

COMISION DEL PROGRAMA Y DEL PRESUPUESTO

ACTA RESUMIDA PROVISIONAL DE LA DECIMA SESION

Palais des Nations, Ginebra  
Lunes 21 de mayo de 1956, a las 14.30 horas

PRESIDENTE: Dr M. JAFAR (Pakistán)

SUMARIO

	<u>Página</u>
1. Programas de lucha contra la lepra (continuación) .....	2
2. Erradicación del paludismo. Informe sobre el cumplimiento de la resolución WHA8.30 ....	10

Nota: Las rectificaciones que hayan de introducirse en la presente Acta Resumida Provisional deberán estar en poder del Jefe de Actas Resumidas de la Organización Mundial de la Salud, Palais des Nations, Ginebra, en fecha no posterior al 30 de junio de 1956.

1. PROGRAMAS DE LUCHA CONTRA LA LEPROSA: Punto 6.17 del orden del día (resolución EB17.R29; documentos A9/P&B/3 y A9/P&B/3 Add.1) (continuación)

El Dr SIRI (Argentina) dice que ha pedido la palabra para apoyar la propuesta del Gobierno de Birmania (documento A9/P&B/3) y para presentar otras dos propuestas.

Le complace el interés manifestado en el curso del debate por la lucha contra la lepra y particularmente la aprobación por el Consejo Ejecutivo en su última reunión de la resolución EB17.R29, en la que pide al Director General que en los futuros proyectos de programa y de presupuesto incluya disposiciones para que se proporcione esa asistencia a los Estados Miembros cuando éstos la soliciten y recomienda a la Novena Asamblea Mundial de la Salud que apruebe una resolución en la que se encarezca a los comités regionales que estudien la cuestión de promover proyectos de lucha contra la lepra. Como, si la memoria le es fiel, no se ha hecho mención hasta ahora de esa resolución, el orador citará algunos datos facilitados por el Director General en el debate que dio lugar a la aprobación de la misma.

El Comité de Expertos sobre la Lepra celebró su primera reunión en noviembre de 1952. Su informe, publicado en el número 71 de la Serie de Informes Técnicos contiene todas las normas de orientación necesarias para luchar contra la lepra con arreglo a las técnicas modernas, normas que fueron confirmadas por el congreso internacional celebrado en Madrid en 1953, en el que un representante de la OMS presentó un informe sobre las actividades llevadas a cabo por la Organización.

En 1954, la OMS publicó una reimpresión de un interesante trabajo titulado "Leprosy: A Survey of Recent Legislation", que apareció por primera vez en el "International Digest of Health Legislation".

La asistencia de la OMS a los países en la lucha contra la lepra comenzó en 1950. Esa ayuda consistía, normalmente, en facilitar, primero, un consultor para que efectuara una encuesta preliminar y ayudara a elaborar un plan de acción y después en enviar uno o más expertos para colaborar en la organización preliminar de los servicios de lucha contra la enfermedad. De acuerdo con ese plan se proporcionó ayuda a muchos gobiernos y se están preparando muchos proyectos más. El UNICEF proporciona suministros y equipo en cumplimiento de la decisión del Comité Mixto de Política Sanitaria de considerar que la lucha contra la lepra era acreedora a la asistencia del Fondo.

De conformidad con la resolución WHA5.28, las oficinas regionales de la OMS estimulan también a los gobiernos a intensificar sus actividades de lucha contra la lepra y proporcionan ayuda y asesoramiento técnico en las regiones y siguen muy de cerca el perfeccionamiento de los métodos que pueden ofrecer interesantes posibilidades en los proyectos de campo, por ejemplo, el tratamiento bimensual con inyecciones de di-aminodifenil de sulfona en aceite de ohaulmugra, ampliamente experimentado en el Africa Occidental Francesa y aplicado actualmente en algunos proyectos de la OMS.

La Sede lleva a cabo ahora estudios coordinados sobre el valor de los exámenes histopatológicos recomendados por el Comité de Expertos en Lepra, ha concedido 14 becas de estudios sobre lucha contra la lepra y está organizando cursillos interregionales de adiestramiento. Por último, ha prestado atención

inmediata y sin reservas al problema de la rehabilitación de los enfermos convalecientes de la lepra, como lo demuestran el envío de un representante al Congreso celebrado al respecto en Roma durante el año en curso y la compilación de cuantas informaciones es posible obtener sobre las cuestiones medicopatológicas, sociales y administrativas que se plantean en cada país donde la lepra plantea un problema.

