INFORME ANUAL DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA PARA EL AÑO ECONÓMICO QUE TERMINA EL 30 DE JUNIO DE 1930

1929-1930

Este informe de los trabajos realizados por la Oficina Sanitaria Panamericana durante el año económico que termina el 30 de junio de 1930, ha sido preparado de acuerdo con lo prescrito por el Inciso 6 del Artículo 2 de la Constitución y Estatutos sancionados por el Consejo Directivo de la Oficina en su primera reunión celebrada en Wáshington del 27 de mayo al 8 de junio de 1929, dejándose la debida constancia en los archivos de la Oficina y enviándose un ejemplar a cada uno de los miembros del Consejo Directivo. Un resumen ha sido también transmitido al Director General de la Unión Panamericana para incorporación en su informe anual al Consejo Directivo de la misma.

RATIFICACIÓN DEL CÓDIGO SANITARIO PANAMERICANO

Durante el actual año económico los gobiernos de Bolivia, Brasil, México, República Dominicana y Venezuela ratificaron el Código Sanitario Panamericano. Las Repúblicas que ya habían ratificado este Código o Convención, son éstas: Costa Rica, Cuba, Chile, El Salvador, Estados Unidos, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú y el Uruguay.

CUOTAS

El presupuesto anual para el sostenimiento de la Oficina Sanitaria Panamericana, de no menos de $50,000.00, es contribuído por todas las Repúblicas en cuotas proporcionales a su población, según prescribe el Código.

MEDIDAS TOMADAS CONFORME A LAS RESOLUCIONES Y RECOMENDACIONES DEL CONSEJO DIRECTIVO

En cumplimiento de las recomendaciones que aprobara el Consejo Directivo en su sesión del 27 de mayo al 8 de junio de 1929, se han tomado las siguientes medidas:

PRESUPUESTO

Un proyecto de presupuesto de gastos para el año económico que termina el 30 de junio de 1931 ha sido preparado y sometido a todos los miembros del Consejo Directivo para que emitan su parecer sobre el mismo, habiendo ya sido aprobado por casi todos. Dicho presupuesto aparece al final de esta memoria.

CLASIFICACIÓN DE LOS PUERTOS

Según recomendara el Consejo Directivo en uno de sus acuerdos, se transmitió a todos los Directores de Sanidad de las Repúblicas Americanas un cuestionario modelo para la clasificación de sus puertos, conforme a las cláusulas del Código Sanitario Panamericano.

Debe recordarse que las bases fundamentales para clasificar los puertos conforme al Código, comprenden lo siguiente:

Clases:
1. Puertos infectados.
2. Puertos sospechosos.
3. Puertos limpios.
4. Puertos sin clasificar.

Definiciones y subclasificaciones:

Se entenderá por un puerto infectado aquél en donde hubiere casos autóctonos de cólera, fiebre amarilla, peste bubónica, tifus exantemático o cualquiera otra enfermedad contagiosa de carácter epidémico.

Un puerto sospechoso es aquél en el cual o en sus áreas adyacentes haya ocurrido dentro de los sesenta días uno o más casos autóctonos de cualquiera de las enfermedades mencionadas en el párrafo anterior, o que no haya tomado medidas de previsión para defenderse contra las mismas, aun no considerándose como puerto infectado.

Un puerto limpio de la Clase A es aquél en el cual se cumplen las siguientes condiciones:

1. La ausencia de casos no importados de cualquiera de las enfermedades referidas en el artículo XXIII, en el puerto propiamente dicho, y en las áreas adyacentes del mismo.

2. (a) La presencia de un personal de sanidad competente y adecuado.

   (b) Medios adecuados de fumigación.

   (c) Un personal adecuado y materiales suficientes para la captura y destrucción de los roedores.

   (d) Un laboratorio bacteriológico y patológico adecuado.

   (e) Un abastecimiento de agua potable pura.

   (f) Medios adecuados para la recolección de datos sobre la mortalidad y morbilidad.

(g) Elementos adecuados para afectuar el aislamiento de pacientes sospechosos y para el tratamiento de las enfermedades infecciosas.

Un puerto limpio de Clase B es aquél en que no hay peste, cólera, fiebre amarilla, u otra enfermedad pestilencial en forma epidémica, y que cuenta con un personal de sanidad adecuado, pero que no reúne una o más de las siguientes condiciones:

1. Medios adecuados de fumigación.

2. Un personal adecuado y materiales suficientes para la captura y destrucción de los roedores.

3. Un laboratorio bacteriológico y patológico adecuado.

4. Un abastecimiento de agua potable pura.

5. Medios adecuados para la recolección de datos sobre la mortalidad y morbilidad.

6. Elementos adecuados para afectuar el aislamiento de pacientes sospechosos y para el tratamiento de las enfermedades infecciosas.

