



CONSEJO EJECUTIVO

51^a reunión

ACTA RESUMIDA DE LA QUINTA SESION

Sede de la OMS, Ginebra
Jueves, 18 de enero de 1973, a las 9,30 horas

PRESIDENTE: Dr. J. L. MOLAPO

Indice

	<u>Página</u>
1. Declaración del Dr. Avilés	70
2. Examen del proyecto de programa y de presupuesto para 1974	
Informe N ^o 3 del Comité Permanente de Administración y Finanzas	70
Reuniones orgánicas	70
Erradicación de la viruela	71
Erradicación del paludismo	76

Quinta sesiónJueves, 18 de enero de 1973, a las 9,30 horasPresentes

Dr. J. L. MOLAPO, Presidente
 Dr. A. SAENZ SANGUINETTI, Vicepresidente
 Dr. N. RAMZI, Vicepresidente
 Profesora Julie SULIANTI SAROSO, Relatora
 Dr. Oudom SOUVANNAVONG, Relator
 Dr. J. M. AASHI (suplente del Dr. H. Abdul-Ghaffar)
 Dra. Esther AMMUNDSEN
 Profesor E. J. AUJALEU
 Dr. O. AVILES
 Dr. T. BANA
 Profesor H. FLAMM
 Sr. Y. WOLDE-GERIMA
 Sir George GODBER
 Dr. C. HEMACHUDHA
 Dr. M. U. HENRY
 Profesor A. M. KHOSHBEEN
 Dr. R. LEKIE
 Dr. R. MALDONADO MEJIA
 Dr. Z. ONYANGO
 Dr. G. RESTREPO CHAVARRIAGA
 Dr. C. N. D. TAYLOR (suplente del miembro del
 Consejo Ejecutivo que ha de ser designado por
 Nueva Zelandia)
 Profesor J. TIGYI
 Profesor R. VANNUGLI
 Dr. D. D. VENEDIKTOV

País que ha designado
al miembro del Consejo

Lesotho
 Uruguay
 República Arabe Siria
 Indonesia
 Laos
 Arabia Saudita
 Dinamarca
 Francia
 Nicaragua
 Níger
 Austria
 Etiopía
 Reino Unido de Gran Bretaña
 e Irlanda del Norte
 Tailandia
 Trinidad y Tabago
 Afganistán
 Zaire
 Ecuador
 Kenia
 Colombia
 Nueva Zelandia
 Hungría
 Italia
 Unión de Repúblicas Socialistas
 Soviéticas

Secretario: Dr. M. G. CANDAU
 Director General

Representantes de las Naciones Unidas y de organismos afines

Naciones Unidas	Sr. V. FISSENKO
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia	Sr. J. V. E. GUIBBERT
Organismo de Obras Públicas y Socorro a los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente	Dr. M. SHARIF
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo	Sr. J. J. GRAISSE
Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes	Sr. L. MAÑUECO-JENKINS
Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados	Sr. J. J. KACIREK
Organismo Internacional de Energía Atómica	Sr. J. SERVANT

Representantes de otras organizaciones intergubernamentales

Comité Intergubernamental para las Migraciones Europeas	Dr. C. SCHOU
---	--------------

Representantes de organizaciones no gubernamentales

Comité Internacional Católico de Enfermeras	Sra. E. VAN DER GRACHT-CARNEIRO
Consejo Internacional sobre el Alcoholismo y las Toxicomanías	Profesor H. HALBACH
Federación Mundial de Ergoterapeutas	Srta. B. PFENNINGER
Unión Internacional de Administraciones Locales	Sr. F. COTTIER
Unión Internacional de Farmacología	Profesor H. HALBACH

1. DECLARACION DEL DR. AVILES

El PRESIDENTE da la bienvenida al Dr. Avilés, con cuya llegada queda completo el número de miembros del Consejo.

El Dr. AVILES agradece al Presidente sus palabras de bienvenida y explica que su llegada se ha retrasado con motivo del catastrófico terremoto ocurrido en su país, Nicaragua, y expresa el deseo de formular una declaración ante el Consejo, en el momento oportuno, ya que considera muy importante que todos sus miembros dispongan de datos de primera mano acerca de los efectos que sobre la salud puede tener esa catástrofe.

El PRESIDENTE dice que se encontrará una oportunidad adecuada para que el Dr. Avilés dirija la palabra al Consejo (véase el acta resumida de la 13ª sesión, sección 10 y el Anexo).