Las actividades de la OMS sobre la lucha contra la lepra han sido pues considerables y sin duda se intensificarán aún más en lo sucesivo. El orador estima que sería justo que la Comisión expresara su satisfacción por la labor que realizan el Director General y sus colaboradores.

En su propio país no es muy grave el problema de la lepra, a juzgar por las estadísticas conocidas y las conclusiones de la última asamblea de la Asociación Americana de la Lepra, que estimó en uno por 100 000 el número de leprosos. No obstante, según la experiencia recogida en algunas regiones como Birmania y Africa Sudoriental Francesa, no es aventurado afirmar que el índice real es mucho más alto, especialmente en la región contigua al Paraguay, donde el número de casos conocidos aumentó considerablemente después de quedar demostrados los excelentes resultados de los métodos terapéuticos.

Escuchó, por lo tanto, con gran interés el informe del delegado de Paraguay sobre los trabajos que se vienen realizando en ese país con ayuda de la OMS y de la Oficina Sanitaria Panamericana y al llegar a Ginebra se puso en contacto con el Director General Adjunto, Dr Sutter, y con el Dr Soper, Director General para las Américas, con el fin de examinar la posibilidad de enviar un experto que, en colaboración con expertos argentinos, estudiara la preparación de un plan de lucha eficaz contra la lepra. Se está examinando también la posibilidad de combinar ese

proyecto con el que se está llevando ya a cabo en Paraguay. La única frontera natural entre los dos países está constituida por un río y ambos se enfrentan, en realidad, con un problema epidemiológico común respecto a la lepra.

Es cierto que Argentina y Paraguay no son los dos únicos países de América donde la lepra es un problema. Sugiere, pues, que la conferencia propuesta se organice sobre una base interregional y con asistencia de un experto de la Región de las Américas y quizá también de otro de la Región Africana.

En consecuencia, sus proposiciones son: (1) que se apruebe la recomendación formulada por el Consejo Ejecutivo en la resolución EB17.R29; (2) que se apruebe la propuesta del Gobierno de Birmania, y (3) que la conferencia sea interregional para todos los países de Asia y asistan a ella también expertos de las Américas y de Africa.

El Dr REGALA (Filipinas) se pregunta si el Director Regional para Asia Sudoriental está seguro de que, teniendo en cuenta que el presupuesto ha sido ya aprobado esta mañana por la Asamblea de la Salud, sería posible, desde el punto de vista financiero, celebrar una conferencia regional en 1957.

El Dr DUREN (Bélgica) dice que la propuesta de Birmania ha interesado vivamente a su delegación, aunque sería preferible, puesto que la magnitud del problema de la lepra no es la misma en todas las regiones, organizar la conferencia sobre una base interregional, como han indicado otros delegados.

Como ha explicado el delegado de Francia, la lepra es un grave problema en la región africana y la mayor parte de los países y territorios de Africa le han dedicado mucha atención en una serie de reuniones celebradas en el curso de los últimos años, sobre todo en Leopoldville.

En el Congo Belga, con 12 millones de habitantes aproximadamente, hay cerca de 250 000 leprosos. En memoria del Padre Damian, el gran misionero belga, se ha hecho un esfuerzo para organizar la lucha contra esa enfermedad aplicando principios análogos a los establecidos en el documento presentado por el Gobierno de Birmania. Todavía es demasiado pronto para hablar de erradicación, pero es seguro que con los modernos métodos terapéuticos se conseguirá disminuir considerablemente la incidencia de la enfermedad. Se presta gran atención al diagnóstico precoz, sistema que el Gobierno trata de aplicar haciendo un censo completo de la población. Los casos "leves" que representan aproximadamente el 80% del total, reciben tratamiento ambulatorio en dispensarios y centros. Los casos "graves" o multibacilares, considerados como contagiosos y que representan aproximadamente el 9% del total, en unión de los pacientes mutilados que representan alrededor del 11%, son aislados en centros donde viven resignadamente en las condiciones más parecidas posibles a las de sus aldeas. En realidad, es más fácil persuadirles de que entren en esos centros que persuadirles a salir de ellos, aunque las comunidades de donde proceden no muestran ningún deseo de relegarlos. En la fase actual del censo se estima que las cuatro quintas partes de todos los enfermos de lepra en el país están sometidos a tratamiento normal en ambulatorios o en centros.

Para terminar, el orador expresa la esperanza de que la OMS prestará la ayuda solicitada al Gobierno de Birmania y a los otros países de Asia Sudoriental que desean colaborar. Espera también que las actividades se desarrollen en un plano mundial, a fin de que la experiencia adquirida en muchos países distintos

permita fijar normas de orientación aun más precisas para la lucha contra la enfermedad en sus dos aspectos, médico y social. .