Un puerto no clasificado se considerará provisionalmente como un puerto sospechoso, o como un puerto infectado, según se determine o deduzca de los informes disponibles en cada caso hasta que se clasifique definitivamente.

Ya se han recibido los datos correspondientes de algunos, pero no todos, los Directores de Sanidad, y a principios del año económico entrante se pedirán de nuevo a los países que no los hayan suministrado.

PATENTE DE SANIDAD

Conforme a los deseos del Consejo Directivo, la Oficina se ha dirigido a los Directores de Sanidad de todas las Repúblicas Americanas, recomendando adopten el modelo de patente de sanidad que figura en el Código Sanitario Panamericano. Las contestaciones en general muéstranse favorables a esta medida.

CUMPLIMIENTO DEL CAPÍTULO II DEL CÓDIGO SANITARIO PANAMERICANO

Por acuerdo del Consejo Directivo, la Oficina tenía que dirigir una carta circular a las Misiones Diplomáticas de las Repúblicas Americanas, acreditadas en Wáshington, con respecto a la necesidad de cumplir con los requisitos, y especialmente la Sección 2, del Capítulo II del Código Sanitario Panamericano; y también enviar directamen-

te copias de dicha carta circular a todos los Directores de Sanidad.

Conforme a estas disposiciones, una comunicación fué enviada a las Misiones Diplomáticas y Directores de Sanidad de las Repúblicas Americanas, llamando la atención sobre dichas prescripciones del Código Sanitario Panamericano y apuntando la necesidad de denunciar prontamente todo caso de peste, cólera, fiebre amarilla y otras afecciones infecto-contagiosas, así como de comunicar las medidas emprendidas para combatirlas.

PROBLEMAS ALIMENTICIOS

Reconociendo la importancia de la alimentación apropiada para la nutrición del organismo humano, el Consejo Directivo recomendó que la Oficina Sanitaria Panamericana emprendiera las gestiones que juzgare más acertadas, a fin de fomentar el estudio de los hábitos y recursos dietéticos de los países representados en la misma, y para diseminar conocimientos relativos a la alimentación correcta en los respectivos pueblos. En cumplimiento de esa resolución, la Oficina puso en conocimiento de los Directores de Sanidad de todas las Repúblicas Americanas las disposiciones aprobadas, y solicitó datos, en particular con respecto a los siguientes puntos:

1. Estadísticas o datos disponibles sobre las enfermedades relacionadas con la nutrición y el aparato digestivo, y en particular las llamadas de escasez.

2. Estudios realizados sobre la nutrición en cualquiera de sus fases.

3. Qué fases del asunto son consideradas de más importancia.

4. Qué forma práctica debería tomar la propaganda realizada por esta Oficina, a fin de difundir el uso correcto y variado de las sustancias alimenticias, de acuerdo con las modernas orientaciones científicas.

COLABORACIÓN CON LA OFICINA INTERNACIONAL DE HIGIENE PÚBLICA

A petición del Director de la Oficina Internacional de Higiene Pública, de París, se solicitó de los Directores de Sanidad de todas las Repúblicas Americanas que facilitaran datos pormenorizados con respecto a brotes de enfermedades pestilenciales en sus respectivos países. Esta medida obedece a las disposiciones de la Convención de París (1926), y a una resolución de la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana (Sec. 16, Acta Final, A.D. 1927), que autoriza a la Oficina Sanitaria Panamericana a actuar como Agencia Regional de la Oficina Internacional de Higiene Pública con respecto a la recolección y transmisión de las informaciones obtenidas de los

poderes signatarios representados en la Oficina Sanitaria Panamericana. Hasta la fecha han contestado el Ecuador, Estados Unidos, Haití, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, la República Dominicana y Venezuela, y las contestaciones han sido transmitidas a la Oficina Internacional, conforme proveen las precitadas convenciones.

CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE LA VIII CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

La VIII Conferencia Sanitaria Panamericana recomendó que la Oficina Sanitaria Panamericana hiciera las gestiones del caso respecto de los siguientes puntos:

1. Adopción en todos los países de América de la Nomenclatura Internacional de Causas de Muerte.

2. Recolección de estudios sobre el desarrollo y extensión de las helmintiasis en el Continente Americano.

3. Recolección de datos sobre la vacunación antituberculosa.

4. Fomento del intercambio de las leyes y reglamentos relacionados con la salud pública.

5. Recolección sistemática de informaciones sobre los hospitales de las Américas.

6. Obtención de informes sobre higiene escolar y las condiciones de los edificios escolares.

Datos sobre uno o varios de estos asuntos han sido obtenidos y publicados en el BOLETÍN, en particular en lo tocante a las helmintiasis, vacunación antituberculosa, nueva legislación y reglamentos respecto a la salubridad pública, estado de los hospitales, y desenvolvimientos de la higiene escolar.

En la actualidad se estudia la adopción de otras medidas relativas a estos acuerdos.

PROGRAMA DE LA IX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

Según la resolución adoptada por la VIII Conferencia Sanitaria Panamericana, reunida en Lima, Perú, en octubre de 1927, la Oficina Sanitaria Panamericana dirigió una carta circular a los Directores de Sanidad de todas las Repúblicas Americanas, solicitando propusieron temas para el programa de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana. Están en vías de selección los asuntos que revisten mayor interés para todos, de acuerdo con el número de los Gobiernos proponientes, y el programa preliminar será sometido a su debido tiempo a los distintos Gobiernos para estudio y comentarios, conforme ordena la precitada resolución.

NOTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

La Oficina Sanitaria Panamericana ha realizado diligentes esfuerzos para mantener a los Directores de Sanidad de las Repúblicas Americanas al tanto de los nuevos focos de peste, cólera y fiebre amarilla, y brotes epidémicos de viruela y tifo exantemático en los puertos y otros lugares del mundo. Esta labor ha podido ser llevada a cabo mediante la colaboración de los Departamentos de Sanidad de dichas Repúblicas, la Oficina Internacional de Higiene Pública, el Consejo Sanitario de Egipto, y la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones. La información recibida ha sido diseminada, mediante publicación en el BOLETÍN y en el comunicado semanal que expide la Oficina durante todo el año. Siempre que han aparecido brotes en algún puerto u otro lugar que por su situación constituía un peligro inminente, se ha cablegrafiado la información a los directores de sanidad de los países más amenazados. Además, se han publicado de cuando en cuando los informes recibidos por correo acerca de dichas y otras enfermedades contagiosas de interés general, al igual que las medidas realizadas para combatirlas.

FRECUENCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Cólera.-En el transcurso del actual año económico no hubo casos de cólera en el Hemisferio Occidental.

Fiebre amarilla.-A fines de junio y julio hubo un brote de fiebre amarilla en Socorro y Simacota, Colombia, pero limitado solamente a estas dos poblaciones. En Socorro se denunciaron 47 casos con 23 muertes*, y 6 casos en Simacota. El último caso comunicado en la República de Colombia data del 27 de julio de 1929, y con fecha de agosto 21 se declaró extinguido el brote. Desde el 1º de julio al 14 de septiembre de 1929 se denunciaron en el Brasil 4 casos de fiebre amarilla, sin descubrirse más hasta el 19 de abril de 1930, en que se comunicaron 2 casos en la ciudad de Mage, del interior y del Estado de Río de Janeiro, y el 23 de mayo, en que se comunicó 1 caso en la ciudad de Campos, del mismo estado. La reaparición de la fiebre amarilla, después de haber transcurrido meses, y aun años enteros sin casos, como ha sucedido en el Brasil y Colombia en los últimos dos años, indica la posibilidad de que existan sin ser reconocidos, casos humanos más o menos continuamente en ciertas regiones endémicas, o de que haya otro reservorio aparte del hombre, por ejemplo, algunas especies del mono, que continúan propagando la enfermedad. Sobre este particular, cabe recordar la resolución aprobada por el Consejo Directivo de la Oficina Sanitaria Panamericana en su sesión administrativa de 1929, recomendando a todos los gobiernos de los países azotados por la fiebre amarilla, bien actualmente o en el pasado, que hagan estudios prolijos de todos los focos recientes y antiguos de esta enfermedad, así como de las poblaciones adyacentes, a fin de cerciorarse de que no existen focos desapercibidos susceptibles de provocar nuevos brotes de fiebre amarilla. Esta labor ha sido ya realizada por las autoridades de sanidad del Ecuador, y el estudio

*Datos subsecuentes indican 150 casos con 35 muertes.

correspondiente publicado en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana de febrero de 1930.

