

COOPERACION SANITARIA FRONTERIZA

COLOMBO—VENEZOLANA

*Doctor Julio León Trejos C., M.S.P.**

Durante los días 28 y 29 de marzo de 1974 se llevó a cabo, en la ciudad de Medellín (Colombia), la VIII Reunión de las Comisiones Nacionales Permanentes del Acuerdo sobre Cooperación Sanitaria Fronteriza Colombo—Venezolana, con participación de representaciones del Ministerio de Salud Pública de Colombia y del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela. Por primera vez estuvieron presentes en las reuniones de este Acuerdo los Directores de las Escuelas de Salud Pública de ambos países, hecho importante para los objetivos de estas Instituciones. Se reafirmó por ambos países la importancia de este Acuerdo y la necesidad de continuar desarrollando acciones ininterrumpidas para conseguir el mejor conocimiento y tratamiento de los problemas de salud de estas naciones en la zona fronteriza.

Antecedentes Históricos.

Colombia y Venezuela han demostrado un interés creciente en los problemas de salud que le son comunes en sus zonas limítrofes, basados en un espíritu de mutua cooperación en la atención de un asunto sin fronteras, cual es el de la salud de sus habitantes.

Convocada por la Oficina Sanitaria Panamericana, en abril de 1950 se celebró en Bogotá y Villavicencio (Colombia) la *Conferencia de Salubridad Fronteriza*, en la cual participaron delegaciones de Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela y de la Oficina Sanitaria Panamericana. Como resultado se firmó el Acuerdo Sanitario Fronterizo, en el cual se establecieron las bases para la atención de problemas de salud comunes en las fronteras de dichos países, mediante esfuerzos cooperativos de los mismos. Estos se comprometieron a realizar acciones de investigación, prevención, erradicación y/o control, de acuerdo a sus posibilidades y a los conocimientos disponibles, en relación con malaria, viruela, fiebre amarilla, peste, tifo exantemático, tuberculosis, tripanosomiasis, fiebre tifoidea, venéreas, pian, rabia, lepra y bartonelosis.

Para atender tales objetivos se previeron la creación de comisiones de técnicos de dichos países, la concertación de arreglos de ayuda técnica recíproca, la comunicación inmediata y bilateral de los casos de enfermedades cuarentenables de acuerdo al Código Sanitario Internacional y el intercambio de funcionarios vinculados a las actividades del Acuerdo, así

* Profesor de Administración de Salud, Escuela Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Ministerio de Salud Pública, Medellín, Colombia.

como de datos epidemiológicos y de medidas adoptadas con relación a tales enfermedades. Además, se acordó no hacer cierre total de fronteras como medida de profilaxis internacional, limitándolo cuando fuere necesario, a la zona afectada, realizar labores educativas sobre el particular en la población general y en los trabajadores de salud de las zonas fronterizas y notificar a la Oficina Sanitaria Panamericana las medidas que se tomaren con relación al Acuerdo.

El Convenio anterior no fue efectivo en la cooperación sanitaria fronteriza Colombo-Venezolana. Ocho años más tarde, en julio de 1958, los Ministros de Salud de Colombia y Venezuela, reunidos en Cúcuta, suscribieron una *Declaración Conjunta* en la cual se comprometieron a presentar a consideración de sus respectivos Gobiernos un proyecto de *Acuerdo Sanitario Fronterizo* para adoptar medidas preventivas y de control permanentes, de conformidad con sus posibilidades, en relación con malaria, viruela, fiebre amarilla, venéreas, pian y tuberculosis.

Las bases de éste fueron similares a las del Acuerdo de 1950 entre Colombia y sus países vecinos, destacándose la propuesta de una reunión anual del Acuerdo. Además, ambas naciones se ofrecieron recíprocamente becas para que funcionarios suyos observaran y estudiaran en el país alterno los servicios que fueran de su interés, incluyendo estudios en la Escuela de Malariología de Venezuela para los colombianos. La tramitación a que se comprometieron los Ministros no llegó a feliz término, por lo cual este Acuerdo tampoco tuvo vigencia, pero sí se establecieron desde esa época las Reuniones Anuales de Malariólogos Colombo-Venezolanos, habiéndose celebrado un total de 16 reuniones hasta 1972.

