	17,825	590	311	90	-	-	1,153	1,033	92	18	10	-			
Ecuador	4,225	196	11,132	587	...	17,802	730	656	99	4,816	63	1,675	808	835	3	29	-			
El Salvador	2,296	452	9,671	1,042	62,516	7,596	2,036	4,104	1,581	5,504	1,544	6,655	3,649	2,949	5	52	-			
Guatemala	8,842	2,206	6,096	1,794	49,424	5,759	384	318	22	4,217	1,247	5,653	3,812	1,792	4	45	-			
Honduras	-	-	1,276	125	6,464	721	65	-	-	-	-	190	103	87	-	-	-			
Mexico	4,959	664	11,565	896	...	142,992	2,246	15,564	581	-	-	4,387	3,856	453	17	61	-			
Nicaragua	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...			
Panamá	-	-	48,738	3,328	5,067	18,181	1,162	-	-	...	3,060	7,550	4,796	2,565	61	128	-			
Paraguay	3,698	154	316	11	2,140	562	38	62	1	12	2	206	204	2	-	-	-			
Perú	512	21	-	-	-	37,287	618	-	-	-	-	639	-	-	-	-	639			
República Dominicana	6,601	1,533	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,533	890	630	12	1	-			
Venezuela	359	10	-	-	382,139	160,856	499	9,848	240	1,004	2	751	663	77	4	7	-			
Belice	319	-	2,132	212	-	-	-	-	-	-	-	212	53	121	38	-	-			
Granada	-	-	773	21	8,115	2,270	113	-	-	-	-	134	-	134	-	-	-			
Guadalupe	76	-	284	1	6,710	1,145	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-			
Guayana Británica	1	1	236	-	107	107	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-			
Jamaica	3,224	-	767	65	...	8,056	200	-	-	42	-	265	1	251	13	-	-			
Santa Lucía	441	9	-	-	-	3,446	10	-	-	-	-	19	-	16	3	-	-			
Surinam	288	87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87	44	43	-	-	-			
Trinidad y Tabago	1,770	399	-	-	...	9,767	271	-	-	-	-	670	88	577	3	2	-			
Zona del Canal de Panamá	77	77	-	-	...	804	32	-	-	-	-	109	72	37	-	-	-			
En áreas con malaria aún no erradicada y cobertura total por rociamiento no iniciada																				
Total	131,979	9,792	14,210	393	3,925,591	690,790	23,043	57	23	8,170	3,731	36,982	26,895	9,333	228	502	24			
Brasil b)	58,077	9,756	-	-	3,730,427	399,991	18,411	-	-	-	-	28,167	21,216	6,454	29	468	-			
São Paulo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	...	3,545	3,545	3,525	16	1	3	-			
Colombia	73,056	-	-	-	169,597	266,239	2,497	-	-	614	39	2,536	1,700	739	58	15	24			
Cuba	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**			
Haití	-	-	-	-	-	23,084	1,964	57	23	-	-	1,987	8	1,829	136	14	-			
Nicaragua	666	36	14,210	393	25,567	1,476	171	-	-	7,156	146	746	446	294	4	2	-			
Dominica	180	-	-	-	-	-	-	-	-	400	1	1	-	1	-	-	-			
Guayana Británica	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...			

a) Un caso sin clasificar.
b) Excluído el Estado de São Paulo.
c) Veinticinco casos sin clasificar.
- Nada.
... Datos no disponibles.
* Forma de infección no especificada.
** No se recibió informe.

aparecen en los cuadros 4 y 5, o sea las áreas en que la malaria ha sido erradicada, las que se hallan bajo vigilancia, aquéllas en que la malaria no ha sido todavía erradicada pero que se rocían regularmente; y aquéllas en que la malaria no ha sido erradicada y el rociamiento no se ha iniciado aún o es irregular e incompleto.

El cuadro 19 muestra también el número de casos conocidos, según la fuente de notificación, como sigue: (1) médicos particulares, clínicas, hospitales, etc.; (2) investigaciones regulares de pacientes febriles en hospitales, clínicas, etc.; (3) visitas casa por casa; (4) colaboradores voluntarios; y (5) otras fuentes.

Se han elegido las cuatro primeras categorías citadas porque representan un patrón que está estableciéndose en los programas de erradicación en las Américas. La importancia relativa de estas categorías varía según los países, como puede verse en el cuadro. Puede haber, además, cierta superposición en esta clasificación. Todo resumen de casos de malaria en un programa de erradicación ha de limitarse a los que se hayan confirmado parasitológicamente; por lo tanto, en las operaciones de evaluación de todo SNEM es de primordial importancia que cada caso sospechoso vaya acompañado de una muestra de sangre.

Argentina, Venezuela y la Guayana Británica notificaron 93 casos de malaria en áreas de erradicación. De ellos 80 fueron importados, diez inducidos, dos esporádicos y uno de la Guayana Británica no fue clasificado.

Es oportuno incluir aquí la información recibida referente a la parte continental de los Estados Unidos de América, donde en 1957 se notificaron 146 casos sospechosos. De los 138 casos evaluados por el Centro de Enfermedades Transmisibles del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, 97 se confirmaron como positivos, de los cuales 86 fueron importados y 11 autóctonos.

Tomando en cuenta estos casos autóctonos las autoridades del Servicio de Salud Pública consideran que la erradicación en los Estados Unidos de América está "virtualmente terminada."

De estos 11 casos autóctonos, seis fueron encontrados en California y uno en Indiana, es decir fuera del área tradicionalmente malárica y dentro de la cual se llevó a cabo el programa nacional de erradicación (1949-1951); los cuatro casos restantes pertenecen a Oklahoma y dos de ellos al Condado de Cherokee. Una investigación más cuidadosa hecha recientemente (en abril de 1958) permitió conocer otros cuatro casos confirmados y dos muy sospechosos en el mismo Condado, todos ellos en dos pequeñas colonias rurales muy próximas, habitadas por indios cherokees. No fue posible encontrar ninguna pista reciente sobre la posible reintroducción del parásito; por todo ello debió admitirse que se trataba de dos pequeños focos residuales de malaria

endémica; la reintroducción del parásito años atrás sigue siendo una posibilidad, pero no se encontraron pruebas de ella. Se han tomado medidas adecuadas para la eliminación de estos focos residuales.

De las áreas bajo vigilancia, Argentina, Venezuela, Guayana Francesa y Trinidad y Tabago notificaron 121 casos. Trinidad y Tabago no facilitaron información sobre la naturaleza de los 25 casos señalados en estas islas. De los restantes 96 casos, 84 fueron importados, ocho esporádicos, tres inducidos y un caso, en Argentina, se consideró autóctono.

Es interesante destacar la importancia y productividad de los colaboradores voluntarios. A este respecto, los datos de Venezuela son particularmente significativos. En áreas con malaria erradicada (cuadro 19), de 83 casos positivos 54 fueron encontrados por los colaboradores voluntarios, contra 29 por personal del servicio, en 166,428 visitas casa por casa. Lo mismo ocurrió en áreas bajo vigilancia (cuadro 19); de 65 casos positivos, 56 fueron encontrados por colaboradores voluntarios contra 9 por personal del servicio en 91,321 visitas domiciliarias. La productividad no es sólo cuantitativa sino también cualitativa, pues el índice de productividad fue de 0.78 y de 1.29 para los colaboradores voluntarios contra 0.03 y 0.02 para el personal del servicio en las áreas de malaria erradicada y bajo vigilancia, respectivamente.

En lo referente a las áreas en las cuales se sabe que hay transmisión de la malaria y en las que se ha iniciado el rociamiento regular, 12 países y 9 otras unidades políticas notificaron un total de 32,651 casos positivos. De ellos, 9,332 (28.6 por ciento) se descubrieron en visitas casa por casa; 8,203 (25.1 por ciento) en investigaciones regulares de pacientes febriles en hospitales, clínicas, etc.; 6,392 (19.6 por ciento) fueron notificados por médicos, hospitales, clínicas, etc.; 5,964 (18.3 por ciento) proceden de otras fuentes y los restantes 2,760 (8.5 por ciento) fueron casos reportados por colaboradores voluntarios.

Ha de destacarse de nuevo el trabajo de los colaboradores voluntarios. De las 31,423 muestras de sangre recolectadas por ellos, 2,760 o sea 8.8 por ciento, fueron positivas, mientras que de las 446,862 muestras examinadas como resultado de visitas casa por casa, 9,332, o sea sólo 2.1 por ciento, fueron positivas. Esta es una de las razones por las que se presta enérgico apoyo en todas las Américas al establecimiento de la colaboración voluntaria.

Cuatro países y dos otras unidades políticas proporcionaron información sobre casos notificados en áreas en las cuales hay transmisión de la malaria pero en las que no ha empezado la cobertura total por rociamiento. En total hubo 36,982 casos confirmados, de los cuales 23,043 (62.3 por ciento) se descubrieron en visitas casa por casa.

