

## ACTIVIDADES DE SALUBRIDAD INTERNACIONAL EN LAS AMÉRICAS\*

Por el DR. FRED L. SOPER

*Director de la Oficina Sanitaria Panamericana*

Es adecuado que esta Asamblea Nacional de Salubridad, convocada con el fin de planear para los Estados Unidos un programa de salubridad por un período prolongado, preste atención a los planes para labores de salubridad internacional. El desarrollo de los transportes aéreos rápidos hace anticuados los métodos tradicionales para prevenir la importación de las enfermedades transmisibles. Los dirigentes en el campo de la salud internacional admiten que la cuarentena fronteriza y de puertos debe ser reemplazada por un ataque general directo a las enfermedades transmisibles en sus zonas endémicas. Tal ataque podrá ser orientado y ayudado por una organización internacional cooperativa, sin pérdida de soberanía por parte de la nación infectada. Uniéndose a dichas organizaciones una nación no sólo fortalece a las otras sino que se protege a sí misma.

Los Estados Unidos de América, como potencia mundial, tienen gran interés en la salud mundial y especialmente en la salud panamericana. Durante la Guerra Mundial II, los Estados Unidos, por medio de sus soldados, pudieron darse cuenta que la malaria, la ictericia epidémica, la fiebre tsutsugamushi, la filariasis y aun las enfermedades venéreas, en distintas partes del mundo, les afectan de manera directa. De ocurrir otra guerra, los Estados Unidos necesitarán como aliados a naciones sanas, que puedan producir y luchar por el interés común. Aquellos familiarizados con la situación en la América Latina comprenden que una base firme de prosperidad en el Hemisferio Occidental puede establecerse sólo a base de mejor salud que haga posible un aumento de producción.

Como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, hermana relativamente desconocida de la Unión Panamericana, celebro la oportunidad de dar a este grupo de dirigentes, procedentes de muchas partes de los Estados Unidos, una historia parcial del trabajo sobre salubridad internacional realizado en las Américas. Al hacerlo, me referiré solamente a la Oficina Sanitaria Panamericana, organización de salubridad oficial interamericana que representa las 21 repúblicas americanas; a la Fundación Rockefeller, institución filantrópica privada; y al Instituto de Asuntos Interamericanos, agencia del Departamento de Estado de los Estados Unidos.

\* Presentado a la Asamblea Nacional de Salubridad, Mayo 3, 1948. Washington, D. C.

Todos Uds. están familiarizados con la Organización Mundial de la Salud y han observado la reacción de este país al anuncio de que los Estados Unidos pudieran no ratificar su constitución antes de la Primera Asamblea en junio de 1948; pero pocos de Uds. saben algo de la Oficina Sanitaria Panamericana, decana de todas las organizaciones internacionales de salubridad, creada en 1902, o de las doce Conferencias Sanitarias Panamericanas responsables de la política de la Oficina. La Oficina y las Conferencias funcionan ahora de acuerdo con el Código Sanitario Panamericano de 1924, cuyo tratado fué ratificado por las 21 repúblicas americanas. (Únicamente en el campo de la salubridad ha existido tal unanimidad entre las naciones americanas, siendo el Código el único tratado interamericano ratificado por todas.) Los términos de dicho Código y de la Constitución, adoptada en 1947, son de tal naturaleza que facilitan para el futuro una relación de servicios entre la Oficina Sanitaria Panamericana y los Ministerios de Salubridad del Hemisferio Occidental, semejante a la que existe entre el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos y los departamentos de salubridad de los Estados. Aunque cada Estado cuenta con un departamento de salubridad, responsable de la salud de su pueblo, el Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos ha encontrado la manera de hacer contribuciones de la mayor importancia a la salubridad de la nación. Del mismo modo, aunque cada una de las 21 repúblicas americanas cuenta con organización sanitaria propia, hay necesidad urgente de coordinar las actividades de salubridad de todo el continente, lo que no puede intentar la Oficina a causa de su presupuesto inadecuado y escasez de personal.

Al constituirse la Oficina Sanitaria Panamericana en 1902, el principal estímulo para el desarrollo de las labores de salubridad internacional, fué el deseo de cada país de proteger a su población de pestilencias importadas, con un mínimo de interrupción a su comercio. Era natural, por lo tanto, que la función de la Oficina Sanitaria Panamericana en sus primeros años estuviera limitada a la recolección y diseminación de informes con respecto a la distribución de enfermedades transmisibles peligrosas con el objeto de imponer las medidas de cuarentena necesarias y evitar aquellas medidas innecesarias.