2. EXAMEN DEL PROYECTO DE PROGRAMA Y DE PRESUPUESTO PARA 1974: Punto 3.4 del orden del día (Actas Oficiales N° 204; documentos EB51/WP/6 y EB51/WP/8)

Informe N° 3 del Comité Permanente de Administración y Finanzas (documento EB51/WP/5)

Por invitación del PRESIDENTE, el Profesor VANNUGLI, Presidente del Comité Permanente de Administración y Finanzas, presenta el informe de ese Comité (documento EB51/WP/5) que consta de una introducción y dos capítulos. Se ha suprimido el tradicional Capítulo I de los informes anteriores en que se resumía la información básica dada en un documento de trabajo del Comité y en las notas explicatorias del presupuesto, y se remite en cambio a los lectores al volumen más reciente de las Actas Oficiales que contenga esa información.

Debe señalarse a la atención del Consejo el proyecto de resolución del Capítulo I, párrafo 231, sobre el Fondo de Donativos para el Fomento de la Salud; y a los proyectos de resolución del Capítulo II sobre el estado de la recaudación de contribuciones anuales y de los anticipos al Fondo de Operaciones (párrafo 16) y sobre los miembros con atrasos de contribuciones de importancia bastante para que resulte aplicable lo dispuesto en el Artículo 7 de la Constitución (párrafo 20), que deben someterse a la aprobación del Consejo. También debe señalarse a la atención del Consejo el párrafo 23 del Capítulo II, en que se pide al Director General que someta un documento sobre la situación actual del programa de erradicación de la viruela que permita al Consejo tratar con todo detalle de esta cuestión.

El PRESIDENTE invita al Consejo a que considere el proyecto de programa y de presupuesto para 1974, conjuntamente con el informe del Comité Permanente de Administración y Finanzas. Los puntos especiales que el Comité Permanente señala a la atención del Consejo, especialmente el estudio en profundidad de ciertos proyectos y el programa de erradicación de la viruela, se considerarán cuando se trate de la sección correspondiente del proyecto de programa y de presupuesto.

No habiendo observaciones sobre la introducción al documento Actas Oficiales N° 204, el Presidente invita al Consejo a iniciar el debate sobre la sección relativa a las reuniones orgánicas.

Reuniones orgánicas

Sir George GODBER indica que no debe olvidarse que el año próximo posiblemente sea necesario celebrar una reunión extraordinaria del Consejo Ejecutivo para tratar de algunos de los asuntos que de otro modo sobrecargarían la reunión del Consejo de enero de 1974.

El DIRECTOR GENERAL declara que si fuese necesaria una reunión especial del Consejo, podría convocarse de conformidad con el Artículo 6 del Reglamento Interior del Consejo Ejecutivo. En cuanto a su financiación, sería necesario encontrar los recursos e informar a continuación a la Asamblea de la Salud.

Erradicación de la viruela (documento EB51/WP/7)¹

Previa invitación del PRESIDENTE, el Dr. BERNARD, Subdirector General, presenta el informe sobre el programa de erradicación de la viruela (documento EB51/WP/7). Ese informe consta de dos partes: un informe sobre el estado del programa a finales de 1972, y el Weekly Epidemiological Record del 12 de enero de 1973.² En la página 2 del informe se indica que, a medida que prosigue la fase avanzada del programa, merecen particular atención tres sectores: 1) notificación inmediata y coordinación internacional completa en el caso de una introducción de viruela; 2) mantenimiento de los programas de vigilancia epidemiológica; 3) ejecución de programas y técnicas especiales para garantizar la interrupción de la transmisión en zonas en que la red de notificación no registre casos. Durante los debates en el Comité Permanente, se ha puesto de relieve un interés especial por los métodos de localización de focos de viruela no identificados. En los párrafos referentes al Brasil de la página 11 del Weekly Epidemiological Record del 12 de enero de 1973, puede encontrarse un ejemplo del modo en que actualmente se aplican esas técnicas.

El Dr. LEKIE señala que el programa de erradicación de la viruela está progresando satisfactoriamente en todo el mundo. Se ha hablado de interrumpir las vacunaciones sistemáticas y de confiar principalmente en la vigilancia epidemiológica, recurriendo a las vacunaciones sólo para contener algún brote que pudiera presentarse, pero es muy dudosa la conveniencia de esa medida y, sobre todo en los países en que ha habido recientemente un grave brote de la enfermedad, debe continuarse la vacunación sistemática por lo menos durante cierto tiempo.

Desde que la OMS decidió intervenir activamente en las campañas de erradicación de la viruela de los países en vías de desarrollo, se han logrado rápidos progresos y la mayoría de esos países han llegado en la actualidad a la fase de consolidación o de mantenimiento. Ahora que ha pasado la necesidad inmediata de una campaña de erradicación, la OMS no debe reducir de modo importante su ayuda sino que, por lo menos durante la fase de mantenimiento inicial, debe admitir el principio de seguir prestando apoyo material.