La comparación de los casos notificados en 1957 con los de los años comprendidos en el V Informe no tendría ningún significado, debido al mejoramiento de la calidad y de la extensión de los sistemas de notificación que se están desarrollando en relación con los programas de erradicación de la malaria. Además, como se indica antes, el interés radica en obtener cero casos de malaria a base de un sistema adecuado de descubrimiento de casos y de notificación, y no en lograr la erradicación parcial de la transmisión y su comparación con cifras anteriores.

No se ha mencionado la mortalidad por malaria porque, según se indica en el V Informe, constituye tal vez la menos valiosa de todas las informaciones malariométricas. Su estudio se complica con el problema del grado de exactitud de los certificados y registros de defunción. Es importante, sin embargo, que aquellas personas que se ocupan de las operaciones de evaluación del programa de erradicación tengan oportunidad de investigar cada defunción atribuída a la malaria, con el fin de limitar esta notificación a aquellas defunciones cuya causa se confirma por el laboratorio. El Resumen de los Informes Cuadrienales sobre las Condiciones Sanitarias en las Américas presentado a la XV Conferencia incluye la información disponible referente a la mortalidad por malaria en el año 1956, y por consiguiente en este informe no es preciso examinar con mayor detalle tales datos.

Operaciones entomológicas

En un programa de erradicación de la malaria, los estudios entomológicos constituyen una actividad auxiliar necesaria durante toda la campaña, aunque no con la profundidad de otros tiempos, en que el conocimiento de la historia natural de los anofelinos era requisito previo esencial. La identificación de las especies vectoras y el estudio de su distribución y de sus hábitos de ingestión incumben directamente al servicio entomológico, así como la importante tarea adicional de estudiar las relaciones entre las especies vectoras y los insecticidas usados en el programa. Son parte de esta tarea la determinación de la susceptibilidad del vector al insecticida, antes de dar comienzo al rociamiento, y los estudios, a lo largo de todo el período de rociamiento, para descubrir cualquier cambio que pueda ocurrir en la susceptibilidad inicial.

En las Américas hay laboratorios entomológicos en los que se efectúan estudios relativos a los vectores. En el cuadro 20 se indican los laboratorios existentes y los resultados de las pruebas básicas de susceptibilidad que se han llevado a cabo.

Hay una explicación parcial al hecho de que esta información se haya obtenido sólo de seis países y cuatro otras unidades políticas. Las técnicas para determinar el grado de susceptibilidad han estado en discusión y revisión en estos últimos tiempos, hasta la adopción

Cuadro 20

OPERACIONES ENTOMOLOGICAS EN LOS PROGRAMAS DE ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS, 1957

País u Otra Unidad Política	Laboratorio organizado y en funcionamiento		Determinación de la línea-base de susceptibilidad de los vectores locales						
	Número	Ubicación	Especies	Resultado	Especies	Resultado	Especies	Resultado	Tipo de prueba usada en el laboratorio
Total	39								
Argentina	...	...	pseudo-punctipennis	suscepti-ble	...	...	...	...	Busvine-Nash
Bolivia	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Brasil a)	...		cruzii	suscepti-ble	darlingi	suscepti-ble	aquasalis	suscepti-ble	Busvine-Nash
São Paulo	6	Varias	...	...	...	...	...	...	...
Colombia	1	Bogotá	...	...	...	...	...	...	...
Costa Rica	1	...	...	...	...	...	...	...	...
Cuba	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Ecuador	1	Guayaquil	...	...	...	...	...	...	...
El Salvador	1	San Salvador	albimanus	b)	pseudo-punctipennis	...	...	...	Busvine-Nash
Guatemala	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Haití	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Honduras	...	...	...	...	...	...	...	...	...
México	15	c)	pseudo-punctipennis	suscepti-ble	albimanus	suscepti-ble	aztecus	suscepti-ble	Fay
Nicaragua	1	Managua	...	...	...	...	...	...	...
Panamá	1	Panamá	albimanus	...	...	...	...	...	Busvine-Nash
Paraguay	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Perú	5	...	pseudo-punctipennis	suscepti-ble	...	...	...	...	OMS
República Dominicana	1	Cdad. Trujillo	...	...	...	...	...	...	...
Venezuela	1	Maracay	albimanus	suscepti-ble	aquasalis	suscepti-ble	albitarsis	suscepti-ble	Busvine-Nash
Otras Unidades Políticas									
Belice	...	...	albimanus	suscepti-ble	...	...	...	...	...
Dominica	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Granada	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guadalupe	1	...	albimanus	suscepti-ble	aquasalis	suscepti-ble	...	...	Busvine-Nash
Guayana Británica	1	Georgetown	...	...	...	...	...	...	...
Guayana Francesa	1	Cayenne	aquasalis	susceptible	darlingi	susceptible	...	...	Busvine-Nash
Jamaica	1	Kingston	...	...	...	...	...	...	...
Santa Lucía	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Surinam	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Trinidad y Tabago	1	Pto. España	...	...	...	...	...	...	...
Zona del Canal de Panamá	...	...	albimanus	susceptible	...	...	...	...	...

a) Excluído el Estado de São Paulo.
b) Véase referencia en el texto.
c) Uno en la Ciudad de México y uno en cada una de las 14 zonas.
... No se dispone de datos.
** No se ha recibido informe.

de la prueba de la OMS que empezó a emplearse en 1957 y que todavía debe perfeccionarse para permitir apreciar modificaciones de pequeño grado y distinguirlas de las variaciones de susceptibilidad que ocurren normalmente.

Es también muy reciente el interés puesto en la preparación de personal especializado y la habilitación de laboratorios de entomología, pues al comienzo de cada programa toda la atención estuvo concentrada en la correcta organización de las operaciones de rociamiento.

Hasta principios de 1958 no se había comprobado resistencia fisiológica a los insecticidas en ninguno de los anofeles vectores de las Américas, con la excepción de A. quadrimaculatus en una pequeña área de los Estados Unidos de América donde afortunadamente la malaria había desaparecido años atrás. Una investigación para determinar la persistencia de la transmisión en algunas localidades de El Salvador, reveló en el vector local, A. albimanus, una alta resistencia fisiológica al dieldrín y moderada al DDT; todas estas localidades, con excepción de una, están situadas en la zona algodonera, donde desde hace varios años se vienen empleando grandes cantidades de insecticidas clorados para combatir las plagas agrícolas. Este episodio, hasta hoy pequeño y aislado, viene a confirmar las razones de urgencia que suscitaron la Resolución XLII de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana y es una categórica y sombría advertencia para el futuro, si los programas no siguen desarrollándose en la forma y en los plazos establecidos.

Empleo de drogas

La erradicación de la malaria en las Américas depende primordialmente del empleo eficaz de los insecticidas de acción residual, que constituye la medida fundamental de los programas de erradicación. Sin embargo, no ha de pasarse por alto la importancia del empleo de las nuevas drogas antimaláricas, aplicadas adecuadamente, con fines terapéuticos lo mismo que con fines profilácticos. Las drogas pueden ser un valioso coadyuvante, al facilitar la recolección de muestras de sangre como actividad regular de la búsqueda de casos, y al reducir radicalmente el período infeccioso de los casos descubiertos. Pero hay, además, situaciones en las cuales un apropiado programa de administración de drogas puede completar o substituir los insecticidas de acción residual, cuando éstos últimos son inaplicables o ineficaces, como en los siguientes casos:

1) poblaciones nómadas o migratorias;

2) transmisión extradomiciliaria;

3) absorción de insecticidas por ciertas clases de barros o adobes; o

4) resistencia fisiológica o por comportamiento del vector a los insecticidas de acción residual.

La mayoría de los países y otras unidades políticas continuaron empleando drogas en 1957 como parte de sus actividades antimaláricas. Los procedimientos de empleo no se pueden comparar entre sí; sin embargo, en el cuadro 21 aparece la indicación de las distintas drogas usadas, las cantidades empleadas, los fines (profilácticos o terapéuticos) de su administración y el número de personas que recibieron drogas.

Para colaborar en este aspecto del programa, la Organización preparó un documento técnico (OSP/ME número 16, 12 noviembre 1957) que establecía estándares para el empleo de drogas antimaláricas como procedimiento regular de los programas de erradicación, con el objetivo fundamental de estimular un mayor grado de colaboración por parte de la población en general y de facilitar la observación posterior de los casos positivos e impedir su persistencia más allá de la fecha de suspensión de las operaciones de rociamiento. La mayoría de los países y otras unidades políticas han adoptado estos estándares en los programas de erradicación.

En diversas áreas de Brasil se continúa empleando el método Pinotti (administración de cloroquina agregada a la sal común), pero no se dan las cifras correspondientes al año de 1957 acerca de la población que se considera protegida mediante este método. En el plan de erradicación de la malaria se prevé el empleo de este método en toda la Cuenca del Amazonas.

La pirimetamina se ha usado con fines profilácticos en Venezuela, Granada, Trinidad y Tabago.