El Dr LE-VAN-KHAI (Viet Nam) manifiesta que su delegación apoya la proposición del Gobierno de Birmania y desea que la conferencia regional propuesta se organice sobre una base interregional.

En Viet Nam hay por lo menos 30 000 casos de lepra y hasta ahora ha fracasado completamente el aislamiento obligatorio, pues el número de casos parece aumentar en vez de disminuir. A su juicio deben emplearse distintos métodos y la conferencia propuesta ayudará mucho a descubrirlos.

El Dr BIJLMER (Países Bajos) hace observar que, como han señalado varios delegados, la lepra es una enfermedad bastante corriente en la región del Pacífico Occidental. La Nueva Guinea Holandesa no está libre de ella y como parece ser que esa enfermedad ha invadido la isla muy recientemente, es importante atajarla antes de que se extienda. Un médico de la Nueva Guinea Holandesa ha sido adiestrado en leprología por un experto de la Comisión del Pacífico Septentrional y después de seguir un curso de estudios superiores en esa materia en una leprosería de Fidji, dirige hoy día el Servicio de Lepra de la Nueva Guinea Holandesa. Ello demuestra el interés que por el problema de la lucha contra la lepra tiene la delegación de Países Bajos, la cual comparte los puntos de vista expresados por varios delegados en el sentido de que la conferencia debe ser interregional.

El Dr HYLANDER (Etiopía) dice que su delegación es también partidaria de que se celebre la conferencia propuesta si el presupuesto lo permite. Su

Gobierno considerará la lepra como uno de los principales problemas de salud pública que se plantean en el país y pidió ayuda a la OMS desde el primer momento en que la Organización inició sus actividades. La OMS envió primero a un experto y luego a un consultor que había iniciado un proyecto experimental basado en técnicas modernas, quimioterapia, readaptación, educación, tratamiento ambulatorio, etc. Por aquel entonces, hace unos diez años, los casos de lepra se estimaron en 15 000, pero hoy día, gracias a que puede aplicarse un tratamiento sin segregación, los pacientes se diagnostican a sí mismos y se presentan por su propia voluntad en los centros; el resultado es que el número de casos conocidos asciende actualmente a 115 000. Se está recibiendo una importante ayuda del UNICEF en forma de suministros y equipo.

El Dr JANZ (Portugal) dice que su delegación es partidaria de que se celebre una conferencia sobre la lucha contra la lepra, con preferencia de carácter interregional y con la participación de Africa en medida proporcionada a la importancia del problema de la lepra en esa región.

El Profesor FORD (Australia) apoya también la propuesta de que se celebre una conferencia sobre la lepra y espera que pueda ser interregional.

El Dr AL-WAHBI (Irak) reconoce la importancia de la lepra como problema de salud pública en todo el mundo, aunque no se trate de una enfermedad muy frecuente en su país. Sin embargo, desde el punto de vista práctico, no ve la manera de que pueda darse curso a la propuesta del Gobierno de Birmania, toda vez que en el presupuesto aprobado esta mañana no se han previsto créditos para una conferencia de este género. Por consiguiente, se abstendrá de votar sobre la propuesta.

EL PRESIDENTE señala a la atención de la Comisión el siguiente proyecto de resolución, que recoge, a su juicio, los puntos de vista de la mayoría de la Comisión:

La Novena Asamblea Mundial de la Salud,

Habiendo examinado la propuesta presentada por el Gobierno de Birmania de que se celebre en Asia Sudoriental una conferencia sobre la lucha contra la lepra;

Teniendo en cuenta la importancia de los problemas de la lepra y las actividades nacionales e internacionales que se llevan a cabo en distintas regiones del mundo,

RECONOCE la conveniencia de convocar una conferencia como la propuesta por el Gobierno de Birmania para estudiar la cuestión de la lucha contra la lepra en los países que tienen análogos problemas epidemiológicos, sociales y administrativos;

PIDE al Director General que estudie la conveniencia de celebrar esa conferencia como actividad interregional en 1958.

El Dr AL-WAHBI (Irak) dice que, puesto que se propone que la conferencia se celebre en 1958 y no en 1957 como había creído, votará a favor del proyecto de resolución.

EL PRESIDENTE, en contestación a una pregunta del Dr Siri (Argentina) dice que la palabra "interregional" significa que todas las regiones de la OMS pueden estar representadas en la conferencia.