La creación de la Fundación Rockefeller en 1913, con el propósito declarado de "promover el bienestar de la humanidad en todo el mundo" produjo un cambio radical en la manera de enfocar la solución de los problemas de salubridad internacionales. El propósito declarado de su Comisión de Fiebre Amarilla era la erradicación de la fiebre amarilla del Hemisferio Occidental, cuyos planes comprendían estudios para determinar la distribución de la fiebre amarilla, seguidos de colaboración activa con las autoridades de aquellos países donde existía la enfermedad.

Hacia 1947, cuando se adoptó la actual Constitución de la Organi-

zación Sanitaria Panamericana, el concepto general era que las funciones de las organizaciones internacionales de salubridad semejaban a las de la Fundación Rockefeller. Esta Constitución declara que los fines fundamentales de la Organización "*serán coordinar los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir la enfermedad, prolongar la vida y estimular la salud mental del pueblo.*"

Entre los factores más potentes que han llevado a las naciones americanas a aceptar el más amplio concepto de la obra internacional de salubridad, figura la continuada colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la División Internacional de Salubridad de la Fundación Rockefeller en la solución de los problemas administrativos de salubridad y en la preparación de personal técnico. El tiempo no nos permite ni aun un breve resumen de las muchas actividades significativas de esas dos organizaciones, pero no se puede dejar sin comentar la obra de la Oficina Sanitaria en la peste y la de la Fundación en la fiebre amarilla. Ambos programas representan ejemplos importantes del valor de la obra internacional de salubridad.

Años después de haber tomado la Fundación Rockefeller la responsabilidad de colaborar en la lucha contra la fiebre amarilla, la Oficina emprendió la solución del problema de la peste bubónica. El Dr. John D. Long, veterano de las campañas contra la peste en California y Filipinas, fué a Sud América alrededor de 1920. Desde el principio se interesó profundamente en el problema de la peste y ha estimulado o realizado estudios y campañas en muchos países de Sud América. Esos estudios han demostrado que el cuadro de la peste en Sud América no es sencillo, ya que no sólo afecta al hombre, la rata doméstica y la pulga, sino que varía ampliamente de región a región. Se ha demostrado también que la peste puede ser importada en navíos libres de ratas, en las pulgas infectadas en los sacos de yute procedentes de la India. La cruzada presentó muchas decepciones antes de que el estigma de infección de peste fuera eliminado de los registros del último de los puertos americanos. Ha transcurrido un decenio completo desde la última vez que se comunicó peste en Guayaquil, pero la lucha aun continúa en el interior de algunos países. Se continúan los estudios esperando hallar medios satisfactorios de eliminar la peste de las zonas rurales a un costo razonable. Los resultados obtenidos por la Oficina en la lucha contra la peste han sido notables, teniendo que confrontar dificultades y siempre con personal y fondos inadecuados.

Aunque la Fundación Rockefeller es una institución filantrópica privada ha funcionado muchos años como verdadera organización internacional con respecto al problema de la fiebre amarilla. En 1915, la Fundación emprendió la erradicación de la fiebre amarilla de las Américas en la creencia de obtener esa meta en pocos años. Basándose en observaciones previas se creía que la fiebre amarilla desaparecería

rápida en las zonas en cuyas ciudades principales se efectuaban campañas antimosquito. La Fundación emprendió la colaboración técnica y financiera de la organización de dichas campañas antimosquito en aquellas regiones en que se sabía existía la fiebre amarilla. Bajo este programa, la fiebre amarilla desapareció rápidamente de la costa sudamericana del Pacífico, de Centro América y de México, y no ha reaparecido en esas zonas durante los últimos 25 años. Hacia 1925, se creía que la fiebre amarilla en las Américas estaba limitada al nordeste del Brasil y que se vislumbraba ya la desaparición de la enfermedad de este continente. Esperando repetir en África la esperada victoria y librar al mundo para siempre de la fiebre amarilla, la Fundación dividió su personal de fiebre amarilla para comenzar estudios importantes en Nigeria que dieron por resultado el aislamiento del virus de la fiebre amarilla en monos, primer paso que condujo, 10 años después, al desarrollo de una vacuna satisfactoria contra la fiebre amarilla.