Cuadro 21

EMPLEO DE DROGAS EN LOS PROGRAMAS DE ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS, EN 1957

Nombre de la Droga y Tipo Básico	Países que Usan la Droga	Uso de la Droga	Cantidad en Kg.	Número de Personas
4 - AMINOQUINOLINAS				
Camoquín	Belice	Terapéutico	10.40	...
	Brasil a)	Terapéutico	...	...
	Colombia	Terapéutico	21.40	53,465
	Costa Rica	Terapéutico	0.40	677
		Profiláctico	5.30	14,882
	Ecuador	Terapéutico	3.74	6,227
	El Salvador	Terapéutico	18.00b)	...
	Paraguay	Terapéutico	1.80	3,056
	São Paulo	Terapéutico y Profiláctico	...	...
	Santa Lucía	Terapéutico y Profiláctico	...	...
	Trinidad y Tabago	Terapéutico	2.48	5,643
Cloroquina	Brasil a)	Terapéutico	...	1,200,000
	Colombia	Terapéutico	35.80	79,684
	Granada	Terapéutico	0.69	797
	Guatemala	Terapéutico	19.99	23,548
	México	Terapéutico	37.24	71,161
	Venezuela	Terapéutico	1,418.00	...
	Zona del Canal de Panamá	Terapéutico	...	...
Aralén (sinónimo de cloroquina)	Argentina	Profiláctico	0.76	635
	Belice	Terapéutico	...	...
(inyectable)	Costa Rica	Terapéutico	0.06	476
	El Salvador	Terapéutico	28.99	...
(inyectable)	El Salvador	Terapéutico	1.93	...
	São Paulo	Terapéutico y Profiláctico	...	...
Nivaquina (sinónimo de cloroquina)	Guayana Francesa	Terapéutico	...	250
		Profiláctico	...	...
	Panamá	Terapéutico	2.30	1,310
	Santa Lucía	Terapéutico y Profiláctico	...	...
	São Paulo	Terapéutico y Profiláctico	...	...
Resoquina (sinónimo de cloroquina)	Panamá	Terapéutico	3.78	2,646
8 - AMINOQUINOLINAS				
Primaquina	Ecuador	Terapéutico	0.01	50
	El Salvador	Terapéutico	0.03	157
	Guatemala	Terapéutico	0.27	1,279
	México	Terapéutico	1.01	...
	Zona del Canal de Panamá	Terapéutico	...	...
(Neo) Quipenyl (sinónimo de primaquina)	Argentina	Terapéutico	0.06	205
	São Paulo	Terapéutico y Profiláctico	...	...
Rodoprequina	Guayana Francesa	Profiláctico	...	3,126
Pamaquina	Guatemala	Terapéutico	0.02	126
Plasmoquina (sinónimo de pamaquina)	Belice	Terapéutico	...	...
DIAMINOPIRIMIDINAS				
Pirimetamina	Granada	Terapéutico	0.13	797
	México	Terapéutico	2.52	37,468
	Trinidad y Tabago	Terapéutico	0.30	5,643
	Venezuela	Profiláctico	106.00	105,943
Daraprin (sinónimo de pirimetamina)	Guatemala	Profiláctico	0.03	250
	Santa Lucía	Profiláctico	...	...
BIGUANIDAS				
Paludrín	Santa Lucía	Terapéutico y Profiláctico	...	...
9 - AMINOACRIDINAS				
Atebrina (sinónimo de mepacrín)	Santa Lucía	Terapéutico	...	...
Metoquina (sinónimo de mepacrín)	Argentina	Terapéutico	0.22	150
	Paraguay	Terapéutico	...	...
	Venezuela	Terapéutico	12.00	...
Quinacrina (sinónimo de mepacrina)	Guatemala	Terapéutico	0.79	282
ALCALOIDES DE CHINCHONA				
Quinina	Belice	Terapéutico	10.00	...

a) Excluído el Estado de São Paulo.
b) Drogas distribuidas.
... Datos no disponibles.

LA FUNCION DE LAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES EN LA ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS

Resumen Histórico

Las Américas tienen el privilegio de haber dado el impulso inicial a la erradicación de la malaria en el mundo. La primera declaración se hizo en 1950, en Ciudad Trujillo, durante la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana[1]; la segunda cuatro años después, en 1954, durante la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana en Sanitago de Chile[2]; ambas resoluciones se basaron en estudios sobre la situación de la lucha antimalárica en las Américas, auspiciados por la Oficina Sanitaria Panamericana[3].

La resolución de Santiago de Chile fue el comienzo de una reacción en cadena en las organizaciones internacionales. Cinco meses después, en marzo de 1955, la Junta Ejecutiva del UNICEF resolvió revisar su política de apoyo a los programas antimaláricos y solicitó el asesoramiento del Comité Mixto OMS/UNICEF de Política Sanitaria, el cual, reunido en Nueva York en los primeros días de mayo del mismo año, recomendó que el UNICEF diera la más alta prioridad a los programas de erradicación; y enunció los requisitos fundamentales para que estos programas pudieran merecer la ayuda económica del UNICEF[4]. Pocos días después, la Octava Asamblea Mundial de la Salud (México, D. F., mayo de 1955) pidió que se llevara a efecto un programa cuyo objetivo final debería ser la erradicación de la malaria en todo el mundo[5].

En las Américas, los Cuerpos Directivos de la Organización Sanitaria Panamericana han ido fortaleciendo con nuevas recomendaciones las resoluciones anteriores; así, en la IX Reunión del Consejo Directivo (Antigua, Guatemala, septiembre de 1956) se determinó que la erradicación de la malaria tuviera la prioridad número uno entre los programas auspiciados por la Organización[6] y en la X Reunión (Washington, D. C., septiembre de 1957) recomendaron los procedimientos para la notificación internacional de los casos de malaria[7].

1/ Véase Anexo, (1), página 60.
2/ Véase Anexo, (2), página 60.
3/ Publicación de la OSP/OMS Nº 261, Anexo B. Situación de la Lucha Antimalárica en el Continente Americano, IV Informe, C. A. Alvarado; y Publicaciones Científicas de la OSP/OMS Nº 26, Situación de la Lucha Antimalárica en las Américas, V Informe, C. A. Alvarado.
4/ Véase Anexo, (3), página 61.
5/ Véase Anexo, (4), página 63.
6/ Véase Anexo, (5), página 65.
7/ Véase Anexo, (6), página 66.

El interés despertado por la erradicación de la malaria ha rebasado ya el campo de los especialistas y de los elementos responsables de la salud pública. El Comité Interamericano de Representantes de los Presidentes de las Repúblicas Americanas, reunido en Washington, D. C. en mayo de 1957, hizo también una recomendación de primera prioridad para este programa y para su financiación[1].

Pero las declaraciones y recomendaciones por sí solas no hacen historia. El primer paso positivo fue la asignación por la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana (octubre de 1954) de un crédito de $100,000 anuales para la intensificación de las actividades antimaláricas a cargo de la Oficina[2], con lo que fue posible crear una unidad especializada para ocuparse del problema.

El segundo paso fue la decisión del UNICEF, adoptada en la reunión de su Junta Ejecutiva, en septiembre de 1955, de apoyar el programa de erradicación de la malaria en México y luego la mayoría de los programas de las Américas, para lo cual ha comprometido en principio la suma de $19,000,000 para toda la duración del programa.

El tercer paso se dio en 1957, cuando varios gobiernos de las Américas (Estados Unidos, República Dominicana y Venezuela) tomaron la decisión de contribuir generosamente al Fondo Especial de la OSPA para la Erradicación de la Malaria, dotando a la Oficina de los medios necesarios para atender adecuadamente todas las funciones de su incumbencia, como organismo de asesoramiento y coordinación.

Por último, los pasos más decisivos fueron dados por los gobiernos de las Américas, que uno tras otro y superando dificultades de diversa índole tomaron parte en el programa, haciendo posible que a los cuatro años de adoptarse la resolución de Santiago de Chile, todo el Hemisferio Occidental esté ya prácticamente cubierto por programas de erradicación de la malaria, pero la decisión de los países de las Américas no se limitó a la organización de sus propios programas, sino que todos pusieron su mejor empeño en la integración del programa continental; con tal fin ofrecieron las más amplias facilidades para el adiestramiento del personal de otros países y del servicio internacional; para el desarrollo de experiencias sobre técnicas y métodos destinados a perfeccionar las operaciones, y finalmente presentaron y mostraron siempre con suma franqueza la verdad de sus realizaciones, dispuestos en todo momento a escuchar cualquier observación o sugerencia que pudiera mejorar la calidad de su programa.