El Dr REGALA (Filipinas) se refiere a su pregunta de si sería posible desde el punto de vista financiero organizar en 1957 la conferencia propuesta. En vista del proyecto de resolución presentado ahora, deja al arbitrio del Director General la organización de la conferencia en 1958, si ello es posible.

Decisión: Se aprueba por unanimidad el proyecto de resolución.

El Dr SIRI (Argentina) recuerda su propuesta de que la Asamblea de la Salud adopte la recomendación hecha con el Consejo Ejecutivo en su resolución EB17.R29. Considera que el proyecto de resolución no comprende ese punto.

El PRESIDENTE señala que el proyecto de resolución ha sido ya aprobado y que, con arreglo al Reglamento Interior, no se puede abrir de nuevo el debate al respecto sin el asentimiento de una mayoría de dos tercios. Sin embargo, no duda de que el Director General tendrá en cuenta las observaciones del Dr Siri al dar cumplimiento a la resolución.

2. ERRADICACION DEL PALUDISMO: Punto 6.12 del orden del día.

Informe sobre el cumplimiento de la resolución WHA8.30: Punto 6.12 del orden del día (resoluciones WHA8.30 y EB17.R60; documentos A9/P&B/25 y A9/P&B/27)

El Dr DIAZ-COLLER (México) declara que en su país, con la ayuda del UNICEF y de la OMS, se ha transformado el programa de lucha contra el paludismo en un programa de erradicación. Este programa costará \$20 000 000 y producirá enormes beneficios en zonas donde viven 20 000 000 de personas, es decir, las dos terceras partes de la población total del país.

Es de gran valor la experiencia adquirida con el programa de vacunación con BCG, el cual demostró que el éxito de las campañas en masa depende de la colaboración de la clase médica. Como primera medida, se han dado instrucciones a 15 000 médicos, en el curso de entrevistas personales, sobre el modo de llevar a cabo su trabajo. Después se ha puesto en marcha el mecanismo gubernamental para la educación del público, tomándose asimismo medidas para que los médicos reciban

comunicados de prensa, especialmente en las provincias. Se ha logrado atraer a todos los médicos, que se muestran dispuestos a tomar una parte activa en la ejecución del programa, sobre todo en lo que respecta a la notificación de los nuevos casos de paludismo. Está casi terminado el adiestramiento de cerca de 4000 trabajadores y se han iniciado los trabajos de rociamiento con insecticidas de acción residual.

La dirección técnica y administrativa de la campaña se ha confiado a una oficina independiente de evaluación, donde prestan servicio expertos internacionales.

El Dr Díaz-Coller da las gracias en nombre de su Gobierno por la asistencia que le prestan las oficinas regional y de zona de la OMS.

El Profesor RODHAIN (Bélgica) aprueba sin reservas las medidas propuestas para la realización del programa de la OMS sobre paludismo y en particular los trabajos de investigación proyectados sobre los problemas propios de la Región de Africa. Está seguro de que se podrán aclarar varios puntos actualmente discutidos sobre los hábitos de los Anopheles gambiae, lo que significará una contribución importante a la resolución del difícil problema que plantea la erradicación del paludismo en Africa Central.

Los delegados que asistieron a la clausura del Cuarto Congreso de Medicina Tropical y Paludismo, celebrado en Washington en 1948, deben recordar el ocurrente discurso del eminente malariólogo norteamericano Dr Hackett, profetizando la desaparición de la especie Malariólogo y su reducción al estado de fósil como resultado de la erradicación del paludismo. Han transcurrido ocho años desde entonces y aunque el paludismo haya disminuido de un modo espectacular

en vastas regiones del mundo, no ha muerto todavía. Se está defendiendo e incluso vuelve al ataque. La resistencias adquirida por ciertos mosquitos al DDT, los hábitos peculiares de ciertas variedades de A. gambiae de Africa Central y las especiales condiciones geobotánicas y sociales existentes en esa región, están retrasando la desaparición del paludismo y exigen que se intensifiquen los esfuerzos para combatirlo.

El orador afirma que no es pesimista, pero que una larga experiencia le ha enseñado que ciertos parásitos se aferran tenazmente a la vida. La misma naturaleza está de su parte. La erradicación final del paludismo exigirá los servicios de malariólogos como Hackett y el empleo de insecticidas para vectores adultos y de parasiticidas eficaces. Unicamente la aplicación combinada de todos estos medios permitirá reducir, por fin, el paludismo a una curiosidad médica conservada en los laboratorios.