Sin embargo, la fiebre amarilla no desapareció de las Américas, ocurriendo brotes inexplicables en Río de Janeiro en 1928, en Colombia y Venezuela en 1929, y en Bolivia en 1932, cuyos brotes no estaban de acuerdo con la epidemiología aceptada de la fiebre amarilla y que pudieron explicarse sólo después que quedó demostrado que la fiebre amarilla es básicamente una enfermedad de los animales, que de vez en cuando invade las zonas forestales de todos los países de Sud América, con excepción de Uruguay y Chile. Esta infección selvática es una fuente permanente de virus para la repetición de brotes urbanos.

En la investigación de la fiebre amarilla y en la protección de las poblaciones expuestas por medio de la vacunación y de medidas anti-mosquito, la Fundación Rockefeller ha colaborado, en una u otra forma, con las autoridades de salubridad de todas las unidades políticas de la América Latina. La mayor parte de los fondos para el programa de la fiebre amarilla proceden de los gobiernos interesados, habiendo ascendido todos los gastos de la Fundación a cerca de ocho millones de dólares en un período de más de treinta años.

Aunque el descubrimiento de la fiebre amarilla selvática como fuente permanente de reinfección demostró que el programa para la erradicación de la fiebre amarilla de las Américas había sido imposible de realizar desde el principio, la demostración de que la erradicación completa de la especie del vector urbano, el mosquito *Aedes aegypti*, es posible, condujo a la preparación de un programa para la completa erradicación de ese mosquito en las Américas, que hará imposible la recurrencia de la fiebre amarilla urbana.

En 1940, la Fundación Rockefeller discontinuó su colaboración con el Gobierno Brasileño en la campaña contra el *Aedes aegypti* después que la ciudad de Río de Janeiro y seis de los estados de Brasil se hallaban libres de dicho mosquito. El Gobierno Brasileño ha continuado

el programa y actualmente todo el Brasil, prácticamente, con la excepción de una zona relativamente pequeña, en el nordeste, se halla libre de *aegypti*.

En 1947, Brasil llamó la atención del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana sobre las ventajas de una campaña continental para la erradicación del *Aedes aegypti* para proteger a todos los países contra la fiebre amarilla urbana y prevenir la reinfestación de zonas ya libres de *aegypti*. Brasil, que tiene fronteras con diez unidades políticas y posee numerosos puertos, tiene ahora el gasto permanente de sostener los servicios de control dentro de sus fronteras para impedir las infestaciones del exterior. Brasil comprende que le es imposible protegerse en este asunto si no es por medio de la colaboración internacional.

El Consejo Directivo adoptó una resolución por la cual se hace responsable a la Oficina Sanitaria Panamericana de la coordinación de las actividades de las naciones americanas para la erradicación del *Aedes aegypti* sobre una base continental. Dicha resolución marca un paso en la filosofía y práctica de la salubridad pública, cuya importancia no es posible exagerar. Se basa en la conclusión de que aunque la amenaza de la fiebre amarilla urbana varía ampliamente entre las naciones americanas, todas participan de la responsabilidad común de liberar al continente de dicho mosquito.

La Oficina Sanitaria Panamericana ha dado los pasos iniciales para activar el programa de erradicación en todos los países sudamericanos y solamente una falta de fondos está impidiendo la extensión de las actividades a las zonas del Caribe y América Central. Naturalmente, los Estados Unidos, que se juzga presentan el problema más difícil, se dejarán para lo último.

Es interesante considerar cuánto tiempo transcurrirá antes de que los Estados Unidos, aprovechando las ventajas de la moderna terapia, hayan erradicado completamente de este país las enfermedades venéreas, y propongan, para su propia protección, un programa continental de erradicación.

El conocimiento de que el mosquito *aegypti* puede ser erradicado, constituyó en 1938, un importante factor en la decisión de emprender la erradicación del *Anopheles gambiae* del norte del Brasil. Las noticias de una epidemia de malaria verdaderamente desastrosa, producida por ese mosquito africano en el Estado de Ceará, alarmó a los trabajadores de salubridad de todas las naciones americanas, toda vez que la presencia de dicho mosquito en cualquier parte del continente constituye una amenaza potencial a todos los países. En esa época el Gobierno del Brasil y la Fundación Rockefeller trazaban planes para la campaña de erradicación y resultó grato recibir ofrecimientos de ayuda financiera de los representantes de otras tres naciones americanas, en caso que los recursos disponibles resultaran insuficientes. Esos ofrecimientos eran

clara indicación de que los vecinos del Brasil preferían combatir ese insecto enemigo fuera de sus propias fronteras.