Las Actividades de la Organización

Cumpliendo con las resoluciones XLII y XLIII de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, la Organización creó una unidad especializada, dedicada exclusivamente a promover y coordinar la labor continental; se

1/ Véase Anexo, (7), página 67.
2/ Véase Anexo, (8), página 68.

estableció en México, D. F. en marzo de 1955. Una de las tareas principales de esta unidad fue la preparación de pautas técnicas para el desarrollo de las distintas operaciones de erradicación, que enunciadas en una serie de documentos conocidos con el nombre de "Documentos de OSP/COMEP", y revisadas y aprobadas por el Comité Asesor en Malaria de la Oficina Sanitaria Panamericana, constituyeron la columna vertebral del planeamiento y desarrollo de los programas.

Durante dos años la tarea principal consistió en asistir a los países en la preparación de sus planes de operaciones y en organizar el adiestramiento del personal requerido por los programas. La preparación de los planes de operaciones produjo los documentos que aparecen en la figura 2 y que contienen no sólo todos los antecedentes de la malaria en cada país, sino también los detalles más mínimos previsibles en cada una de las operaciones.

En noviembre de 1956, como consecuencia del anuncio de la primera aportación al Fondo Especial de la OSPA para la Erradicación de la Malaria por parte del Gobierno de los Estados Unidos de América, se consideró que la unidad especial dedicada a malaria debía ser trasladada a Washington, pues la experiencia adquirida había indicado la necesidad de un contacto y una coordinación más estrechos con las oficinas centrales, traslado que se efectuó en enero de 1957. De este modo, dentro de la estructura central de la Oficina se estableció una unidad dedicada íntegramente a un solo problema importante, con las atribuciones y facultades necesarias y con acceso directo al Director. Se creó así una situación equivalente a la sugerida a los países para sus propios programas de erradicación de la malaria. Simultáneamente, se tomaron disposiciones para que todos los servicios de la Oficina dieran al programa de malaria la prioridad número uno y prestaran a la unidad especializada todo el apoyo necesario para la acción más rápida y efectiva posible.

Del grupo técnico con que contaba la unidad al establecerse en México, constituido por un malariólogo jefe, un ingeniero sanitario, un epidemiólogo, un parasitólogo y un entomólogo, se trasladaron a Washington los tres primeros, que tienen mas responsabilidad en la formulación de pautas y en la administración; y se trasladaron a Panamá los dos últimos, en virtud de conveniencias geográficas. Se hizo depender técnicamente de la unidad en la sede los programas cooperativos de adiestramiento, a los que nos referiremos más adelante, y el grupo de evaluación. Posteriormente, fue necesario reforzar el grupo de Washington con dos nuevos miembros: uno encargado del seguimiento de las operaciones técnicas cotidianas y otro encargado de las operaciones administrativas; y el grupo de Panamá con otros tres técnicos asesores, uno en organización de transportes y conservación de vehículos y los otros dos en métodos administrativos. La figura 4 muestra la organización de la unidad de malaria, su posición dentro de la Organización y sus dependencias técnicas.

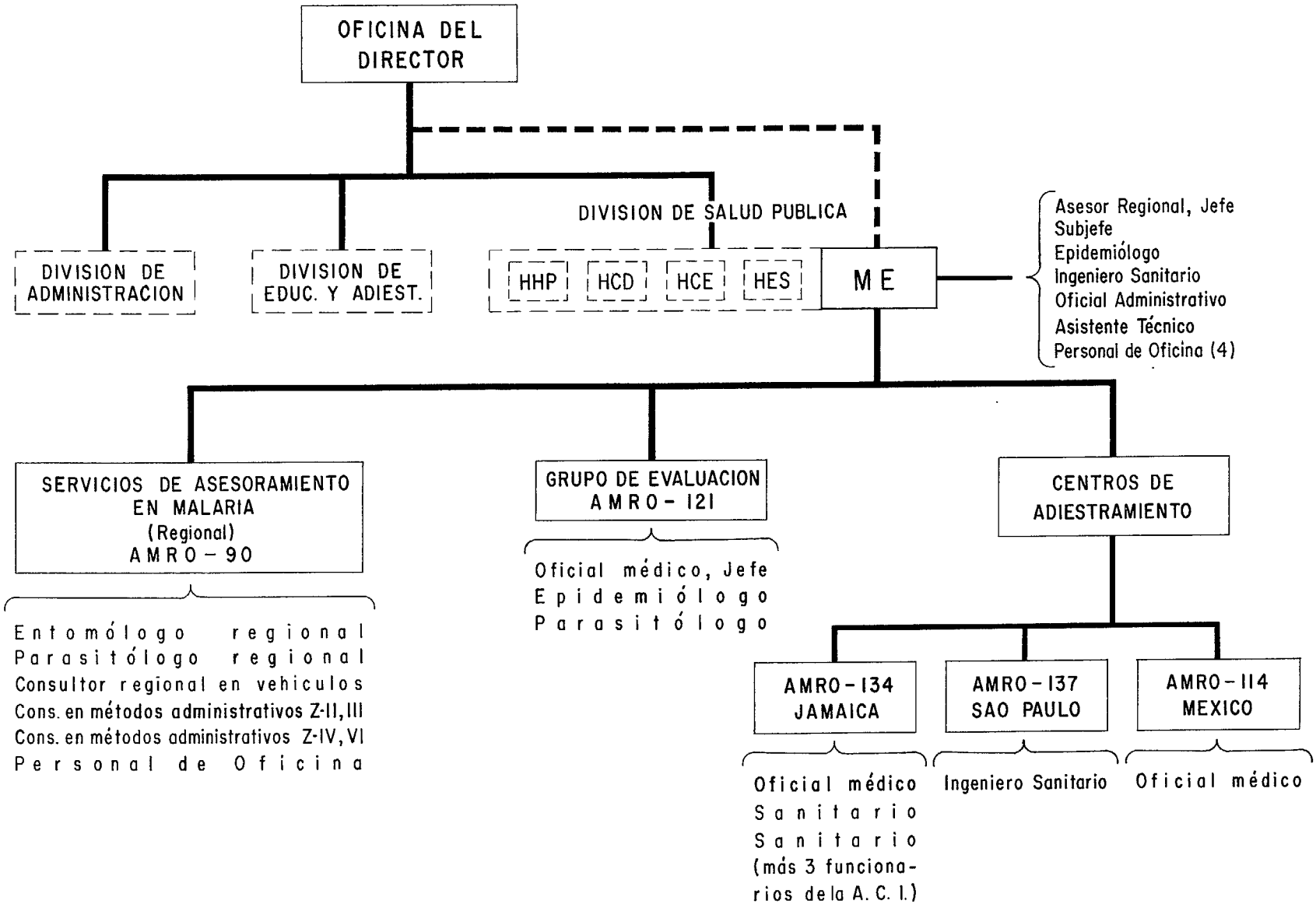

FIGURA 4. PAUTA DE ORGANIZACION, UNIDAD REGIONAL DE ERRADICACION DE LA MALARIA – OSP.

JLV

Un programa tan vasto, ambicioso y dinámico como el de erradicación de la malaria en el Hemisferio Occidental impuso a la organización internacional encargada de su promoción y coordinación esfuerzos muy grandes y variados. En este informe se hará referencia a los más importantes.

El asesoramiento técnico

Un programa de erradicación de la malaria es una operación esencialmente ofensiva, basada en técnicas bien conocidas, pero cuya aplicación debe planearse en detalle y ejecutarse con rigor. El asesoramiento tenía, pues, que organizarse con una estructura que respondiera a esta necesidad. Se estableció un sistema que funciona en tres escalones donde el primero, a nivel del programa, se encarga de la asistencia operativa cotidiana, a cargo de un grupo de consultores internacionales, constituido generalmente por un médico malariólogo, jefe del grupo, un ingeniero especializado en operaciones de rociamiento, y uno o más inspectores sanitarios.

El segundo escalón está representado por la oficina de zona, cuyo jefe se encarga de la asistencia en los aspectos políticos y administrativos y cuenta, además, con una unidad técnica constituida por un médico malariólogo de gran experiencia, un ingeniero sanitario, un entomólogo y, en algunos casos, un consultor en métodos administrativos y otro en estadística. Esta unidad técnica de zona supervisa la actividad de los consultores de programas y presta una asistencia técnica de nivel más alto.

El tercer escalón se halla representado por la unidad central en Washington, que está encargada de establecer las pautas técnicas, la supervisión técnica general, la coordinación al nivel continental, y de mantener relaciones técnicas con la sede en Ginebra (División de Erradicación de la Malaria), el UNICEF y la ACI.

La figura 5 representa en forma gráfica estos tres escalones del asesoramiento internacional, así como sus niveles de funcionamiento. En realidad, debería mencionarse también un cuarto escalón, a cuyo nivel actua el propio Director de la Oficina, responsable de las mayores decisiones políticas y administrativas a nivel regional.