El Profesor VANNUGLI dice que se ha examinado durante mucho tiempo el mantenimiento de las campañas de vacunación en gran escala, problema controvertido incluso en países para los que la viruela presenta sólo el riesgo ocasional de un caso importado. Acaso sea prematuro adoptar una decisión al respecto.

Es necesario interpretar las estadísticas que figuran en el cuadro relativo a Africa en la página 15 del Weekly Epidemiological Record del 12 de enero de 1973. Los totales al pie de esa página no parecen espectaculares, pero la comparación del número de países que notificaron casos de viruela en 1967 con los datos de 1971-1972 es sorprendente. En 1967, se habían presentado casos en casi todos los países de la Región, mientras que en la actualidad sólo uno o dos países se encuentran en estado de epidemidad. Puede concluirse que, en la mayor parte de los países, la mayoría de la población está suficientemente protegida, aunque el peligro de una epidemia subsista y pueda llegar a hacerse efectivo en ciertas condiciones locales. Sería conveniente saber cuáles son las condiciones que permiten que estalle una epidemia de ese tipo. La OMS ha estudiado sin duda ese problema y el orador agradecería que se le indicaran los documentos correspondientes a ese estudio.

El Dr. RAMZI, refiriéndose a las observaciones sobre una vacunación sistemática, indica que en el año anterior se produjo en Siria un pequeño brote epidémico. Duró poco tiempo y se limitó a unos cuantos pueblos. Casi toda la población había sido vacunada, pero se había

¹ Véase Act. of. Org. mund. Salud, 1973, N° 201, Apéndice 8.

² Relevé épidémiologique hebdomadaire; Weekly Epidemiological Record, 1973, 48 9-24.

relajado la vacunación sistemática en los lugares en que se presentó la epidemia, por lo que la Organización debería insistir en la necesidad, incluso en los países desarrollados, de mantener la vacunación sistemática en conjunción con la vigilancia epidemiológica.

Sir George GODBER dice que, aunque el éxito obtenido por la OMS en la campaña de erradicación de la viruela es sumamente satisfactorio, no es todavía completo. Si fuera posible acelerar el programa hasta su culminación, el mundo entero podría quedar completamente libre de viruela, de modo que ya no sería necesario estar perpetuamente en guardia contra ella.

El Dr. Lekie ha formulado algunas observaciones muy acertadas. En la transmisión de la viruela de un país a otro intervienen varios factores, uno de los cuales es el contacto regular entre los países en cuestión, como, por ejemplo, los contactos regulares que existen entre el Reino Unido y la India. El factor que representa la vacunación general sistemática es importante para la protección del país en conjunto, pero no impide la importación de la enfermedad; un contacto familiar que ha sido vacunado en los dos años anteriores puede todavía contraer y propagar la enfermedad. El factor importante para la contención es el diagnóstico inmediato de los casos importados y la adopción de medidas apropiadas para contener el incidente. Esto resulta mucho más fácil para los países europeos, con su mayor proporción de médicos por número de habitantes, que para los países africanos, y la carga impuesta a estos últimos es, por consiguiente, más pesada.

La enfermedad ha quedado ya prácticamente eliminada en Africa, con excepción de dos países, y en ellos el programa de erradicación se desarrolla activamente y promete dar excelentes resultados. El hecho de que se hayan diagnosticado hace poco en ellos más casos no es motivo de preocupación. No significa necesariamente que los casos vayan en aumento, sino simplemente que se hace mejor el diagnóstico. Sin embargo, los países en cuestión deben proseguir sus campañas de erradicación para que quede eliminada la posibilidad de reintroducción de la viruela en otros países y, por lo tanto, la OMS debe seguir realizando un esfuerzo decidido para facilitar los necesarios recursos materiales.

Finalmente, el orador considera lamentable que un país desarrollado permita que uno de sus ciudadanos vaya a un país en el que la viruela es endémica sin la debida protección de una vacunación válida.

El Dr. SAENZ declara que, en el debate, se ha tratado hasta ahora de si debe continuar la vacunación sistemática o si debe intentarse mantener un programa intensificado de vigilancia. A su juicio, con la intensificación de las comunicaciones entre los países y el consiguiente riesgo de infección, sería un grave error abandonar las campañas de vacunación sistemática. La vigilancia sólo puede llevarse a cabo satisfactoriamente en muy pocos países que disponen de sistemas de control epidemiológico muy perfeccionados. En la mayor parte de los países sería peligroso abandonar la vacunación sistemática.