Peste humana.-Durante el curso del año fiscal, se denunciaron casos de peste bubónica humana en la Argentina, Brasil, Chile, Ecuador y el Perú. En los Estados Unidos, se comunicaron casos de peste en las ardillas en 4 condados del Estado de California. Esta enfermedad, endémica en muchos lugares del Asia y Africa, y que se presenta de cuando en cuando en varios puertos y otros lugares de Europa, invadió el Hemisferio Occidental a principios del siglo, apareciendo casi al mismo tiempo en ambas Américas. Por propagarse con tanta facilidad en las regiones en que abundan las ratas, ardillas y otros roedores, se hace sumamente difícil su exterminación. Asimismo, la abundancia y multiplicación de las ratas en la mayoría de los buques, encierran siempre el peligro de la importación o reimportación de la dolencia por medio de los buques que tocan en puertos infectados. La peste, tal vez amenazará a la humanidad indefinidamente, o hasta que el hombre aprenda a construir sus viviendas y edificios de modo que excluyan las ratas o, por lo menos, las reduzcan al mínimum. Podría también aminorarse en mucho la importación de ratas mediante la construcción de muelles a prueba de ratas, e instalación de pararratas en los buques, medidas estas en estudio en muchos países, y en cuya aplicación se ha adelantado algo, a pesar de que resta aun mucho por hacer. Obedeciendo a una resolución del Consejo Directivo, la Oficina Sanitaria Panamericana ha emprendido estudios epidemiológicos de la peste en Sud América, en cuya labor brindan su colaboración las respectivas autoridades locales y nacionales de sanidad. Estos estudios han sido ya completados durante este año en el Guayaquil, Ecuador, e iniciados recientemente en Lima, Perú.

Viruela.-La viruela existe aun en varios países en la América, si bien en algunos los datos relativos a su frecuencia son más fidedignos que en otros. En los Estados Unidos cabe decir que existe constantemente y es bastante frecuente, pero, por lo general, pertenece al tipo benigno, si bien de cuando en cuando reviste caracteres graves. Cuba no ha tenido viruela ya por varios años, y en otras varias Repúblicas Americanas los casos comunicados han sido escasos o nulos. En la República de Panamá surgió un brote desde el 16 de julio al 11 de octubre de 1929, con 354 casos. La dolencia revistió caracteres muy benignos con muy pocas muertes, y fué erradicada por las autoridades de sanidad. En Costa Rica hubo otro brote, más pequeño (20 casos) de marzo a mayo, 1930, también prontamente erradicado. En México, la enfermedad ha revestido alguna gravedad en la primavera de este año.

Tifo.-Durante el año se comunicaron casos de tifo en Bolivia, Brasil, Chile, los Estados Unidos, México, y el Perú, pero su frecuencia y distribución no revistieron suficiente importancia para imponer medidas cuarentenarias.

Fiebre ondulante.-La fiebre ondulante o melitense existe en

Colombia, los Estados Unidos, y el Perú, y probablemente en otros países de América. Tanto en los Estados Unidos como en el Perú la frecuencia de esta dolencia en años recientes ha requerido medidas de parte de las autoridades sanitarias. Se ha comprobado que la enfermedad puede ser transmitida por la leche de vaca sin pasteurizar, así como por la leche de cabra, y de varios otros modos. De no adoptarse medidas efectivas para su dominio, la fiebre ondulante promete convertirse en un grave problema sanitario, y puede ser transportada a otros países en que no se conoce.

Lepra.-Por muchos años la lepra ha asolado a muchas de las Repúblicas Americanas, si bien en algunas es bastante rara. La siguiente reseña de la frecuencia de la lepra en las Américas quizás sea interesante.

Argentina.-Un censo reciente reveló en la Argentina un total de 1,687 leprosos conocidos, pero algunos autores opinan que el número es mucho mayor.

Bolivia.-La lepra es rara en la República.

Brasil.-Un censo, levantado en 1927, puso de manifiesto 12,830 leprosos conocidos. Los cálculos de varios autores superan esta cifra. Hay 15 leprosarios terminados o en proyecto con capacidad para 5,000 leprosos.

Colombia.-Las estadísticas elaboradas por el Departamento Nacional de Higiene revelan un total de 6,568 leprosos en Colombia, 5,444 de ellos recluídos en 3 lazaretos-colonias.

Costa Rica.-En el asilo para leprosos hay unos 100 enfermos. El Secretario de Salubridad Nacional reconoce que existen más casos ocultos.

Cuba.-El número de leprosos en la República de Cuba alcanza a unos 400, 290 de ellos aislados.

Chile.-No se han registrado casos. La enfermedad es rarísima allí, y sólo hay casos en la Isla de Pascuas.