La asesoría técnica dada a los países emplea personal profesional perteneciente a nueve categorías: (1) médicos malariólogos, para la preparación de los planes, los aspectos técnicos generales y, especialmente, las operaciones epidemiológicas; (2) ingenieros sanitarios, para las operaciones de rociamiento y las actividades conexas: transporte y suministros; (3) entomólogos, para las operaciones afines, especialmente pruebas de susceptibilidad; (4) parasitólogos, para la organización de los laboratorios encargados de la verificación parasitológica y sus técnicas; (5) estadígrafos, para todo lo relativo al sistema de información, especialmente notificación y registro de casos; (6) consultores

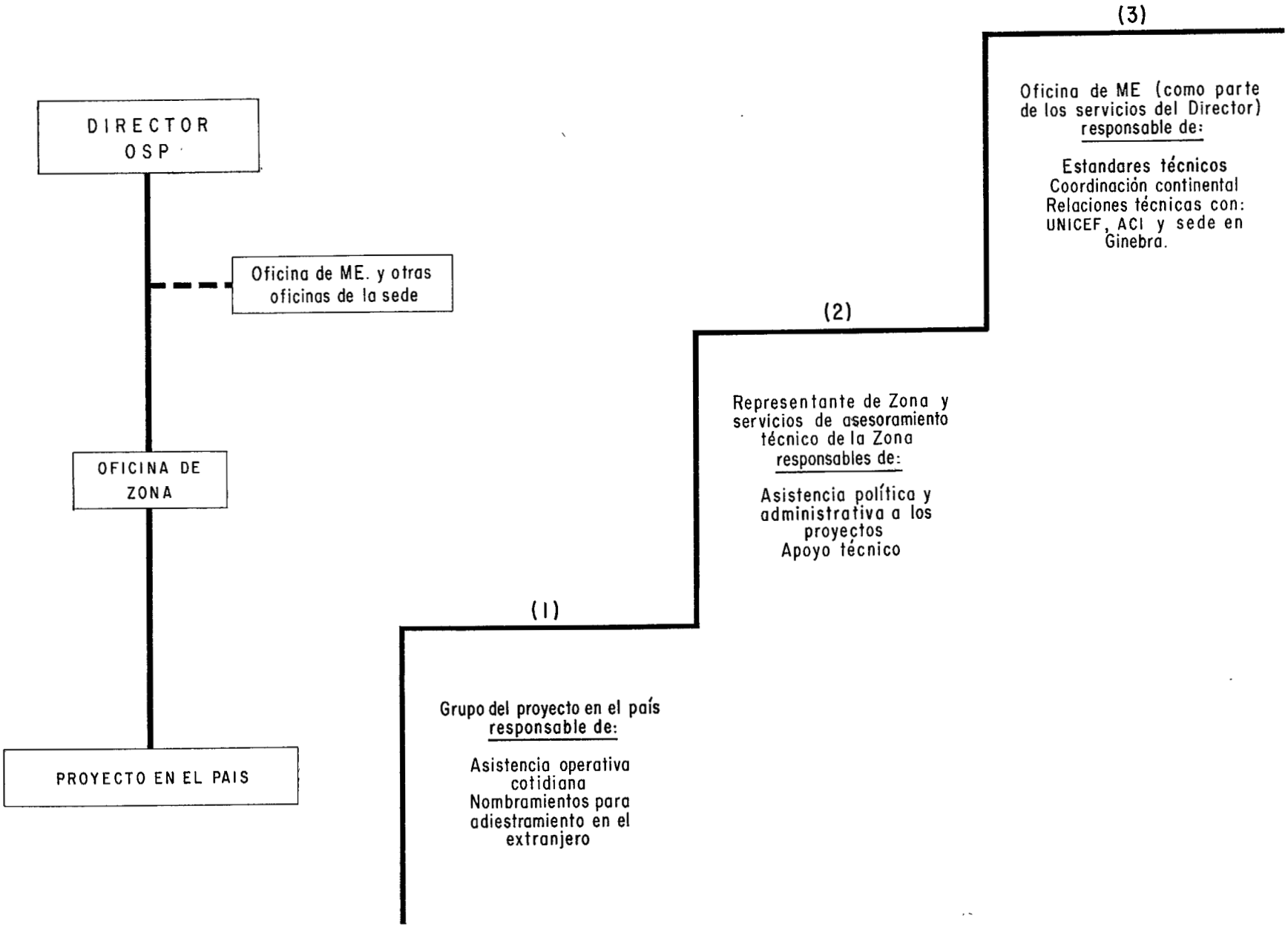

FIGURA 5. ORGANIZACION Y RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL INTERNACIONAL EN RELACION CON LOS PROYECTOS DE ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS.

en métodos administrativos, para la organización de las oficinas administrativas, centrales y periféricas, y para asesorar sobre los métodos administrativos más eficaces y expeditivos dentro de la legislación y normas vigentes en cada país; (7) técnicos en organización de transportes y conservación de vehículos, para todo lo relativo al funcionamiento adecuado del sistema de transportes; (8) educadores sanitarios, para los aspectos muy particulares de la educación e información sobre el programa de erradicación y por último, (9) inspectores sanitarios, encargados de cooperar en la organización periférica de las operaciones de rociamiento y de evaluación y de asesorar sobre las técnicas de supervisión de estas operaciones. Todo este personal se encarga además del adiestramiento local al nivel correspondiente y del desarrollo y aplicación de técnicas de supervisión y valoración del trabajo efectuado, sobre todo del que quedó sin hacer. A estas actividades permanentes deben agregarse las propias de consultores de corto plazo, en casos especiales, como el uso de drogas por el método Pinotti y la conservación del equipo de rociamiento.

La erradicación de la malaria, como puede verse, ha exigido la movilización de un grupo proteiforme de profesionales, entre los que deben destacarse, por su originalidad, los consultores de métodos administrativos, puesto cuya creación ha sido resultado de la experiencia de que los problemas más comunes en los programas de erradicación y que con más frecuencia comprometen el desenvolvimiento de las operaciones, son de carácter administrativo.

La importancia numérica del personal internacional dedicado al programa de erradicación de la malaria en las Américas, el 31 de agosto de 1958, se indica en el cuadro 22. Este personal aparece clasificado en seis grupos: médicos, 32; ingenieros, 20; entomólogos, 4; inspectores sanitarios, 41; consultores en administración, 4; y otros, 4, que comprenden asesores en educación sanitaria, parasitología, transporte y estadística; o sea un total de 105, de los cuales 95 se encuentran en actividad y diez en adiestramiento. Un volumen de personal de esta magnitud ha hecho necesario prever un medio para reponer las bajas que ocurren por múltiples motivos; se ha creado para ello un núcleo especial, que es una fuerza de reserva que permite cubrir de inmediato las vacantes que se vayan produciendo, sin esperar el cumplimiento de los largos trámites del proceso normal de contratación y adiestramiento.

Cuadro 22

Personal Internacional para la Erradicación de la Malaria en las Américas
31 de agosto de 1958

Nivel	Oficiales Médicos	Ingenieros	Entomólogos	Insp. Sanit.	Cons. en Admon.	Otros
Proyectos	19	13	-	32	-	1 Educ. Sanitario
Zonas (Serv. Asesoramiento Técnico)	2	3	3	-	-	1 Asesor Lab.
Inter-Zonas	-	-	-	-	1	
Regional:						
(a) ME-Ofna. Wash.	2	2	-	-	1	
(b) ME-Panamá	2	-	1	3	1	1 Cons. Vehículos
(c) Grupo Evaluación	3	-	-	1	-	
(d) Centros de Adiestramiento	2	-	-	1	-	
Total - en servicio	30	18	4	37	3	3
Total - en adiest.	2	2	-	4	1	1 estadígrafo
TOTAL GENERAL	32	20	4	41	4	4

El adiestramiento

Una de las funciones de mayor importancia de la Organización ha consistido en facilitar a los países los medios para adiestrar el personal necesario en los servicios nacionales; formar el elenco de asesores al cual se ha hecho referencia; y mantener un alto estándar de eficiencia operativa. Para ello, se crearon nuevos centros internacionales de adiestramiento, se organizaron cursos regulares y de emergencia, y se desarrollaron seminarios y grupos de trabajo.

El número de personal adiestrado ha sido considerable, pero sólo pueden darse datos sobre el personal técnico profesional adiestrado en los centros internacionales para los cuales la Organización ha concedido becas; desgraciadamente, se carece de información completa respecto al personal de otras categorías adiestrado a nivel local, datos que hubieran mostrado el considerable esfuerzo realizado individualmente por los países

para mejorar la preparación de su propio personal. Desde el 1 de enero de 1955 hasta el 31 de julio de 1958 se han concedido 141 becas para cursos regulares, estudios especiales y visitas de estudio y orientación.

El adiestramiento del personal para el servicio internacional merece especial mención, ya que representa un aspecto en cierto modo nuevo dentro de las actividades de la Organización.