La Profesora SULIANTI señala que en el volumen del presupuesto (Actas Oficiales N° 204, página 78) se indica que el servicio de Biología de los Vectores y Lucha Antivectorial depende directamente del Subdirector General encargado de las Divisiones de Enfermedades Transmisibles y de Erradicación del Paludismo. Pregunta por qué no se dice nada respecto de quién dependen las otras divisiones ni de qué División se ocupa de la Higiene del Medio.

La campaña de erradicación de la viruela ha sido sumamente satisfactoria, y la cuestión que se plantea ahora es la de cómo conseguir que siga siéndolo. Los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional parecen indicar que la inmunidad producida por la vacunación dura tres años, pero la oradora desearía saber cuál es la duración real de la inmunidad y, si se aplica la vacunación sistemática, con qué frecuencia es necesario revacunar.

Su propia experiencia en Indonesia le hace creer que la vigilancia y la contención son más importantes que la vacunación sistemática, aunque esta última no deba ser descuidada. Pregunta cómo podrían ampliarse las actividades de vigilancia y contención, y mantenerse el interés del personal sanitario por la campaña de erradicación de la viruela; y si las actividades que afectan a otras enfermedades transmisibles, así como a la viruela, podrían financiarse con cargo a la Cuenta Especial para la Erradicación de la Viruela.

El DIRECTOR GENERAL, en contestación a la primera pregunta de la Profesora Sulianti, dice que Biología de los Vectores y Lucha Antivectorial, que no es una división, sino una oficina que colabora principalmente con las Divisiones de Erradicación del Paludismo y de Enfermedades Transmisibles, depende directamente del Subdirector General encargado de esas divisiones. De la misma manera, la Oficina de Publicaciones y Traducción depende directamente de otro subdirector general. Sin embargo, la 25ª Asamblea Mundial de la Salud ha aprobado una nueva clasificación para la presentación del presupuesto, y en el proyecto de programa y de presupuesto para 1975 la Biología de los Vectores y la Lucha Antivectorial aparecerán bajo Enfermedades Transmisibles.

El Dr. AASHI dice que el programa de erradicación de la viruela ha llegado a su etapa actual gracias sobre todo a las campañas de vacunación en masa. Es necesario continuar la vacunación, y el orador insiste en la importancia de conseguir que la vacunación se lleve a cabo debidamente. La vigilancia no es practicable en todos los países, especialmente en los que carecen de una infraestructura básica de servicios sanitarios. A su juicio, el programa de erradicación debe seguir basado en la vacunación, aunque debe establecerse la vigilancia siempre que sea posible hacerlo.

El Sr. WOLDE-GERIMA estima que la abnegación demostrada en la campaña de erradicación de la viruela por los expertos de la OMS, los voluntarios y el personal nacional debe ahora dedicarse a la lucha contra otras enfermedades transmisibles. El personal preparado para las actividades antivariólicas constituye un valioso recurso que podría emplearse contra otras enfermedades y no sólo para conseguir que no haya ulteriores brotes de viruela. El orador elogia la decisión de aumentar los créditos para la lucha contra la viruela en 1974, y especialmente para la renovación de equipo y para suministros.

El Profesor AUJALEU subraya que, mientras la erradicación no sea completa y mantenida en escala mundial, debe desaconsejarse a los países desarrollados que se protejan exclusivamente por medio de la vigilancia. Aunque los países desarrollados tienen buenos laboratorios, sus médicos no están preparados para detectar la enfermedad, y ha habido casos que no han sido diagnosticados. Menos del 5% de los médicos de Francia han visto alguna vez un caso de viruela.

El Dr. HENRY declara que la campaña está al borde del éxito, y elogia a la OMS por su labor. Nadie quiere poner en peligro esa satisfactoria situación y, teniendo en cuenta los problemas que plantea el rápido transporte de muchas personas de un país a otro y la posible existencia de focos no declarados, estima que es necesario continuar la vacunación hasta que los países estén en condiciones de mantener una vigilancia adecuada.

El Dr. VENEDIKTOV estima que, gracias a la coordinación de los esfuerzos de la OMS y de sus Estados Miembros, por primera vez en la historia hay buenas perspectivas de erradicación de la viruela. El éxito de la campaña de erradicación - que es prueba convincente de la utilidad de la labor de la Organización - no le sorprende, ya que el método por el cual podía erradicarse la enfermedad era conocido, el programa fue cuidadosamente organizado y aplicado resueltamente, y se facilitaron recursos financieros (así como grandes cantidades de vacuna). Hubo diversas dificultades, tales como las relativas a la estabilidad de las vacunas empleadas y a los métodos de vacunación, pero han sido vencidas.