El Dr TOGBA (Liberia) aprecia el hecho de que tanto el Director General y su personal como los miembros de la Asamblea de la Salud consideren el paludismo como problema mundial, porque es la principal causa de mortalidad en gran número de países. Sin embargo, no puede desconocerse el hecho de que, al pretender hacer frente a esta enfermedad, muchos países han tropezado con dificultades considerables. Estima también que es sorprendente la exigüidad de los fondos asignados por la OMS a un proyecto tan vasto como la erradicación del paludismo.

Tiene el más vivo deseo de que la OMS emprenda un estudio con objeto de determinar lo que puede hacerse realmente para la erradicación del paludismo. En su propio país se han realizado esfuerzos considerables, pero incluso las campañas de control han resultado difíciles, aunque no duda de que, con métodos idénticos

en otros lugares se hubiese conseguido ya erradicar la infección. Parece pues que está todavía por descubrir algún factor esencial para conseguir la erradicación del paludismo en su país y que lo mismo ocurre, probablemente, en otras partes de Africa.

El orador se pregunta asimismo si el Director General no podía interponer sus buenos oficios para conseguir que, cuando se emprenda un programa de erradicación en cualquier país, se tomen medidas simultáneas en los países vecinos. Está en ejecución en Liberia desde hace dos años un programa de lucha antipalúdica realizado con asistencia de la OMS, del UNICEF y de la Administración de Cooperación Internacional de Estados Unidos, pero no se está haciendo nada en los países vecinos y los mosquitos no respetan las fronteras.

El Dr Togba desea insistir, como lo hizo ya en el curso de la Octava Asamblea Mundial de la Salud, en que no puede tomarse el problema del paludismo a la ligera. Ante todo, deben asignarse a ese fin mayores sumas de dinero, porque los créditos votados no llegan ni siquiera a ser una gota en un cubo de agua.

El Dr RAMIREZ-ELIAS (Ecuador) declara que en su país, de clima tropical, la incidencia de las enfermedades tropicales ha tendido siempre a adquirir proporciones epidémicas. Hasta hace diez años, el paludismo ha sido la causa principal de mortalidad. Desde entonces, su país ha emprendido, sin más recursos que los propios, una campaña que, dadas las restricciones presupuestarias y la extensión e inaccesibilidad de la zona de que se trata, ha de llamarse más bien campaña de lucha antipalúdica que campaña de erradicación. En esos diez años ha sido posible, no obstante, reducir la mortalidad de un 80% durante la estación de las lluvias

a menos del uno por 10 000 durante el conjunto del año en las capitales de provincia y especialmente en el puerto de Guayaquil, que tiene una población de 360 000 habitantes.

En la actualidad, después de un estudio muy completo sobre las especies vectoras y de una delimitación de la zona afectada, se ha establecido un plan para llevar a cabo un programa de cuatro años al que contribuirá el gobierno con medio millón de dólares, y el UNICEF con 200 000. La Organización Sanitaria Panamericana prestará asistencia técnica. Está a punto de darse el primer paso con objeto de transformar el programa de lucha antipalúdica en un programa de erradicación de la enfermedad y la campaña se llevará a cabo de un modo análogo al empleado en México y otros países latinoamericanos. El Dr Ramírez-Elías desea sin embargo informar a la Asamblea de la Salud que, debido a las condiciones que prevalecen en su país (lluvia durante todo el año, vegetación que favorece la multiplicación de los mosquitos, inaccesibilidad de ciertas zonas, etc.), la ayuda ofrecida al Ecuador es insuficiente y debe aumentarse si se quiere conseguir la erradicación.

El Dr ACOSTA-MARTINEZ (Venezuela) se declara complacido por el interés general que despierta el problema de la erradicación del paludismo. Se propone hacer una declaración sobre la experiencia adquirida en su país, con el fin de precisar los motivos que han impulsado a su delegación a presentar, junto con las de Brasil y Filipinas, el proyecto de resolución que figura en el documento A9/P&B/25.

Entre 1936, fecha en que se fundó la División de Malariología del Gobierno, y 1945, año en que empezó a utilizarse el DDT, se realizaron campañas antipalúdicas

por los métodos corrientes entonces. Se hicieron pocos progresos debido al conocimiento insuficiente de factores básicos tales como los índices de morbilidad y de mortalidad, las especies vectoras y las condiciones locales.