El procedimiento habitual de contratación de consultores internacionales ha consistido en buscarlos entre los profesionales que han alcanzado un alto grado de reputación. Pero la rápida expansión del programa de erradicación de la malaria exigió, como se ha visto, un número considerable de personal especializado para reforzar los cuadros nacionales y esto prácticamente anuló las posibilidades de obtener consultores por tal procedimiento. No quedaba otra alternativa que formarlos. Era una experiencia todavía inédita en el campo internacional, pero que las circunstancias imponían. Se estableció así el procedimiento de contratar profesionales (médicos e ingenieros) con un grado académico en salud pública ("Master" en salud pública o en ingeniería sanitaria) con excelentes referencias y por lo menos dos años de experiencia en trabajos de salud pública, y someterlos a un corto pero intenso adiestramiento, consistente en: (a) curso básico de doce semanas en malariología y técnicas de erradicación de la malaria en cualquiera de los cuatro centros a que se hace referencia más adelante; (b) cuatro semanas de trabajo como ayudante del director nacional de un programa de erradicación de la malaria, o de un jefe de zona, para adquirir experiencia ejecutiva y apreciar los problemas desde el punto de vista nacional; (c) un mínimo de cuatro semanas de trabajo como ayudante (consultor auxiliar) de un consultor principal para apreciar los problemas desde el punto de vista internacional y adquirir experiencia sobre la forma de asesorar en su solución.

Se tropezó inicialmente con una justificada resistencia de los países a aceptar el asesoramiento de consultores internacionales formados de la manera expuesta. Pero vencidos los primeros recelos sobre la capacidad y habilidad de este personal, los países se mostraron satisfechos con sus servicios y actualmente puede asegurarse que la mayoría de los asesores de nueva formación han resultado tan hábiles como los mejores contratados por el procedimiento habitual, lo que ha demostrado: (a) las ventajas de una formación académica básica y de una experiencia de trabajo; (b) el valor de la nueva metodología de los cursos en técnicas de erradicación de la malaria, donde se presta atención equilibrada a los conocimientos técnicos teóricos, las materias administrativas y las prácticas de campo; (c) la alta conveniencia de haber aprendido a apreciar los problemas desde todos los puntos de vista. No es aventurado afirmar que esta experiencia podrá aplicarse con provecho en cualquier otro programa de rápido y extenso desarrollo, como el de erradicación de la malaria.

Además de utilizar las facilidades dadas por la Escuela de Malariología de Maracay, Venezuela, que tantos malariólogos distinguidos ha formado en el pasado, fue necesario desarrollar programas cooperativos

con las respectivas autoridades para el establecimiento de otros centros de adiestramiento en Brasil (en la Facultad de Higiene y Medicina Preventiva de São Paulo), en Jamaica (con la colaboración de la ACI), y en México. Estos centros están sirviendo para el adiestramiento de profesionales no sólo de las Américas sino asimismo de otras partes del mundo, especialmente el de Jamaica, cuyos cursos se dan en idioma inglés. Hasta el 30 de junio de 1958 se habían dado en la Escuela de Maracay 15 cursos para profesionales (desde 1944); en México tres para profesionales, desde comienzos de 1957, y tres para inspectores sanitarios (jefes de sector). Los centros de Jamaica y São Paulo entraron en funciones a principios de 1958; se han dado un curso para profesionales y otro para sanitarios en Jamaica; y uno para profesionales y uno para entomólogos en São Paulo (este último como extensión del curso regular de entomología).

Además de los cursos regulares que se dictan en estos centros, se organizaron cursos de emergencia para profesionales; el primero en Guatemala, iniciado en octubre de 1957 en idioma inglés y con la cooperación de la ACI y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, al que concurrieron 30 alumnos de once naciones y cinco otras unidades políticas de América, Europa, Asia y Africa. El segundo en Colombia y el tercero, en francés, en Haití; estos dos últimos para profesionales de los programas de estos dos países y ambos en 1958. Los cursos de emergencia se ajustaron al mismo esquema didáctico de los cursos regulares.

Un importante aspecto del adiestramiento es el constituido por los seminarios y grupos de trabajo. De los primeros se llevaron a cabo dos, uno en Cali, Colombia, en julio de 1957, sobre técnicas de laboratorio aplicables a la erradicación de la malaria, y otro en Panamá (con la colaboración de la División de Saneamiento Ambiental de la OMS) en junio de 1958, sobre la susceptibilidad de los anofelinos. También se colaboró en dos seminarios organizados por la ACI en los que se eligió como tema principal la erradicación de la malaria; el primero de éstos, en mayo de 1957 en Lima, Perú sobre educación sanitaria, y el segundo sobre medios audiovisuales, en Belo Horizonte, Brasil, de marzo a junio de 1958.

Con la colaboración del UNICEF se organizaron tres grupos de trabajo sobre técnicas de organización de transportes y conservación de vehículos, el primero en Lima, Perú, en abril de 1958, para los países de América del Sur, el segundo a fines del mismo mes en Tegucigalpa, Honduras, para los países de América Central, y el tercero en agosto de 1958, en Trinidad, en idioma inglés, para el área del Caribe.

La coordinación

Además de la labor de coordinación realizada por los propios cuerpos directivos de la Organización, y como parte de las actividades corrientes de la oficina del Director y de ME, la coordinación más efectiva en este campo se desarrolló a través de las reuniones de

Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria, de las cuales se han realizado ya seis para los países de América Central, dos para los de América del Sur, y una para las unidades políticas de habla inglesa del área del Caribe. Los Directores de los SNEM asisten a estas reuniones acompañados de sus jefes de operaciones y exponen con franqueza sus realizaciones y problemas, que se discuten en un ambiente de franca y fecunda camaradería; esto ha ayudado a la unificación de las técnicas, los procedimientos operativos y la terminología, así como también, y principalmente, a desarrollar y mantener un sólido espíritu de cuerpo, que ha contribuído en gran medida a dar a los programas de erradicación de la malaria en las Américas un aspecto de conjunto armónico en el que cada programa nacional es como la pieza de un mosaico.

Las actas finales de las reuniones de Directores de los SNEM incluyen recomendaciones para la coordinación entre los países del área, pero además algunos países han realizado acuerdos bilaterales, como Venezuela y Colombia, Salvador y Honduras, con el fin de dar ciertas facilidades recíprocas de trabajo; así, por ejemplo, las brigadas de un país hacen el rociamiento de las zonas fronterizas del otro, que son más accesibles por el lado del primero de ellos.

Otra forma de coordinación de gran trascendencia ha sido la llevada a cabo con las otras organizaciones internacionales que cooperan en el programa: el UNICEF y la ACI, colaboración que se ha mantenido empezando en la etapa de la preparación de los planes de operaciones; después durante la ejecución del programa en que las tres organizaciones internacionales participan como miembros de la comisión o consejo coordinador y asesor; luego en la organización y desarrollo de los centros de adiestramiento, los seminarios y los grupos de trabajo, y también a nivel de las oficinas centrales, integrando grupos de trabajo para formular recomendaciones sobre la forma de mejorar la asistencia técnica y económica. Se puede decir que esta coordinación ha llegado a un grado de tan alta eficiencia, que cabría afirmarse que las tres organizaciones: UNICEF, ACI y OSP han integrado en las Américas una trinidad con un objetivo común: la erradicación de la malaria en el Hemisferio Occidental.

Suministros

La Organización ha tomado a su cargo el suministro de algunos materiales necesarios para los programas de erradicación, que no se producen en los respectivos países y otras unidades políticas y que no proporcionan el UNICEF ó la ACI, o sea drogas, equipos de protección para rociadores y algunos elementos de laboratorio.

Las drogas se proporcionan con el exclusivo propósito de facilitar las operaciones epidemiológicas de evaluación y vigilancia. En el Documento OSP/ME Nº 16 se establece un cuidadoso plan de operaciones para el uso de estas drogas que ha sido adoptado por la mayoría de los países e incorporado al respectivo plan de operaciones.

El equipo de protección para rociadores ha sido motivo de estudio por técnicos especializados y se ha proporcionado en cantidades suficientes para proteger a los rociadores que trabajan con dieldrin. Sólo la experiencia de campo permitirá, sin embargo, decir la última palabra sobre la eficiencia de estos equipos, a los que se presta una atención especial para su contínuo perfeccionamiento.

Las operaciones epidemiológicas requieren cantidades considerables de material de laboratorio. El UNICEF ha proporcionado los microscopios y la Organización los colorantes, láminas y otros accesorios que los gobiernos no pueden adquirir por sí mismos en las cantidades necesarias. Se ha procurado asegurar así que la búsqueda y comprobación de los casos de malaria no decaiga en ningún momento por falta de este material.

Ayuda directa

La ACI ha suplido en muchos casos los costos locales, cuando la situación económica no permitía a los países sobrellevar por sí solos el esfuerzo financiero que exige un programa de erradicación de la malaria. En un caso se solicitó que la Organización participara en los costos locales y que al mismo tiempo tomara a su cargo una responsabilidad más activa en la ejecución de las operaciones.