Posteriormente, en diciembre de 1964, una nueva *Declaración Conjunta* de los Ministros de Salud Pública de Colombia y de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, reunidos en Bogotá, reiteró los principios de la Declaración anterior, así como del Acta de San Cris-

tóbal suscrita por los Presidentes de los dos Estados el 7 de agosto del mismo año y del Acta de la VIII Reunión sobre Malaria en la Frontera Colombo-Venezolana celebrada en Cúcuta del 13 al 15 de octubre del dicho año. Ambos Ministros propusieron a sus Gobiernos la adopción de un *Acuerdo sobre Cooperación Sanitaria Fronteriza Colombo-Venezolana*, con base en el interés común en la protección, fomento y recuperación de la salud, así como en el intercambio de conocimientos, reconociendo que no deben existir fronteras en la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, así como en el derecho que tienen los ciudadanos de recibir protección de su salud.

En 1965 se completaron las discusiones sobre este Acuerdo, el cual fue firmado en Caracas, en marzo de 1966 por el Embajador de Colombia en Venezuela y el Ministro de Relaciones Exteriores de dicho país, en presencia de los Ministros de Salud de ambas naciones. Los dos Gobiernos adoptaron las medidas propuestas en 1958, con exclusión del pian e inclusión de la lepra, así como de actividades de Saneamiento Ambiental, utilizando para ello los Servicios de Salud Fronterizos. Ambos Gobiernos pueden ampliar las acciones a otras actividades cuando lo aconsejen razones epidemiológicas o de otra índole. Para promover y coordinar tales medidas cada Gobierno designa una Comisión Permanente. Estas Comisiones se reúnen conjuntamente en forma alterna en cada uno de los países, por lo menos una vez al año y realizan reuniones periódicas en sus propios países para promover el cumplimiento de los propósitos del Acuerdo. Las modificaciones al Acuerdo se hacen por Convenio entre los dos Gobiernos y la terminación del mismo puede hacerse por cualquiera de ellos, mediante aviso dado al otro con 90 días de anticipación o por la promulgación en alguno de los dos países de disposiciones legales que les sean contrarias.

Las reuniones de las Comisiones Nacionales Permanentes se han realizado así:

- I. en Cúcuta (Colombia), 24 de febrero de 1967.

- II. en San Cristóbal (Venezuela), 23 de febrero de 1968.
- III. en Pamplona (Colombia), 21 de febrero de 1969.
- IV. en Bogotá (Colombia), 30 y 31 de enero de 1970.
- V. en Caracas (Venezuela), 19 de febrero de 1971.
- VI. en Cartagena (Colombia), 24 y 25 de marzo de 1972.
- VII. en Mérida (Venezuela), 23 y 24 de marzo de 1973.
- VIII. en Medellín (Colombia), 28 y 29 de marzo de 1974.

Discusiones de las Comisiones y de los Grupos.

Las principales determinaciones tomadas en las reuniones de las Comisiones Nacionales y de los Grupos de Trabajo han sido las siguientes:

1. *Definición de Zona Fronteriza para los Fines del Acuerdo:* comprende las divisiones político-territoriales de cada país limítrofes entre sí, en su totalidad o en parte, y aquellas partes de otras divisiones no limítrofes que por razones del intercambio socio-económico, pudieran constituirse en áreas constantes o potenciales de interés epidemiológico común a los dos países. En mapas de dicha zona, se señalan para cada problema específico las respectivas áreas de influencia epidemiológica. Sólo para el caso de viruela se ha determinado como área de interés epidemiológico el total de la extensión territorial de ambos países.
2. *Organismos Técnicos:* son los Grupos de Trabajo en malaria y otras enfermedades metaxénicas (fiebre amarilla, encefalitis equina, dengue y enfermedad de chagas), lepra y tuberculosis, venéreas, enfermedades transmisibles agudas (viruela, rabia, poliomiélitis, tosferina, sarampión y otras), saneamiento ambiental y productos farmacéuticos y biológicos. A sus reuniones deben asistir los Jefes de los

respectivos Programas a nivel nacional y en las zonas fronterizas y los Jefes de los Servicios Generales de Salud y de Saneamiento Ambiental de las Unidades fronterizas principales, funcionarios a cuyo cargo está la planeación, supervisión y ejecución de tales programas.