A fines de 1945, se inició en Venezuela el rociamiento con DDT. La situación era entonces la siguiente: en una zona de 920 000 Km<sup>2</sup> aproximadamente, el 25% de una población de 4 000 000 de habitantes sufría ataques de paludismo cada año. El índice de mortalidad debido a esta infección era de 110 por 100 000, y las pérdidas económicas ascendían al 15% de la renta nacional, es decir a 13 500 000 bolívares (equivalente a aproximadamente \$4 000 000). La vida económica de la nación estaba paralizada, y la distribución de la población, esparcida en una vasta zona, hacía que fuera imposible, desde el punto de vista financiero, llevar a cabo un programa de gran alcance.

En 1945, después de cuatro años de ensayos, el Dr Gabaldón, Jefe de la División de Malariología, pudo declarar ante la Real Sociedad de Medicina Tropical y de Higiene de Londres que se podía prever la eliminación total del paludismo en las zonas más importantes. Repitió también una declaración que había hecho ya a los expertos sanitarios de Venezuela, en el sentido de que la erradicación del paludismo era posible merced al empleo adecuado de insecticidas. Esto se vio confirmado en 1954, cuando el Dr Gabaldón presentó un informe en donde indicaba que la erradicación era un hecho en la principal zona tropical del país. Un mes más tarde, la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, reunida en Santiago de Chile, adoptó una resolución recomendando a sus Estados Miembros que transformaran sus

programas de control del paludismo en programas de erradicación. La Octava Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en México en 1955, adoptó como resolución WHA8.30, un proyecto de resolución presentado conjuntamente por la delegación de Venezuela y otras trece delegaciones, prestando así su apoyo al plan de erradicación en el mundo entero.

El modo en que se ha desarrollado la campaña y los resultados obtenidos aparecen claramente en cierto número de mapas y gráficos que el Dr Acosta-Martínez tiene el propósito de comunicar a los miembros de la Comisión. Como podrá verse, existen todavía ciertas zonas en donde no ha sido posible realizar la erradicación por medio de insecticidas de acción residual. Esto no es debido a una verdadera resistencia fisiológica sino al hecho de que los dos principales vectores no fueron atacados por los insecticidas utilizados en las casas, porque no tienen la costumbre de introducirse en las viviendas. Será necesario, por tanto, completar la acción de los insecticidas con la de la quimioterapia. Se prevé que esta fase final de la campaña costará 30 000 000 de bolívares, es decir aproximadamente \$9 000 000 (entre 1945 y diciembre de 1954 el programa costó 136 000 000 de bolívares, o sea \$48 000 000).

El Dr Acosta-Martínez añade que su Gobierno considera que el esfuerzo final previsto está perfectamente justificado. Entre 1945 y 1955, la mortalidad por malaria ha disminuido de 110 por 100 000 a 0.3 por 100 000. La renta nacional ha ascendido a unos 3 000 de bolívares anuales, es decir, a \$930 000 000. La población actual es de 6 000 000 de habitantes. Se han recuperado grandes zonas para la agricultura y se han emprendido obras de riego en gran escala. Aumenta

de día en día la afluencia de inmigrantes y de capitales extranjeros. Se recogen tres o cuatro cosechas cada año, en vez de una y escasa. Además, ha sido posible intensificar otros programas sanitarios, lo que, junto a una administración sanitaria bien dirigida, ha contribuido a robustecer y diversificar la economía del país.

Los hechos que el Dr Acosta-Martínez ha mencionado le han llevado entre otras razones a ponerse de acuerdo con los delegados de Brasil y de Filipinas para presentar el documento A9/P&B/25. Dirige un llamamiento a todos sus colegas delegados para que no se limiten a pedir al Director General que preste asistencia a la lucha contra el paludismo, sino que cada uno de ellos sea, en su país, el más entusiasta abogado de los planes de la Organización para la erradicación total de la enfermedad.

El Sr OLIVERO (Guatemala) declara que su país está gravemente afectado por el paludismo. Aparte la mortalidad y morbilidad humana, la agricultura, que es la principal fuente de ingresos de Guatemala, está directamente afectada por la enfermedad. Desde 1929 a 1948 se llevaron a cabo campañas de destrucción de larvas, se hicieron trabajos de ingeniería y se utilizaron medicamentos antipalúdicos, sin conseguir resultados duraderos. En 1950 se emprendió durante seis meses en todas las viviendas de las zonas endémicas una campaña de rociamiento con DDT; no obstante, debido a ciertos factores, entre ellos la insuficiencia de fondos, no se llevó a cabo un programa integrado. En 1956, y en cumplimiento de las resoluciones adoptadas por la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana y por la Octava Asamblea Mundial de la Salud, el Gobierno de Guatemala, ha iniciado un nuevo plan de erradicación. Se ha creado el Departamento de Paludismo, cuya

primera tarea ha sido efectuar una encuesta con objeto de delimitar las zonas en que han de rociarse las viviendas. Gracias a esta encuesta, se ha establecido que la zona de operaciones incluirá el 45% de la población total, debiendo rociarse unas 300 000 casas. A continuación, se ha dividido el país en sectores, teniendo en cuenta las facilidades de comunicación, los distritos administrativos, las variaciones estacionales y el número de viviendas en cada zona.