El éxito de la campaña para la erradicación del *Anopheles gambiae* en Brasil resultó importante no sólo para los pueblos de las Américas sino también para la causa aliada durante la Guerra Mundial II, cuando los Estados Unidos hallaron necesario establecer una ruta aérea militar al Africa y al Oriente Medio, a través de la zona anteriormente infestada. Además, en 1942, el *Anopheles gambiae* invadió Egipto desde el sur con extensión al río Nilo hasta Asiut, solamente a 200 millas del Cairo. En 1942 y 1943 ocurrieron devastadoras epidemias de malaria con enormes pérdidas de vida y con gran disminución en la producción de artículos de alimentación, tan indispensables para el esfuerzo de guerra. Afortunadamente fué posible, en 1944-45 aplicar en Egipto, mediante trabajadores expertos, los métodos desarrollados en Brasil. El *gambiae* desapareció dentro del término de 8 meses y no ha reaparecido durante los pasados tres años.

Hay que admitir que el programa de fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller durante los tres decenios pasados, ha constituido una sorprendente demostración de lo que puede realizar una organización desinteresada, no religiosa, apolítica, operando en el campo de la salubridad internacional con medios adecuados y personal técnico cuidadosamente seleccionado.

Poco después del ataque a Pearl Harbor, el Consejo de Ministros de Relaciones Exteriores de los estados americanos, se reunió en Río de Janeiro y, entre otras resoluciones adoptadas, autorizó convenios bilaterales entre gobiernos individuales de las naciones americanas a fin de aunar los recursos para los trabajos de salubridad. En poco tiempo, el Instituto de Asuntos Interamericanos fué reconocido como corporación de emergencia de guerra bajo las leyes del Estado de Delaware, para representar a los Estados Unidos en la preparación y cumplimiento de los términos de tales convenios bilaterales. Durante el período 1942-47 se suscribieron contratos con todas las repúblicas latinoamericanas, excepto Cuba y Argentina, sobre la inversión de unos 45 millones de dólares de fondos de los Estados Unidos y grandes cantidades de dinero de los otros gobiernos contratantes.

De acuerdo con esos contratos se organizaron servicios cooperativos especiales en algunos países en los cuales el personal de Estados Unidos, en colaboración con las autoridades nacionales de salubridad, se encargó de la solución de emergencia de una gran variedad de problemas de salubridad relacionados con la organización de hospitales, centros de salubridad, escuelas de enfermería, programas de educación sanitaria y control de malaria, la construcción de edificios para distintos fines, la instalación de abastecimientos de agua y plantas de disposición de aguas servidas y la preparación de personal por medio de cursos especiales y becas en los Estados Unidos. En ningún momento ha asumido el

Instituto la responsabilidad de coordinar los esfuerzos de todos los países americanos en la solución de un problema común como lo han hecho la Fundación Rockefeller y la Oficina Sanitaria Panamericana respecto a la fiebre amarilla y la peste. Más bien se ha identificado en cada país con los problemas locales. Eventualmente el Departamento de Estado se hizo cargo del Instituto que fué reorganizado en 1947 con una constitución federal por un período de tres años, con divisiones de salubridad, agricultura y educación.

El trabajo del Instituto, en sus primeros años se vió restringido por la necesidad de preparar rápidamente un programa continental sobre contratos por cinco años bajo las condiciones de emergencia de guerra cuando la escasez de personal preparado y de materiales era aguda. Aun ahora, los planes a largo término se hacen imposibles a causa del limitado período de tiempo de su constitución. Que el trabajo del Instituto ha sido profundamente apreciado lo demuestra el hecho de que, en la actualidad, el Instituto está administrando un número de proyectos en varios países en los cuales la contribución financiera del Gobierno de los Estados Unidos es muy pequeña.