3. *Tareas de las Reuniones de los Grupos:* revisar las actividades desarrolladas desde la última reunión, exponer la situación actual del problema, analizar las dificultades encontradas y programar las actividades inmediatas. Un informe de cada reunión deben transmitir a las Comisiones Nacionales que se reúnen cada año, separando las conclusiones de las recomendaciones, para facilitar la evaluación de las actividades de dichos grupos y la toma de decisiones sobre sus programas anuales. La programación cuidadosa de las actividades a cumplir entre una reunión y la siguiente, tanto nacionales como de cooperación internacional, facilita la ejecución y evaluación de los programas. La participación de los representantes de la OPS en ambos países permite formular las bases de ayuda que pueda obtenerse de dicha Organización.
4. *Promoción y Desarrollo de las Actividades:* para ello los Presidentes de las Comisiones Nacionales se comunican con los responsables de los respectivos programas en cada país.
5. *Informes de las Reuniones de las Comisiones Nacionales:* se intercambian entre los Ministros de Salud de ambos países, para señalar la aceptación de las recomendaciones y se divulgan a todos los niveles operacionales de ambos Ministerios para que las recomendaciones sean conocidas y apoyadas.
6. *Información Mutua sobre Problemas Comunes:* mediante intercambio de funcionarios para observación de programas de salud, intercambio de información a

decuada, permanente y completa entre los responsables de los programas en la zona fronteriza, fijación de un calendario de actividades de cada grupo a cumplirse bajo la responsabilidad de los Jefes de los Servicios Seccionales de Salud, asistencia de los directores de los Institutos Nacionales de Salud y de las Comisiones Nacionales o de sus representantes a las reuniones de los Grupos para mejor orientación de éstos, intercambio de información sobre adiestramiento de personal de salud en los dos países y coordinación adecuada de los funcionarios del nivel local.

7. *Seguimiento de las Recomendaciones:* los Ministerios deben hacer el seguimiento de las recomendaciones formuladas a los Gobiernos y a los Grupos en las reuniones de las Comisiones Nacionales y que cada Gobierno juzgue aplicables para su ejecución.

8. *Adiestramiento de Personal:* el intercambio de información sobre los recursos de cada país para adiestramiento de personal en salud, permite aprovecharlos al máximo; igual objetivo persigue el intercambio entre directivos y docentes de las Escuelas de Salud Pública. La Medicina Simplificada y el Centro de Mantenimiento de Ingeniería de Hospitales de Venezuela deben ser conocidos por funcionarios colombianos, de la misma manera que la Oficina de Administración de Recursos Humanos para la Salud de Colombia lo debe ser por parte de funcionarios venezolanos.

9. *Funcionamiento del Acuerdo:* los siguientes mecanismos se han previsto para ello:

- Las Oficinas de Salud Pública Internacional, como Secretarías de los Ministerios para los asuntos del Acuerdo, se encargan de hacer cumplir las recomendaciones que las Co-

misiones Nacionales hacen a los Gobiernos y a los Grupos.

- También se encargan de organizar las reuniones de las Comisiones Nacionales y de los Grupos de Trabajo, enviando con anticipación los documentos respectivos a la Oficina alterna.

- Para cada una de las actividades, se constituyen a nivel local y regional, en la zona fronteriza, comités de cooperación de grupos organizados de la comunidad para las diferentes acciones de salud.