Colaboración de Otras Organizaciones

En muchas partes de este informe se ha expuesto la forma de la colaboración de varios organismos, nacionales e internacionales. Es de justicia rendir, especialmente, un merecido tributo de reconocimiento al UNICEF y a la Administración de Cooperación Internacional del Gobierno de los Estados Unidos de América, por su contribución a una obra que no hubiera podido realizarse sin tan decidido y generoso apoyo. Se espera que el UNICEF asigne una suma de hasta 20,000,000 para la asistencia a los programas de las Américas, invertidos fundamentalmente en insecticidas, vehículos y sus accesorios, y equipo de laboratorio. La ACI ha hecho posible el desarrollo de los programas donde el UNICEF no estaba en condiciones de colaborar, o ha suplido la colaboración de éste en varios países. Pero es principalmente con su generosa y substancial aportación al Fondo Especial de la OSPA para la Erradicación de la Malaria que ha permitido la considerable ampliación de las actividades de la Organización en adiestramiento, asesoramiento técnico, coordinación y ayuda económica.

- - -

Al finalizar este informe es oportuno traer al recuerdo las últimas palabras del IV Informe presentado hace ocho años a la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana reunida en Ciudad Trujillo, en el que al resumir las posibilidades de erradicación de la malaria en el Hemisferio Occidental, terminaba así: "Las Américas tienen la respuesta."

El presente informe contiene en su exposición de hechos la respuesta de las Américas, donde la erradicación no es ya una posibilidad, sino una realización en marcha. Pero sería prematuro y peligroso declararse totalmente satisfechos. Un programa de erradicación sólo tiene dos alternativas finales: éxito o fracaso. Y si la decisión de emprender la erradicación ha sido vigorosa y unánime y puede ser un motivo de legítimo orgullo para los países de las Américas, hay que tener presente que sólo se está al comienzo del camino y que precisa mantener el esfuerzo hasta el final, sin declinaciones ni desmayos.

ANEXO

Se incluyen a continuación las resoluciones y recomendaciones relativas a la erradicación de la malaria adoptadas por los cuerpos directivos de las organizationes internacionales.

(1) Resolución XVIII

LUCHA ANTIPALUDICA

LA XIII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

CONSIDERANDO:

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

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

RESUELVE:

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

(2) Resolución XLII

ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

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

(a) La experiencia de los países que han logrado la erradicación de la malaria indica que, una vez que se interrumpe la transmisión, la infección desaparece de

de la población humana en pocos años, como consecuencia de la muerte natural del parásito;

(b) Existen observaciones recientes que han demostrado el desarrollo de resistencia a ciertos insecticidas en algunas especies de anofelinos, fenómeno que con el tiempo puede ocasionar graves dificultades y hasta fracasos, a las campañas antimaláricas; y

(c) La erradicación de la malaria en algunos países plantea el problema internacional de evitar la importación de nuevos casos a zonas ya libres de la infección,

RESUELVE:

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

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

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

(3) Recomendaciones del Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria *

ERRADICACION DE LA MALARIA

El Comité destacó dos importantes acontecimientos recientes en la lucha contra la malaria. En primer lugar se ha demostrado que es técnica y financieramente posible erradicar la malaria en grandes áreas, independientemente de su latitud, sobre todo mediante el uso de insecticidas de acción residual. En segundo lugar, se ha hecho patente que puede haber un límite de tiempo más allá del cual los insecticidas no destruyan a los mosquitos que transmiten la malaria,

* Documento traducido del inglés por la OSP.

a causa del desarrollo de resistencia en los vectores o de cambios en el comportamiento de éstos.

La resistencia a los insecticidas de hidrocarburos clorados ha aparecido en varias especies de anofelinos vectores de la malaria después de unos seis años de ejecución de programas de rociamiento con insecticidas de acción residual. El Comité cree que, en la mayoría de las circunstancias, con el planeamiento adecuado y la debida organización, es posible erradicar la malaria antes del tiempo límite, y recomienda que se estimulen los proyectos nacionales y regionales de erradicación de la malaria y que los actuales planes de control de la malaria se conviertan lo más pronto posible en planes de erradicación.

El Comité reconoce la ventaja de suspender el rociamiento con insecticidas de acción residual mientras el insecticida conserva su plena actividad contra el mosquito. Esta suspensión no es posible en los programas corrientes de control de la malaria, en los cuales no cabe prever la terminación del rociamiento; sólo puede llevarse a efecto en los planes de erradicación.

El Comité entiende por "erradicación de la malaria" la eliminación, en un área dada, de la malaria como enfermedad endémica. Por definición, la malaria deja de ser endémica cuando no ha habido nuevos casos autóctonos durante tres años consecutivos (a menos que se haya contraído de un caso importado), con tal que se realice una búsqueda adecuada de esos casos. La expresión "programa de erradicación de la malaria", tal como la emplea actualmente la OMS, significa: (a) la eliminación sistemática de la malaria, dentro de un número dado de años, en todo un país o grupo de países; y (b) la adopción de las precauciones necesarias para impedir la reinfestación. Para alcanzar la erradicación de la malaria se necesita establecer un control total en todas las áreas en que hay transmisión de la malaria. En algunos países se puede planear un programa de erradicación de la malaria de tal manera que se consiga la erradicación en etapas sucesivas, área por área, hasta acabar cubriendo todo el país.

El Comité entiende que el objetivo de los planes de erradicación de la malaria consiste en la eliminación de la malaria, como una enfermedad endémica, mientras que el objetivo del control de la malaria es sólo mejorar una situación endémica con la esperanza de que, con el tiempo, el mantenimiento de las medidas pueda dar por resultado la erradicación de la malaria, esperanza que raras veces se ha realizado.

El Comité cree que los nuevos proyectos contra la malaria han de tener por meta la erradicación, y que cabe esperar que los países que soliciten esos programas posean o establezcan, por el período que fuere necesario, una organización central antimalárica apropiada para la ejecución, coordinación y orientación del programa nacional, así como que promulguen la legislación necesaria para apoyar el programa y que se comprometan a sostenerlo financieramente por toda su duración. El UNICEF, por su parte, debería tratar de continuar su asistencia hasta la terminación del programa.

El Comité recomienda que el UNICEF dé la más alta prioridad al apoyo de los programas de erradicación de la malaria.

El Comité recomienda que en aquellas áreas especiales en las que, por razones técnicas, los programas de erradicación se estimen prematuros, se considere la posibilidad de apoyar los programas de control.

El Comité recomienda que el UNICEF y la OMS ejerzan toda su influencia para que los programas de control de la malaria en los que actualmente colaboran, se conviertan lo más rápidamente posible en programas de erradicación.

(4) Resolución WHA8.30

ERRADICACION DEL PALUDISMO

La Octava Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo estudiado el informe completo y la propuesta sobre erradicación del paludismo presentados por el Director General;

Habiendo examinado las recomendaciones formuladas por la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Santiago de Chile en octubre de 1954, y por la Conferencia sobre Paludismo para las Regiones del Pacífico Occidental y del Asia Sudoriental, que tuvo lugar en Baguio, Filipinas, en noviembre de 1954, relativas al peligro que representa la posible aparición de una resistencia de los anofelinos vectores a los insecticidas y a las medidas que deben adoptarse para evitar ese peligro;

Teniendo en cuenta la resolución EB15.R67, aprobada por el Consejo Ejecutivo en su 15ª reunión, después de haber estudiado los informes de que se disponía en esa época;

Considerando que el objetivo final de los programas de lucha antipalúdica debe ser la erradicación de esta enfermedad,

I. 1. INVITA a los gobiernos a intensificar sus programas nacionales de lucha antipalúdica, a fin de que pueda conseguirse la erradicación del paludismo y ponerse término sin peligro a las campañas sistemáticas de pulverización con insecticidas antes de que sea un hecho el peligro potencial de una resistencia a los insecticidas en las especies de anofelinos vectores;

2. AUTORIZA al Director General a pedir a los gobiernos de los países donde aun existe el paludismo que concedan prioridad a los proyectos de erradicación de esta enfermedad en las solicitudes de asistencia que presenten en relación con el Programa Ampliado de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas y que proporcionen los recursos locales disponibles que sean necesarios para la erradicación del paludismo;

II. DECIDE que la Organización Mundial de la Salud debe tomar la iniciativa, prestar asesoramiento técnico y fomentar las investigaciones y la coordinación de los recursos para poner en práctica un programa que tenga como objetivo final la erradicación del paludismo en todo el mundo;

III. 1. AUTORIZA al Director General a obtener, de fuentes gubernamentales y privadas, contribuciones financieras para la erradicación del paludismo;

2. ESTABLECE con arreglo a las disposiciones de los párrafos 6.6 y 6.7 del Reglamento Financiero, una Cuenta Especial para la Erradicación del Paludismo, que estará sujeta a las normas siguientes:

(1) Los haberes de la Cuenta Especial estarán constituídos por las contribuciones voluntarias recibidas en cualquier divisa utilizable y por el valor de las contribuciones en especie que sean aportadas en forma de servicios o de suministros y equipo.

(2) Los recursos de la Cuenta Especial permitirán contraer obligaciones para los fines indicados en el párrafo (3) siguiente; los saldos no utilizados de la Cuenta serán transferidos de un ejercicio financiero al siguiente.