Este programa, que debe tener una duración de cinco años, ha llegado al final del periodo de transición y entrará en la fase definitiva desde julio de 1956 hasta julio de 1960, entrando luego en la fase de inspección. Se prevé que los gastos totales de estos trabajos ascenderán a \$3 500 000. El UNICEF ha de contribuir con el suministro de insecticidas, medios de transporte, aparatos de rociamiento, etc., y la OMS facilitará los servicios de consultores. El Sr Olivero aprovecha la oportunidad para expresar el agradecimiento de su país a ambas Organizaciones por la ayuda eficaz que le están prestando.

El Sr Olivero añade que es indispensable llevar a cabo el programa de erradicación en Guatemala conjuntamente con los que se efectúen en los países vecinos. Con este fin, los directores de los programas de los diversos países han celebrado cuatro conferencias en El Salvador, Honduras, Guatemala y Nicaragua y han de celebrar otra en San José de Costa Rica. Han asistido también a estas conferencias representantes de México y Panamá.

El Dr NAUCK (República Federal de Alemania) declara que la campaña mundial contra el paludismo ha realizado progresos alentadores, pero debe

intensificarse todavía más hasta que alcance su objetivo final, que es la erradicación completa de la enfermedad. Debe coordinarse de un modo eficaz la investigación experimental con los trabajos de campo, a fin de afianzar los resultados ya obtenidos y de sentar los programas de control del paludismo en una base económica sólida. No sólo los países afectados por el paludismo, sino también los que están libres de esta infección, como Alemania actualmente, deben tomar parte en este esfuerzo internacional, ya sea con contribuciones de fondos, ya resolviendo determinados problemas particulares o adiestrando al personal especializado.

Se observaron en Alemania, después de la segunda guerra mundial, algunas manifestaciones de paludismo autóctono, que ahora han desaparecido. No obstante, hay en Alemania instituciones preparadas para participar en las investigaciones sobre paludismo. Con la ayuda de la OMS, el Instituto de Medicina Tropical de Hamburgo se ha encargado de comprobar la acción de los insecticidas en las especies A. stephensi y A. atroparvus, y en particular su resistencia. Se espera obtener importante información como resultado de los experimentos que se efectúan actualmente en distintos laboratorios.

La pérdida de eficacia de los insecticidas se ha convertido hoy en una cuestión de gran importancia y el desarrollo de la resistencia en los mosquitos exige estudios minuciosos, si se quiere restablecer la situación. El Sr Nauck considera que los especialistas de mayor competencia deben trabajar juntos con esta finalidad, utilizando el mejor equipo de que se pueda disponer y que debe fomentarse ampliamente el adiestramiento de especialistas y trabajadores para la

ejecución de los proyectos por medio de becas y de intercambio de estudiantes y profesores.

El Dr BERNARD (Francia) advierte con satisfacción la importancia que se atribuye al problema del paludismo, ya que su propio gobierno ha concedido siempre prioridad a este problema. Se ha afirmado en esta Asamblea que la erradicación es todavía imposible en Africa desde el punto de vista técnico. Es cierto que la lucha contra el paludismo tropieza con mayores dificultades en ese continente, debido a la dificultad de las comunicaciones, al clima, a la falta de personal, etc., pero todos esos obstáculos pueden vencerse si se dispone de fondos suficientes.

Las dificultades de carácter más estrictamente técnico son debidas a la relación hombre-anofeles. Debido a la movilidad relativa de las poblaciones africanas, algunos proyectos piloto no han podido dar buenos resultados, pero será posible extender el alcance de estas campañas hasta los límites de las zonas en que estas poblaciones se desplazan. Se ha señalado también que los vectores, en particular el A. gambiae, se alimentan fuera de las viviendas y no son afectados por el rociamiento con insecticida, ya que tan sólo penetran en las casas para atacar y no se acercan a las paredes. Algunos equipos de la OMS, especialistas en encuestas entomológicas, se dedican a estudiar este problema, que se estudia asimismo en las zonas piloto y que será probablemente resuelto.