- Patrocinadas por ambos Ministerios de Salud, las Juntas Directivas de las Sociedades de Salud Pública de cada país, deben reunirse para enterarse de las actividades del Acuerdo y promover la fundación de la Asociación Fronteriza Colombo-Venezolana de Salud Pública para fortalecer dichas actividades.

- Debe estrecharse la cooperación para mejorar las Estadísticas Vitales y Sanitarias y promover su difusión.

- Conviene que los Grupos de Trabajo realicen reuniones simultáneas, a fin de reducir gastos y movilización de personal.

- Cada Ministerio debe asignar recursos financieros para atender gastos del Acuerdo distintos de los propios de cada programa.

10. *Programas del Acuerdo:* para asegurar su progreso se considera importante la destinación de recursos suficientes por parte de los Gobiernos, la provisión a los funcionarios responsables de trabajos fronterizos conjuntos o coordinados de un documento que facilite su traslado de

un país al otro y el apoyo financiero al intercambio de adiestramiento de personal, el cual debe estar dirigido por las Oficinas de Recursos Humanos respectivas, así como a los diversos programas del Acuerdo para dar la debida protección a los habitantes del área.

11. *Fiebre Amarilla*: se ha definido como fundamental intensificar la erradicación del *Aedes Aegypti* en la zona fronteriza e investigar la presencia del mismo en zonas que antes fueron positivas, debido a reinfestaciones frecuentes en localidades limítrofes, las cuales deben ser evitadas y tratadas. Se ha señalado como importante el mantenimiento de equipos e insecticidas eficaces y listos para ser usados, en los Servicios encargados del control del *A. Aegypti*, de modo que se pueda dominar rápidamente cualquier foco urbano de transmisión de fiebre amarilla o dengue. Sin embargo, últimamente se ha puesto en duda la eficiencia de la erradicación del *Aedes*, cuyo costo es muy alto y se ha propuesto que la OPS reexamine las condiciones epidemiológicas y se pronuncie acerca de la justificación de este programa.

Cada país debe enfatizar la vacunación rutinaria y sistemática contra fiebre amarilla a las personas que viven en las zonas limítrofes infestadas con *A. Aegypti* o que emigran hacia ellas. La estabilidad de la vacuna es indispensable para poderla llevar a lugares apartados donde su acción es más necesaria. Los dos países deben solicitar a la OMS excluir la fiebre amarilla del grupo de enfermedades cuarentenables, ya que la tecnología disponible permite limitar la dispersibilidad y difusibilidad del virus.

En regiones donde hay virus de fiebre amarilla sin la presencia de primates, es importante practicar exámenes serológicos sistemáticos en mamíferos, aves e insectos hematófagos. Estaciones biológicas en la zona fronteriza con fines de

vigilancia epidemiológica, estudios de patología regional, docencia y control, conviene sean establecidas.

Otras medidas de vigilancia acordadas han sido la viscerotomía, la tipificación de virus en humanos y mamíferos y las pruebas de neutralización en reservorios.

12. *Viruela*: los dos países deben mejorar sus recursos para el diagnóstico preciso y oportuno de la viruela y ayudarse mutuamente en tal sentido. Ambos Gobiernos deben mantener programas de vacunación masiva hasta establecer un nivel inmunitario alto en la población fronteriza. La vacunación debe incluir a grupos tales como indígenas y trabajadores de salud. El grupo de viruela debe determinar el número de vacunaciones a realizar anualmente en cada país para mantener un nivel inmunitario adecuado y estudiar la posibilidad de no exigir Certificado Internacional de Vacunación antivariólica entre Colombia y Venezuela. Si no es posible garantizar una revacunación completa de la población general se debe dar prioridad al grupo más susceptible que es el de menores de 5 años de edad y a los adultos carentes de cicatrización de vacunación anterior. También se ha acordado reforzar la vigilancia epidemiológica en ambos países para investigar oportunamente todo caso sospechoso y controlar la aparición de brotes epidémicos, así como la notificación recíproca de casos y la realización de evaluaciones periódicas para conocer el estado inmunitario de la población.