Puede decirse ahora con seguridad que el programa se acerca a su etapa final. El orador ha observado que en el proyecto de presupuesto para 1974 los créditos presupuestados para la erradicación de la viruela presentan una considerable disminución, a la cual no se opone, ya que una reducción de fondos refleja frecuentemente un aumento de eficacia. El orador ha observado asimismo que, entre 1967 y 1973, la asignación presupuestaria no presentó un aumento continuo, sino que varió según las necesidades. Esa misma flexibilidad podría aplicarse a otros programas.

Está de acuerdo el Dr. Venediktov con los miembros que han insistido en que no puede permitirse que disminuyan los esfuerzos. Si el programa no recibe la atención y los recursos financieros que necesita, volvería la viruela, como ha sucedido con el paludismo. Preocupa a los expertos de su país que algunos países piensen en interrumpir la vacunación en masa, ya que consideran que, en la mayor parte de los casos, esa medida sería prematura y peligrosa. Además, los esfuerzos realizados para descubrir los nuevos focos de viruela deben continuar sin descanso; deben adoptarse medidas para que los médicos de los países libres de viruela no dejen de ser capaces de diagnosticar la enfermedad y, si hay problemas que requieran investigación, ésta no deberá descuidarse. El orador señala que se considera actualmente que el virus de la viruela del mono no es especialmente peligroso; sin embargo, el hecho de que exista, hace variar en cierto modo el concepto de erradicación de la viruela.

Observa también con satisfacción el Dr. Venediktov que varios países practican la vacunación con BCG juntamente con la vacunación antivariólica.

Añade el orador que le ha interesado la referencia de la Profesora Sulianti a la necesidad de mantener el interés del personal dedicado a las campañas de erradicación de la viruela. No debe permitirse que disminuya el entusiasmo de esas personas y deberá procurarse por todos los medios que sean empleadas en otros programas sanitarios.

Por último, el programa de erradicación de la viruela no debe ser considerado como un fin en sí. La experiencia que ha proporcionado deberá utilizarse en otros programas sanitarios, pues ha demostrado que es posible coordinar los esfuerzos y organizar un programa internacional eficaz. El orador pide al Director General que recoja y analice todos los datos obtenidos en los programas de los diversos países, ya que serán de inmenso valor para los expertos y administradores sanitarios de todo el mundo.

Sir George GODBER está de acuerdo en que en términos generales procede continuar la vacunación sistemática, salvo en aquellos países en los que la viruela no es endémica y en los que puede tenerse razonablemente la seguridad de que los casos importados serán detectados rápidamente. En 1972 se descubrieron en el Reino Unido dos casos importados sospechosos; y uno de ellos por un médico general que no había visto nunca antes la enfermedad. Sin embargo, en definitiva ninguno de los casos resultó ser de viruela. Antes de abandonar la vacunación sistemática, es necesario conseguir que se enseñe a todos los médicos generales a reconocer la enfermedad y que puedan contar con la ayuda de consultores que hayan tenido experiencia de casos de viruela. Es asimismo necesario disponer de un buen laboratorio. Si se cuenta con todos esos elementos, no es indispensable, a su entender, exponer a los lactantes a la vacunación. Ningún país está en condiciones de decir a otros cuál debe ser su política a este respecto. Cada país ha de evaluar su propia situación.

El Dr. BERNARD, Subdirector General, estima que las opiniones expuestas por los miembros del Consejo Ejecutivo están claramente de acuerdo con la línea seguida por el Director General y su personal en la ejecución del programa. La actitud de la OMS es de cautela y prudencia. En la etapa actual de la campaña de erradicación son esenciales la vigilancia y el mantenimiento del más alto nivel de inmunidad. Una vez erradicada la viruela, será importante preparar nuevos programas de inmunización y orientar de nuevo las actividades en ese sentido.

El Dr. RESTREPO estima que la naturaleza de los programas de erradicación de la viruela en diferentes países depende, en gran medida, de las condiciones epidemiológicas locales y de la estructura de los servicios sanitarios; pero, en términos generales, es importante el mantenimiento de un alto nivel de inmunidad. Pide una explicación de los criterios aplicados en la asignación de fondos al programa, así como un cálculo del tiempo necesario para alcanzar la erradicación en escala mundial.