Para terminar, deseo dejarles un cuadro claro, tal como lo veo yo, de la situación presente de la Oficina Sanitaria Panamericana. La Oficina posee, en mi opinión, el mecanismo ideal y una oportunidad sin paralelo para llevar a cabo un trabajo de salubridad regional fructífero. El tratado de 1924 autoriza la colaboración directa con las autoridades sanitarias de todas las repúblicas americanas, y la constitución de 1947, a su vez, dispone el gobierno de la Oficina, la determinación de su política y la aprobación de presupuestos por el Consejo Directivo, compuesto de representantes técnicos de cada una de las 21 naciones americanas.

Las dos dificultades más graves que confronta la Oficina en la actualidad, se relacionan con las finanzas y el personal. Esos dos problemas son especialmente agudos puesto que tradicionalmente las cuotas con que contribuyen los Gobiernos Miembros han sido muy bajas, mientras el personal técnico ha sido hasta ahora asignado a la Oficina del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos.

Debe convenirse en un financiamiento adecuado sobre una base a largo término, antes de comenzar a tratar el problema del personal, pero aun así este problema será difícil de resolver. Debido a la mencionada política con respecto a personal, la Oficina se halla prácticamente sin personal técnico propio con experiencia.

El primer paso hacia la solución de las dificultades financieras de la Oficina fué dado por el Consejo Directivo en Buenos Aires el año pasado al elevar la cuota anual de los Estados Miembros de 40 cts. a un dólar por 1,000 habitantes, aumentando así los ingresos regulares de la Oficina de \$115,000 a \$290,000 anualmente. Sabiendo perfectamente que dicha suma es completamente inadecuada para las funciones autori-

zadas de la Oficina pero comprendiendo que todo nuevo aumento en la cuota pudiera resultar oneroso para ciertos países, el Consejo decidió elevar los fondos adicionales por medio de contribuciones anuales suplementarias basadas en la capacidad de pago, para ser negociadas directamente entre la Oficina Sanitaria Panamericana y los gobiernos individualmente. Basándose en informes respecto a contribuciones suplementarias ascendentes por lo menos a un millón de dólares que harían ciertos países de Latino América, el Consejo Directivo aprobó un presupuesto de \$1,500,000 para 1948.

El interés mostrado en la Oficina Sanitaria Panamericana por medio de contribuciones suplementarias voluntarias de varias Repúblicas Americanas, ha sido sumamente grato. Puede darse publicidad definitiva en estos momentos sólo a las contribuciones de Argentina, México y Salvador, comunicadas a la Oficina por los gobiernos respectivos. El Secretario de Salud Pública de la Argentina ha anunciado públicamente que la contribución anual de su gobierno será de un millón y medio de pesos, ascendente a \$375,000 anuales, además de la cuota regular de \$17,000.00. México, con una cuota regular de \$22,000 ha asignado y enviado dicha suma con una contribución suplementaria de \$200,000 para este año. El Salvador ha comunicado una contribución suplementaria de \$2,000.00 además de su cuota regular por la misma suma.

Les interesará a Uds. saber que aunque Estados Unidos contiene más de la mitad de la población de las Repúblicas Americanas y es la más próspera económicamente, no ha tomado disposición alguna sobre una contribución suplementaria para el presupuesto de la Oficina durante el año fiscal 1949. Tal como está el asunto en la actualidad, los Estados Unidos contribuirán \$145,000 a un presupuesto de \$1,300,000 para la organización de salubridad oficial de las Américas. Desanima observar que en momentos en que los Estados Unidos están haciendo asignaciones de muchos millones de dólares para trabajos de salubridad a organizaciones temporales, no ha tomado medida alguna para ponerse al nivel de contribuciones de otras Repúblicas Americanas en la expansión de la organización oficial permanente de salubridad interamericana.

Los Estados Unidos de América han reconocido su interés especial en el bienestar de la América Latina y han invertido decenas de millones de dólares por medio de convenios bilaterales de emergencia durante los últimos cinco años. Existe ahora la oportunidad, con la inversión de sumas mucho menores, de colocar el trabajo de salubridad panamericano sobre una base permanente con la completa cooperación de todas las demás naciones americanas. Al reforzar la Oficina los Estados Unidos contribuyen también al mejoramiento de los niveles en todas partes, ya que por medio de la Oficina se ofrece la mejor oportunidad de establecer una norma para el desarrollo de las organizaciones regionales de salubridad de la Organización Mundial de la Salud.