13. *Malaria*: su eliminación en la zona fronteriza es difícil debido a la migración de doble corriente que allí existe, la cual impide interrumpir la transmisión. La malaria parcialmente refractaria que hay en tal zona, puede originar reinfestación en las áreas en donde se ha eliminado la transmisión. *Malaria responsiva* implica que se interrumpe la transmisión como

consecuencia de un rociamiento total, completo, suficiente y regular; *refractaria* que con el rociamiento no se obtiene interrupción, pero sí marcada reducción e *inaccesible* que debido a condiciones derivadas del hombre no se puede aplicar el rociamiento a sus viviendas o abrigos. Las áreas potencialmente económicas, en donde se ha reducido la enfermedad, se convierten en centros de inmigración, en los cuales el incremento de población exige mayores esfuerzos para evitar su recrudescimiento. A pesar de todo es necesario mantener el más bajo nivel posible de transmisión malárica.

Se ha enfatizado sobre el incremento presupuestal para aumentar el control especialmente en áreas rurales donde se realizan proyectos de desarrollo, la asignación de salarios e incentivos acordes con las condiciones de trabajo para estabilizar el personal, la dotación de recursos adecuados para las actividades adicionales que se asignen a la campaña antimalárica y la enseñanza de administración de salud en los Cursos de Malariología. En áreas donde factores geográficos, meteorológicos, antropológicos y epidemiológicos impidan interrumpir la transmisión a corto plazo, parece conveniente sustituir la erradicación por el control. Se considera importante la expansión de los servicios de salud en áreas maláricas y la asunción por parte de éstos de responsabilidad en la búsqueda y tratamiento de casos, siguiendo las normas del servicio de malaria y en colaboración con él.

La evaluación se ha establecido sobre un 100/o de exámenes de sangre al año. Además, el porcentaje de casas rociadas completas en cada ciclo expresa la cobertura útil obtenida. El establecimiento de "Distritos Indicadores" permite observar el efecto de los insecticidas de acción residual.

14. *Lepra*: ha sido necesario obtener información sobre la enseñanza de la leprología y de las actividades antileprosas en cada país a través de encuestas entre las Escuelas de Medicina, cuyos resultados sirvan para promover e intensificar esta enseñanza, tanto en pre como en post-grado, lo mismo que a nivel médico y paramédico. En el post-grado debe enseñarse en Medicina Interna, Patología, Pediatría, Obstetricia, Ginecología y Oftalmología, ya que la Lepra tiene manifestaciones clínicas y patológicas que competen a tales especialidades. En la preparación de médicos de Salud Pública deben incluirse aspectos de epidemiología y control de lepra como problema de salud pública que es. El personal médico y paramédico que va a trabajar en zonas leprógenas debe recibir información previa sobre el particular.

Otras acciones consideradas importantes en lepra han sido: integración de las actividades antileprosas a los programas generales de Salud, intercambio de historias clínicas y de datos (mediante formularios unificados) entre los servicios dermatológicos a donde se trasladen pacientes de ambos países, información de tales traslados a las Jefaturas Nacionales con fines estadísticos, utilización de personal paramédico previamente capacitado en la labor de despistaje inicial, educación a los pacientes y sus familiares para que colaboren en la localización y control de contactos y para que continúen activamente su tratamiento en caso de traslado, educación a la comunidad y a sus líderes, intercambio de información sobre enfermos, contactos y actividades de consultas dermatológicas, así como de información científica y de entrenamiento de personal, utilización de terapia inyectable de absorción lenta por ser más eficaz, realización de actividades de rehabilitación, intensificación del control de contactos fuente primordial de descubrimiento de casos (especialmente incipientes) y realización de exámenes masi-

vos de población en áreas de alta prevalencia. Estas dos últimas actividades requieren la provisión de adecuados transportes al personal de campo. Los epidemiólogos de los Servicios de Salud deben participar en la planificación, supervisión y coordinación de actividades antileprosas. El trabajo social en lepra tiene importancia, para lo cual se debe entrenar al personal auxiliar y aprovechar las organizaciones privadas.