El Dr. HENDERSON (Erradicación de la Viruela) indica, en respuesta a las observaciones hechas, que el Dr. Lekie ha insistido en que el exceso de confianza, especialmente en aquellos países que estando situados en una zona endémica se han visto libres de la viruela, constituye el principal peligro, pues podría inducir a una relajación de las medidas preventivas. En la reunión celebrada en 1971 por el Comité de Expertos de la OMS en Erradicación de la Viruela se reconoció la necesidad de continuar la vacunación en la mayoría de los países, pero se afirmó asimismo que algunos de ellos poseen sistemas adecuados de vigilancia y el riesgo de introducción es lo suficientemente bajo como para justificar que se interrumpa la vacunación sistemática. No obstante, muchos países desarrollados han decidido continuarla por el momento, debido a que sus programas de vacunación vienen funcionando desde hace muchos años y a que constituiría un problema tener que reanudar un programa después de haberlo interrumpido. En el proyecto de presupuesto para 1974 se ha reflejado la recomendación del Comité de Expertos de que se mantenga la inmunidad en prácticamente todos los países en los que se continúa la vacunación. Se ha reconocido la necesidad de que en los países exentos de viruela se constituyan grupos encargados de vacuna contra otras enfermedades y, en muchos países, han comenzado a funcionar estos programas.

En cuanto a la frecuencia de la vacunación, parece que los tres años de validez del Certificado Internacional de Vacuna son suficientes para que el viajero se encuentre lo suficientemente protegido. Se ha descubierto que, incluso en las zonas endémicas, el 90% de los casos de viruela afectaban a personas que nunca se habían vacunado, lo que indica que la eficacia y duración de la inmunidad de la vacuna es mayor de lo que se había pensado en un principio. Por ello, en muchos países se ha adoptado la política de vacunar a los niños lo antes posible y revacunarlos cuando empiezan a asistir a la escuela para inmunizarlos de modo satisfactorio.

Si bien es cierto que durante los últimos seis años han aumentado en general los casos registrados en Africa, las estadísticas no reflejan el número real de casos que se cree se han producido. Los estudios realizados muestran que en 1967 se notificaba menos del 1% de todos los casos producidos en Africa; en cambio, en 1972, la mayoría de los casos se dieron en Etiopía, donde se notificaba por lo menos el 50% de ellos. El sistema de registro es ahora bueno en casi todos los países de Africa, y se puede confiar en los cálculos generales.

Tres circunstancias determinan la aparición de brotes de viruela. En primer lugar, tiene que existir una zona intensamente endémica capaz de exportar la enfermedad. Si se redujera la incidencia de casos en las zonas endémicas, no cabe duda de que disminuiría el riesgo de exportación. En segundo término, tienen que darse las condiciones necesarias para que se propague la viruela en el país que la recibe, por lo que se conseguiría disminuir la velocidad de propagación del brote si se diera un alto nivel de inmunidad. En tercer lugar, el brote necesita tiempo para establecerse, por lo que es de suma importancia que exista un sistema para localizarlo y contenerlo rápidamente.

Hay que insistir en la necesidad de conseguir una protección eficaz de los viajeros. Durante los últimos cinco años, todos los casos introducidos en Europa lo fueron por europeos que no habían sido debidamente vacunados en su país de origen.

En septiembre de 1972 se inició la última fase intensiva del programa de erradicación de la viruela, que requerirá un esfuerzo similar al realizado hasta ahora, y para la que se han fijado objetivos para los próximos 6, 12, 18 y 24 meses. En muchas zonas sería necesario aumentar la ayuda y, si bien es lícito abrigar una esperanza prudente, están todavía lejos de alcanzarse los objetivos finales.

El Profesor AUJALEU pide una aclaración sobre el criterio de la Secretaría con respecto a la continuidad de la vacunación. El Dr. Henderson ha afirmado que algunos países en los que se vacuna desde hace 150 años tropiezan con dificultades a la hora de cambiar su política, y el orador piensa que deben tener sus razones para mantener esta opinión.

El Dr. HENDERSON (Erradicación de la Viruela) contesta que, como es natural, cada país debe decidir su política de vacunación, basándose en el posible riesgo de importación de casos, que varía de un año a otro. Muchos países desarrollados, que cuentan con buenos sistemas de vigilancia y que corren actualmente un riesgo mucho menor, se muestran, como es comprensible, remisos a cambiar un sistema introducido y aceptado desde hace mucho tiempo, tanto más cuanto que, una vez interrumpido un programa, resulta difícil volver a iniciarlo. Mientras se den casos de viruela en cualquier parte del mundo, existe el riesgo de transmisión, riesgo que puede aumentar con los retrocesos del programa, cuya evolución debería seguirse durante los próximos años.

El Dr. RAMZI estima que, si bien es cierto que cada país debe ser libre para decidir su propia política sanitaria, la OMS debería hacer las recomendaciones que crea convenientes para el interés común, y no conviene que los países queden sin directrices en cuanto a la política de vacunación antivariólica.

El DIRECTOR GENERAL opina que, si bien la Secretaría puede informar sobre los datos de la situación actual, es la Asamblea Mundial de la Salud la que tiene que establecer la política general. Es evidente que cada país tiene sus propios problemas, y si la Asamblea Mundial de la Salud puede recomendar en principio que se continúe la vacunación, no puede obligar a los países a proseguir las campañas en contra de sus deseos.