(3) La Cuenta Especial se utilizará para sufragar los gastos siguientes:

(a) investigaciones;
(b) compra de suministros y equipo que -- a excepción de las necesidades mínimas que se financiarán mediante los fondos ordinarios y los de Asistencia Técnica -- sean necesarios para la ejecución eficaz del programa en cada uno de los países; y
(c) servicios que puedan ser necesarios en algunos países y que no puedan obtenerse de los gobiernos de dichos países.

(4) Las operaciones que se proyecte financiar por medio de la Cuenta Especial se presentarán por separado en el proyecto anual de programa y de presupuesto y se indicará al propio tiempo si los recursos necesarios se encuentran disponibles en la Cuenta Especial o si procederán de otra fuente.

(5) De conformidad con lo dispuesto en los párrafos 6.6 y 11.3 del Reglamento Financiero, la Cuenta Especial será objeto de una contabilidad separada y sus operaciones se presentarán aparte en el informe financiero anual del Director General.

IV. AUTORIZA al Consejo Ejecutivo, o a un Comité del Consejo facultado por éste para adoptar las medidas necesarias en los intervalos entre las reuniones del Consejo, a desempeñar las funciones siguientes:

(1) Aceptar contribuciones a la Cuenta Especial con arreglo a lo dispuesto en el Artículo 57 de la Constitución; y

(2) Facilitar asesoramiento al Director General, de tiempo en tiempo, sobre cualesquiera cuestiones relativas a la política que ha de seguirse para la administración de la Cuenta Especial o en la ejecución del programa.

Novena sesión plenaria, 26 de mayo de 1955 (sección 1 del tercer informe de la Comisión del Programa y del Presupuesto)

(5) Resolución XXI

PROGRAMA DE ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando la Resolución XVIII de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, por la cual se encomendó a la Oficina Sanitaria Panamericana propender a la intensificación y coordinación de las labores de lucha antimalárica con objeto de procurar la erradicación de la malaria en el Hemisferio Occidental;

Considerando la Resolución XLII de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, por la cual se dispone que la Oficina Sanitaria Panamericana proceda a dar cumplimiento a la resolución antes citada y estudie las medidas de carácter internacional para asegurar la protección de los países o territorios que hayan logrado la erradicación de la malaria; y se autoriza al Director para obtener la participación financiera de organizaciones públicas o privadas, nacionales o internacionales, para adelantar el desarrollo de los objetivos señalados en ella; y

Considerando los resultados obtenidos en los países americanos en la lucha contra la malaria, y especialmente los progresos realizados a partir de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

1. Destacar el consenso de todos los países del Continente para darle a la malaria la primera prioridad entre los problemas de salud pública.

2. Reafirmar su fe en la erradicación de la malaria en el Continente americano.

3. Reconocer los ingentes esfuerzos que los países de América han hecho y están haciendo para llevar a término sus programas antimaláricos.

4. Estimar y agradecer altamente la colaboración del Gobierno de los Estados Unidos de América al asignar la suma de $1.500.000 para incrementar el fondo especial de la Oficina Sanitaria Panamericana destinado a la lucha contra la malaria en el Continente.

5. Reconocer la importancia de la colaboración internacional para el éxito del programa de erradicación de la malaria en América; y señalar que la participación económica del UNICEF y de la Asistencia Técnica de las Naciones Unidas ha sido de especial significación en el plan de actividades que la Oficina Sanitaria Panamericana y los distintos Gobiernos Miembros desarrollan conjuntamente en este campo.

6. Recomendar a los Gobiernos Miembros que, dado el carácter de emergencia de los programas de erradicación de la malaria, asignen a los servicios nacionales de malaria la debida jerarquía y autoridad para la agilidad en el manejo de los fondos y los problemas de personal, como uno de los medios de asegurar el éxito de un programa de erradicación.

7. Estimular a los Gobiernos Miembros a extremar sus esfuerzos, en la medida que les corresponda, en el sentido de convertir sus programas de control de malaria en programas de erradicación, y de asegurar los recursos indispensables para que los programas de erradicación en marcha no sufran interrupción hasta su término.

8. Recomendar a los Gobiernos Miembros que hayan avanzado en el proceso de la erradicación de la malaria, o que la consideren ya lograda, que se ajusten, para los informes de estado del programa, a los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana, requiriendo para ello la colaboración de expertos de estas Organizaciones.

(Aprobada en la duodécima sesión plenaria del 25 de septiembre de 1956)

(6) Resolución XIII

NOTIFICACION INTERNACIONAL DE LOS CASOS DE MALARIA

EL CONSEJO DIRECTIVO,

Considerando que la Resolución XLII de la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana declaró que la erradicación de la malaria en algunos países requería que se prestara atención al problema internacional de evitar la importación de nuevos casos a zonas ya libres de la infección; y

Considerando que para la transmisión de datos exactos relativos a la malaria, particularmente para los programas de erradicación, se deben concertar los esfuerzos encaminados al descubrimiento de casos

y al mejoramiento de la notificación por parte de los médicos, hospitales, clínicas y servicios de salud pública,

RESUELVE:

1. Recomendar a los Estados Miembros que la malaria sea declarada enfermedad de notificación obligatoria y que esta notificación se extienda a todas las zonas del país.

2. Recomendar que los informes se envíen regularmente a la Oficina, de ser posible todas las semanas, para información de todas las autoridades sanitarias.

3. Recomendar la intensificación de los métodos de descubrimiento de casos a fin de garantizar la notificación exacta de casos de malaria para la protección de las zonas y países que ya han logrado la erradicación.

(Aprobada en la décima sesión plenaria el 23 de septiembre de 1957)

(7) Recomendación Núm. 15 del Comité Interamericano de Representantes de los Presidentes de las Repúblicas Americanas

ERRADICACION DE LA MALARIA EN LAS AMERICAS

1. Exposición del Problema

El Comité estima, de acuerdo con las conclusiones de la Organización Sanitaria Panamericana, que la erradicación de la malaria es el problema sanitario más importante de América, no sólo desde el punto de vista de la salud pública, sino también por sus profundas repercusiones en el desarrollo económico y en el bienestar social de los pueblos del Continente.

Los estudios realizados sobre la materia permiten afirmar que, si se adopta un programa continental adecuado, es posible erradicar la malaria en las Américas en un período relativamente corto, estimado en cinco años.

2. Recomendaciones

El Comité recomienda:

a. Que se apoye la realización del programa de erradicación total de la malaria en las Américas, elaborado por la Organización Sanitaria Panamericana, al cual el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia contribuye con equipo y materiales necesarios.

b. Que se instruya a los representantes gubernamentales en los diversos organismos internacionales que tienen ingerencia en

este problema, a fin de obtener de éstos su máxima ayuda en la ejecución de dicho programa continental.

c. Que, conforme a sus respectivos procedimientos internos, los Gobiernos de las Repúblicas Americanas procuren asignar o incrementar los fondos que se necesiten a fin de cubrir el déficit en el costo total del programa continental de erradicación de la malaria en las Américas.

3. Cálculo del Costo

Se estima el costo total de la erradicación de la malaria en América en 144.406.370 dólares, de los cuales corresponden 6.591.367 a territorios todavía dependientes de países extracontinentales.

Deduciendo los fondos ya destinados a esta campaña, e incluyendo en esas deducciones las aportaciones de los Gobiernos de los Estados Unidos, la República Dominicana y Venezuela, queda un déficit de 43.354.000 dólares, de los cuales 310.000 corresponden a los mencionados territorios dependientes. El déficit de 43.354.000 dólares se distribuye así: 23.375.000 dólares correspondientes a los presupuestos nacionales, y 19.979.000 a fuentes internacionales.

La Oficina Sanitaria Panamericana y los países con déficit en los programas nacionales de erradicación de la malaria deberían estudiar la forma de financiar ese déficit.

(8) Resolución XLIII

USO DE FONDOS PARA LA INTENSIFICACION DE ACTIVIDADES ANTIMALARICAS

LA XIV CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Teniendo en cuenta la resolución sobre la erradicación de malaria en las Américas, aprobada en el curso de la presente sesión; y,

Considerando que es necesario proveer a la Oficina Sanitaria Panamericana de los recursos financieros que le permitan llevar a cabo las funciones que le fueron encomendadas en la resolución antedicha,

RESUELVE:

(1) Autorizar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana a comprometer una suma hasta de $100.000 del superávit que pueda existir para el 31 de diciembre de 1954, con el propósito de intensificar las actividades antimaláricas de la Oficina dirigidas a la erradicación de la malaria en el Hemisferio Occidental.

(2) Aprobar la preparación de un proyecto de presupuesto para 1956 por el Comité Ejecutivo, para la consideración del Consejo Directivo, con un aumento de $100.000 sobre el presente nivel presupuestario, aumento específicamente destinado a la intensificación de las actividades antimaláricas de la Oficina.