15. *Venéreas*: es necesario estudiar el problema desde el punto de vista epidemiológico y social, así como en relación con los recursos y las soluciones respectivas, ojalá con la participación de las Universidades de ambos países.

El incremento de los recursos para campañas antivenéreas permitirá aumentar la cobertura en cuanto a diagnóstico y tratamiento oportunos, medidas prioritarias en la lucha contra estas enfermedades. Es importante la notificación recíproca de casos y contactos que cambien de residencia o de país, la estandarización de procedimientos diagnósticos (clínicos y de laboratorio) y la enseñanza de clínica y epidemiología de venéreas en pre y post-gradado y al personal en servicio, tanto médico como paramédico.

Ante los cambios epidemiológicos de estas enfermedades se requiere centralizar y uniformar las normas para su control.

La Investigación de contactos (a través de investigadores de contactos) y la educación sanitaria (preferentemente a grupos más expuestos) se consideran medidas complementarias de las de diagnóstico y tratamiento.

16. *Rabia*: en 1969 cada país debió preparar un informe sobre el estado de esta enfermedad. Se ha encomendado al Grupo de Rabia estudiar las posibles relaciones entre rabia bovina y felina. Otras accio-

nes acordadas han sido: registro completo de accidentes por mordeduras, incremento de recursos para el control de la rabia animal y humana, capacitación de personal para labores de diagnóstico y de control, establecimiento de un sistema adecuado de recolección de materiales sospechosos que permita conocer la verdadera incidencia y mantener una estricta vigilancia epidemiológica, educación del público sobre el particular, ejecución de encuestas epizootológicas y eliminación consecuyente de animales atacados por otros sospechosos de sufrir la enfermedad, vacunación canina de amplia cobertura, uniformación de la legislación al respecto, control fronterizo de caninos y felinos mediante certificado de vacunación válido, establecimiento de control de calidad de los diagnósticos a través del laboratorio central de referencia y establecimiento de la inmunofluorescencia en el diagnóstico de rabia.

17. *Tuberculosis*: las siguientes acciones se han acordado: notificación inmediata y recíproca de casos con fines estadísticos, epidemiológicos, de control y de seguimiento de pacientes, capacitación de personal médico y auxiliar, vacunación recíproca de la población susceptible de acuerdo a las posibilidades y facilidades, búsqueda (Rx de tórax y baciloscopia) y extinción de las fuentes de contagio, planificación de actividades de cooperación fronteriza, utilización de medicina simplificada para actividades antituberculosas en el medio rural disperso, impulso del tratamiento ambulatorio "totalmente controlado" y educación a nivel del enfermo y de la comunidad.

Se ha indicado la importancia de unificar los criterios y técnicas en cuanto al diagnóstico de la tuberculosis bovina en la zona fronteriza, cuyos casos se deben denunciar para que se tomen las medidas pertinentes.

18. *Encefalitis equina venezolana*: dado que es posiblemente la arbovirosis más importante en los dos países, se deben hacer estudios epidemiológicos al respecto (incluyendo la determinación de los vectores reales) y establecer métodos adecuados de control. Dichos estudios son importantes dada la extensión de la enfermedad a otros países, la severidad especial de algunos brotes y la presencia de cepas antigénicamente diferentes y de virulencia diferente para el equino. En tales estudios deben participar los Ministerios de Agricultura y Ganadería (o Cría) de los dos países. Los Servicios de Sanidad Animal deben notificar los casos de encefalitis. Se deben mejorar las facilidades de laboratorio para diagnóstico a nivel humano y animal.

En vista de los recientes avances en el desarrollo de vacunas contra esta enfermedad, su ensayo tanto en el hombre como en los equinos, se ha considerado conveniente. Se ha determinado además difundir información sobre las actividades que se desarrollan en ambos países contra esta enfermedad.