Contestando a una pregunta del Dr. Venediktov sobre el éxito de la campaña de erradicación, señala que uno de los objetivos de todas las campañas especializadas es despertar el interés de los gobernantes y ayudarles a que se den cuenta de la importancia que tiene el problema sanitario para el desarrollo económico y social del país. El objetivo final no es sólo erradicar la enfermedad, sino también ayudar a los gobiernos a establecer sus propios servicios sanitarios permanentes.

La Profesora SULIANTI dice que, si bien es cierto que la Asamblea Mundial de la Salud es la única que puede hacer recomendaciones, la Secretaría debería dar orientaciones generales al Consejo Ejecutivo y a la Asamblea Mundial de la Salud. Sería muy útil que en el informe del Director General se incluyera información sobre, por ejemplo, el riesgo de que determinados países exporten casos, de que otros los importen, y sobre la duración de la inmunidad.

El PRESIDENTE indica que se ha redactado un proyecto de resolución que será distribuido más adelante para su estudio (véase el acta resumida de la octava sesión, sección 1).

Erradicación del paludismo

El Dr. RAMZI señala a la atención del Consejo el hecho de que la campaña de erradicación del paludismo viene prolongándose desde hace muchos años y constituye una pesada carga para el presupuesto de la OMS y de muchos países del mundo. En un país que conoce bien, desde 1956, la décima parte del presupuesto de salud pública ha estado destinada a la erradicación del paludismo.

Durante los dos o tres últimos años, se ha intentado integrar las campañas de erradicación del paludismo en los servicios básicos de salud pública, y convendría conocer la actitud de la Secretaría con respecto a esa integración, así como la labor realizada por las Oficinas Regionales para llevarla a la práctica.

El orador pide que se le informe, en segundo lugar, sobre las campañas que están a punto de iniciarse en Africa. Es importante asegurarse de que los servicios sanitarios básicos de esos países son lo suficientemente eficaces, y tal vez sería conveniente integrar desde un principio las campañas antipalúdicas en los servicios de salud pública.

El Dr. BERNARD, Subdirector General, indica que, desde la 22^a Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 1969, la OMS viene esforzándose por conseguir la integración. En los distintos países en que los programas de erradicación se encuentran ya en marcha se está haciendo una evaluación de la situación, que es muy diferente de un país a otro, y se intenta sobre todo determinar cuál es la mejor forma de llegar a una integración. En muchos países en que se ha continuado con las campañas de erradicación del paludismo, los estudios efectuados han demostrado que es posible la integración.

Por otra parte, en algunos países en que no existe posibilidad de erradicación en un futuro próximo (especialmente en Africa) se está prestando especial interés al fortalecimiento de los servicios sanitarios básicos, de los que forman parte las actividades antipalúdicas. Hace unos meses se debatió el asunto en una reunión celebrada en Brazzaville.

En la Sede, la División de Erradicación del Paludismo trabaja en estrecha colaboración con la División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud; en todas las reuniones sobre erradicación del paludismo se encuentran presentes miembros de esta última División. Esa cooperación se extiende a la formación de personal y se da asimismo en el nivel regional.

El Dr. RAMZI se complace en oír del Dr. Bernard que la Secretaría está en principio a favor de la integración, pero desearía saber qué medidas se han tomado en el nivel regional para llevar a la práctica ese cambio de política.

El Dr. RESTREPO declara que las primeras campañas de erradicación del paludismo fueron recibidas con gran entusiasmo, y organizaciones internacionales como el UNICEF, además de la OMS, ofrecieron gustosas su ayuda. No obstante, al surgir ciertas dificultades, el entusiasmo decayó y disminuyó la ayuda internacional.

En algunos países, los servicios sanitarios básicos no están lo suficientemente bien organizados y, como solución intermedia, varios países de América Latina han intentado integrar otras campañas de vacunación en sus programas antipalúdicos, especialmente las de vacunación antivariólica, antituberculosa, antidiftérica y antitetánica. No obstante, en algunos casos no se han incorporado los servicios antipalúdicos de forma definitiva a los servicios sanitarios básicos del país, por lo que debería prestarse una mayor atención a este asunto.

Es inquietante que el UNICEF haya reducido su aportación, que en muchos países será interrumpida a partir del año próximo.