La cuestión de la resistencia real o de la sensibilidad reducida del A. gambiae a la dieldrina y al BHC constituye un problema más serio. Si el rociamiento de las casas fuera el único método de tratamiento, podría afirmarse que la

erradicación es imposible en Africa, pero existen otros métodos, tales como los productos sintéticos antipalúdicos, y por tanto no debe explotarse el temor de que resulte imposible la erradicación del paludismo de Africa como excusa para justificar vacilaciones ante la tarea de cooperar en los programas ni para tranquilizar las conciencias. Esta cuestión sólo podrá resolverse mediante la acción conjunta de los gobiernos, coordinada con las actividades de las organizaciones internacionales y la extensión de la esfera de acción de los programas hasta incluir en ella las zonas límites de la enfermedad. Cualesquiera que sean los gastos y esfuerzos necesarios, debe llevarse a cabo la erradicación del paludismo de Africa, porque esta enfermedad representa uno de los peores males sociales y económicos, y Africa es, sin duda, el continente que más sufre sus consecuencias.

El Dr EL HALAWANI (Egipto) declara que la decisión tomada por la Octava Asamblea Mundial de la Salud sobre el paludismo (resolución WHA8.30) es de gran importancia. En cumplimiento de esa decisión, la Organización ha emprendido un proyecto de investigación a fin de evaluar la resistencia de ciertas especies vectoras a los insecticidas. El Dr El Halawani prevé que este tipo de investigaciones, tanto prácticas como de laboratorio, serán el instrumento que permitirá emprender la erradicación del paludismo en el mundo.

El orador añade que Egipto intenta resolver el mismo problema. El laboratorio de investigaciones entomológicas asociado al Ministerio de Salud Pública del Cairo está bien equipado para cooperar con la OMS en la región. En cuanto a

los métodos de tratamiento (mencionados en la sección 2.2.4 del documento A9/P&B/16), se han obtenido resultados interesantes mediante un estudio comparativo.

Por muy prometedora que sea la situación, es posible que los que intervienen en la ejecución de programas antipalúdicos experimenten algunos contratiempos en ciertas zonas, debido a la insuficiencia de los trabajos de campo o del personal y de los servicios necesarios para grandes territorios. También pueden sufrir fracasos parciales los programas que se llevan a cabo en países en donde la única política adoptada es la erradicación por fases sucesivas. Además, los países de donde ha sido erradicado el paludismo se hallan en peligro de ser infestados por sus vecinos. La experiencia demuestra que los movimientos de mano de obra de Egipto a Sudán y viceversa alimentan el reservorio de paludismo. Como defensa contra el peligro de una nueva invasión de A. gambiae, se ha creado en Aswan una unidad médica especial para el examen y tratamiento de los trabajadores que regresen a su país.

Otro problema de gran importancia es la reintroducción de portadores de parásitos de un determinado vector que ha adquirido resistencia como resultado de la lucha contra las larvas. Es necesario mantener una vigilancia del tránsito. Por consiguiente, es indispensable la cooperación interregional si se tiene el propósito de combatir vectores que han alcanzado una vasta difusión. El hecho de que en algunas zonas la bilharziasis absorba una gran parte del presupuesto sanitario, es también un motivo de demora en la erradicación del paludismo, que no podrá conseguirse si no toman debidamente en cuenta ambos problemas. Cualesquiera que sean

las dificultades, los gobiernos y la OMS tienen el deber de superarlas. A modo de conclusión el Dr EL Halawani subraya la necesidad de considerar la erradicación del paludismo desde el punto de vista de la distribución regional de los vectores más peligrosos.

El Dr KARABUDA (Turquía) declara que el paludismo, problema muy grave en Turquía hace un cuarto de siglo cuando tenía un índice esplénico del 10%, ha sido combatido tan eficazmente gracias a una ley especial promulgada en 1952 que ya no existe como problema de salud pública; el índice esplénico ha descendido a 0,80%.

No obstante, en cumplimiento de la decisión de la Octava Asamblea Mundial de la Salud de organizar una campaña mundial de erradicación del paludismo, el Ministerio de Salud Pública de Turquía está preparándose para participar en una campaña que, si se lleva a cabo de un modo racional y con la asistencia adecuada, relegará la enfermedad a los archivos de la literatura médica.

Se pregunta, sin embargo, si, con los recursos modestos de que dispone la Organización, podrá conseguirse que la campaña se extienda a todos los países en donde es necesaria su ejecución y si el UNICEF podrá prestar la considerable ayuda requerida. Aunque teme que el programa de erradicación del paludismo quizá no pueda pasar de la utopía a la realidad, desea equivocarse.

Se levanta la sesión a las 15,55 horas.