19. *Enfermedad de Chagas*: requiere micro-técnicas serológicas para el diagnóstico, seguras en cuanto a sensibilidad, especificidad y uniformidad en los resultados. La educación es importante para evitar la reinfestación por triatominos en las viviendas tratadas. Se debe estudiar la susceptibilidad de éstos a los insecticidas y definir la dosis de prueba durante la encuesta inicial.

20. *Saneamiento Ambiental*: se han considerado importantes los estudios sobre utilización común de fuentes de agua y contaminación de cursos de agua, incluyendo aspectos legales e hidrográficos. Para los problemas de saneamiento en las fronteras se ha hecho necesario disponer de planes a corto, mediano y largo plazo, obtener financiación de entidades nacio-

nales e internacionales, obtener la participación de los organismos responsables de suministro de agua en ambos países, educar en cuanto al uso adecuado de abastecimientos de agua e intercambiar informaciones, experiencias y personal en este campo.

21. *Productos Farmacéuticos y Biológicos*: se han estudiado mecanismos de cooperación en cuanto a elaboración y suministro recíproco de biológicos. Se ha decidido hacer estudios para unificar normas de control de calidad de drogas y productos biológicos en ambos países. El grupo de drogas y productos biológicos debe coordinar el intercambio de las naciones a través del convenio Hipólito Unanue. Los dos países deben promover el cumplimiento del mismo en cuanto a productos farmacéuticos, biológicos, alimenticios, plaguicidas y cosméticos.

Conclusiones y recomendaciones de la VIII Reunión.

Durante la VIII y última Reunión de las Comisiones Nacionales realizadas hasta el presente, se destacó el fortalecimiento dado a las Oficinas de Relaciones Internacionales de ambos Ministerios, las cuales cuentan ya con financiamiento propio para sus actividades y continúan vigilando y coordinando el cumplimiento de las recomendaciones propuestas por las Comisiones y los Grupos, así como preparando las diversas reuniones. De esta manera han logrado un aporte cada vez mayor de los dos Ministerios.

La vigilancia del tránsito de los funcionarios fronterizos de salud, para el cumplimiento de sus funciones relacionadas con programas de interés común, depende de varios Ministerios, los cuales deben dar las facilidades para ello.

La presencia de los Directores de las Escuelas de Salud Pública permitió intercambiar información sobre los cursos que ambas entidades ofrecen, especialmente los de carácter interna-

cional. Los Directores de ambas Escuelas continuarán siendo invitados a las reuniones de las Comisiones Nacionales. Para el curso de Malaria y Saneamiento Ambiental que se dicta en Venezuela, el Gobierno de dicho país ofrece 6 becas a participantes de países latinoamericanos. Se enfatizó el intercambio entre ambas Escuelas para conocimiento y aprovechamiento mutuo de sus facilidades docentes, así como entre los Institutos Nacionales de Salud.

También se dió importancia al informe sobre recursos para formación de personal existente en ambos países que debe presentarse en la III Reunión de Ministros de Salud del Area Andina (REMSAA), a fin de promover su aprovechamiento por los otros países de la subregión.

Las reuniones de los grupos locales operativos y Jefes de programas, se han venido cumpliendo, especialmente en malaria, lepra, rabia y fiebre amarilla y han repercutido favorablemente en el trabajo de campo, ya que constituyen un eficaz mecanismo de cooperación. Sus informes deben ser enviados a las Comisiones Nacionales Permanentes.

Se acordó realizar un inventario de servicios médicos a ambos lados de la frontera, por personal capacitado de Atención Médica de ambos Ministerios, y siguiendo un esquema común. Este censo servirá a las autoridades fronterizas de salud para facilitar las referencias de uno a otro país. El Gobierno Venezolano, en 1973, incrementó y reforzó los servicios médicos rurales en la frontera, especialmente en cuanto a dotaciones, transportes, referencias, diagnóstico y tratamiento.