El Dr. VENEDIKTOV dice que no subestima la importancia de la erradicación del paludismo. Los datos de la reciente reunión de Brazzaville ponen claramente de manifiesto que, en muchas regiones tropicales, el paludismo sigue siendo una de las enfermedades más importantes y difundidas. En los últimos años se ha revisado la estrategia mundial de la erradicación del paludismo y se ha dado una nueva orientación a muchos programas, reduciendo la importancia que se daba a las campañas de masa para centrarse principalmente en los programas de salud pública, aunque no está claro en qué tipo de actividad. Considera el orador que ese cambio de orientación debería traducirse, en las asignaciones del presupuesto de la Organización, en un traspaso de fondos para la lucha antipalúdica a los servicios de salud pública, lo cual no significaría un cambio de programa pero pondría más claramente de manifiesto la evolución del enfoque de la OMS.

El programa de erradicación del paludismo pasa por un periodo difícil y el entusiasmo que suscitó decrece. Los gobiernos ya no se muestran tan dispuestos a dedicar grandes sumas a las actividades antipalúdicas, porque no ven que el programa adelante. La OMS debería estudiar el problema seriamente y, puesto que se ha revisado la estrategia mundial, convendría que expusiera su nueva estrategia en un informe completo.

El orador pone de relieve la importancia de las investigaciones en el programa antipalúdico y recuerda que hace algunos años se aprobó una resolución en la que se recomendaba la continuación y la intensificación de esas investigaciones. ¿Qué se ha hecho desde entonces en el sector de las investigaciones científicas y metodológicas? ¿Se han efectuado nuevos descubrimientos? ¿Se han explotado algunos de ellos? Mientras no se utilicen nuevas ideas, nuevos métodos y nuevas orientaciones, la Organización deberá limitarse a seguir debatiendo la necesidad de medidas antipalúdicas. Los problemas sólo pueden resolverse mediante la ayuda de los investigadores.

El Profesor VANNUGLI señala que la política de la OMS sobre la erradicación del paludismo está claramente documentada en el Manual de Resoluciones y Decisiones. Sin embargo, es importante saber cómo interpreta la Secretaría esa política. No se ha facilitado al Consejo Ejecutivo ningún detalle acerca de la situación actual. El Dr. Bernard ha hablado de integración, y el Director General, en el debate sobre erradicación de la viruela, ha dicho que el objetivo final estriba en alentar a los gobiernos a reforzar sus servicios generales de salud. Cabe prever que un día todo se incluirá bajo el título de "desarrollo de los servicios de salud". Aunque es posible que, a largo plazo, la integración sea la mejor solución, en el caso de las actividades antipalúdicas hay problemas de prioridad especial a los que debería prestarse atención.

El Dr. BERNARD, Subdirector General, recuerda que la política revisada de la Organización sobre erradicación del paludismo, expuesta en la resolución WHA22.39 de la 22^a Asamblea Mundial de la Salud, sólo puede aplicarse de modo progresivo. Los dispositivos para el desarrollo de actividades antipalúdicas y los recursos presupuestarios de la OMS en ese sector no se fijaron de una vez para siempre y se revisan constantemente. Las asignaciones presupuestarias presentadas cada año se adaptan a las necesidades previstas para el año correspondiente.

En la Secretaría, la División de Erradicación del Paludismo actúa en estrecha colaboración con la División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud. Los directores regionales pueden facilitar detalles del modo como se ha fomentado regionalmente la integración. Habida cuenta del cambio que se ha producido en la estrategia de la erradicación del paludismo, se han revisado por completo los programas de 21 países. En 1972, equipos de evaluación examinaron los programas de Indonesia, Malasia (Sabah), México, Nepal, Paraguay y Sri Lanka. El equipo de evaluación que visitó Nepal en la primavera de 1972 recomendó al Gobierno que se mantuviera el programa y formuló también recomendaciones para el mejoramiento de los servicios básicos de salud. En Paraguay, un equipo similar recomendó que continuara la campaña de erradicación del paludismo como parte de los planes generales de desarrollo sanitario y social. Las propuestas contenían también la recomendación de que se facilitara nuevo adiestramiento al personal de erradicación del paludismo con vistas a su posible integración en los servicios de salud pública. En la Región de África, los dos centros de formación profesional, de Lomé (Togo) y Lagos (Nigeria), se han transformado para adiestrar en ellos a personal sanitario de todas las categorías. El Director Regional para África puede facilitar más detalles acerca de esos cambios si los miembros lo desean. Todo lo expuesto constituye un ejemplo de los esfuerzos realizados de manera efectiva hacia la integración.

En los programas sufragados por otras organizaciones, también se ha intensificado el apoyo a los servicios generales de salud y se ha reducido el que se prestaba a los servicios antipalúdicos. Es de lamentar esta última tendencia, pero se supone que el UNICEF, por ejemplo, puede prestar asistencia a los países donde el paludismo es causa de elevada morbilidad y mortalidad infantiles.

Se levanta la sesión a las 12,35 horas.