Puesto que la viruela ha sido erradicada desde hace varios años, en Venezuela y Colombia, y desde 1971 en todo el Continente, la eliminación del Certificado Internacional de Vacunación antivariólica no tendría sentido práctico, ya que abarcaría unos cuantos viajeros. Los dos países deben promover en la próxima Conferencia Sanitaria Panamericana, en octubre de 1974, la supresión del Certificado en

todo el Continente. Hay el antecedente de que Estados Unidos tiene ya Acuerdos bilaterales con otros países de América en tal sentido.

Se establecieron reuniones bienales para los Grupos de actividades afines, en las cuales haya oportunidad de reunión conjunta de los Grupos para permitir a los participantes una visión amplia de los problemas de la frontera y facilitar el intercambio entre los responsables de los programas, el cual no se ha logrado hasta ahora con las reuniones separadas de los Grupos. Se consideró conveniente que los Grupos sigan las pautas señaladas en la XV Reunión del Grupo de Malaria para evaluación del cumplimiento de las recomendaciones.

Las 121 recomendaciones adoptadas por las siete reuniones anteriores de las Comisiones son objeto de revisión por ambos países, a fin de apreciar cuáles están pendientes de cumplirse, eliminar las ya cumplidas o que no son actualmente pertinentes o fueron inoperantes y consolidar las que se refieren a materias afines.

Se dió énfasis al trabajo coordinado de los dos países ante el Convenio Hipólito Unanue en las cuestiones de interés común, especialmente en las relacionadas con medicamentos, biológicos y alimentos, en las cuales ambos países han alcanzado buen grado de desarrollo y pueden desempeñar papel importante en las funciones de armonización e integración que tal Convenio persigue. El Grupo de Productos Farmacéuticos y Biológicos debe coordinar, para los fines de tal Convenio, los aspectos de capacidad instalada para producción, control de calidad, intercambio de productos y lo relacionado con alimentos, bebidas, cosméticos y plaguicidas.

La coordinación de actividades y la cooperación en estadísticas de salud, teniendo como prioridad la notificación de trasmisibles debe lograrse a través de reuniones de estadísticos de ambos países promovidas por las Comisiones Nacionales y mediante la inclusión del tema en la próxima reunión del REMSAA.

Las agencias gubernamentales encargadas de controlar el registro, distribución, transporte, almacenamiento y utilización de plaguicidas en los dos países, deben definir bien la reglamentación respectiva, supervisar su cumplimiento y precisar la responsabilidad en cuanto a riesgo o daño a la salud que pueda provenir de la negligencia en el cumplimiento de tales disposiciones.

Comentario.

Colombia y Venezuela han venido haciendo esfuerzos conjuntos, desde hace más de 10 años, en busca del mejoramiento del estado de Salud en la zona fronteriza, tratando de obtener al mismo tiempo beneficios para la salud general de ambas naciones. Por medio del Acuerdo sobre Cooperación Sanitaria Fronteriza Colombo—Venezolana, el cual actúa a través de las Comisiones Nacionales Permanentes y de los Grupos de Trabajo, se han acordado importantes acciones coordinadas en diferentes aspectos de la Salud Pública de interés común. Si bien es cierto que muchas

de las acciones acordadas no han tenido las repercusiones esperadas o quizás muchas de ellas no se han realizado conforme a los convenios, hay algo de trascendental importancia que debe destacarse y mantenerse: es el principio de aunar esfuerzos para preservar la salud de la población sin distinciones de fronteras. Trabajando con esta mira será posible enfatizar las acciones de salud para contribuir al bienestar de los habitantes de ambos países.

Bibliografía.

1. Dirección de Malariología y Saneamiento Ambiental, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela. *Acuerdo sobre Cooperación Sanitaria Fronteriza Colombo—Venezolana. 28 marzo de 1966 a 25 de marzo de 1972.* Caracas, 1972.
2. Oficina de Relaciones Internacionales, Ministerio de Salud Pública de Colombia. *VIII Reunión de las Comisiones Nacionales.* Medellín, 28 y 29 de marzo de 1974.