Ecuador.-Cálcúlase que hay unos 200 leprosos, unas dos terceras partes de ellos recluídos en dos leprosarios.

Estados Unidos.-En los Estados Unidos hay 318 leprosos en el Leprosario Nacional. A los casos estacionados se les da de alta y se les permite regresar a sus hogares. Según cálculos, debe haber de 400 a 700 leprosos más en el país. En Puerto Rico hay al parecer más de 100, y menos de 50 recluídos en una leprosería. En las Islas Vírgenes hay recluídos unos 70.

Guatemala.-En un asilo local reciben tratamiento anualmente unos 15 leprosos.

Haití.-Hay 19 leprosos que reciben tratamiento en hospitales y dispensarios.

Honduras.-No hay datos disponibles.

México.-Un censo de la lepra en 1927 reveló 1,450 casos conocidos, pero las estadísticas oficiales indican cifras mucho mayores.

Nicaragua.-Hay unos 10 leprosos aislados cerca de Managua. No hay más datos disponibles.

Panamá.-Hay de 75 a 80 leprosos aislados en un asilo.

Paraguay.-No hay datos oficiales disponibles, pero la enfermedad pasa por no ser hoy día rara allí.

Perú.-La lepra existe en ciertas regiones del Perú, en particular en la provincia de Piura.

República Dominicana.-Los últimos datos revelan un total de 52 leprosos que reciben tratamiento en un asilo.

Uruguay.-El Departamento Nacional de Sanidad del Uruguay calcula que hay en el país unos 200 leprosos.

Venezuela.-Hay unos 800 leprosos aislados en 2 leprosarios.

Tracoma.-Por muchos años el tracoma ha abundado mucho entre los indios de los Estados Unidos, pero el hecho no fué comprobado hasta que un detenido estudio verificado en 1912 reveló un coeficiente de 5 a 25 por ciento de infección entre los muchos millares examinados. La enfermedad también existe entre los campesinos de ciertos distritos del país. Los estudios de la dolencia que se han hecho en otras República denotan la creciente atención concedida a este problema. Se ha demostrado terminantemente que con el tratamiento activo y persistente en las clínicas y hospitales es posible erradicar del todo esta dolencia.

Psitacosis.-Durante el verano del año 1929 y principios de 1930, observáronse en muchos países americanos y europeos, y principalmente en la Argentina y los Estados Unidos, brotes de psitacosis, la enfermedad transmitida por los papagayos y aves semejantes.

NOMBRAMIENTO DE UN EPIDEMIÓLOGO

De conformidad con uno de los acuerdos del Consejo Directivo, el Dr. C. R. Eskey fué designado epidemiólogo de la Oficina con fecha 22 de julio de 1929, dirigiéndose al Ecuador para trabajar allí bajo la dirección del Comisionado Viajero, Dr. John D. Long, y en colaboración con éste y con las autoridades de sanidad de dicha República en estudios de la peste.

LABORES DEL COMISIONADO VIAJERO

Al igual que el año anterior, el Dr. John D. Long ha continuado en su cargo de Comisionado Viajero de la Oficina. En el transcurso del año el Dr. Long visitó a Colombia, Costa Rica, Ecuador, Panamá, Perú y Venezuela. Los trabajos realizados por él y por el Epidemiólogo Eskey serán descritos en otra memoria. Ambos funcionarios se han trasladado recientemente al Perú a continuar allí sus estudios de la peste.

REPRESENTACIÓN DE LA OFICINA EN CONGRESOS INTERNACIONALES

El Director representó a la Oficina Sanitaria Panamericana en la sesión ordinaria del Comité Permanente de la Oficina Internacional de Higiene Pública, de París, celebrada en mayo de 1930. La Oficina se hizo igualmente representar por el Auxiliar del Director, Dr. B. J. Lloyd, quien también representara personalmente al Director, en el VII Congreso Médico Latinoamericano, reunido en la Ciudad de México en enero de 1930; por el Comisionado Viajero, Dr. John D. Long, en el 1er Congreso Médico Panamericano celebrado en Panamá en enero-febrero de 1930; y a la reunión anual de la Comisión Nacional del Paludismo de los Estados Unidos en Miami, Florida, en noviembre de 1929, asistieron tanto el Director como su Auxiliar. En el BOLETÍN se han publicado sucintas reseñas de las tres últimas reuniones, y tan pronto sea recibida la información, se publicará una nota relativa a la reunión de París.

BOLETÍN

En el transcurso del año ha continuado la publicación del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana de acuerdo con los planes vigentes hasta ahora; pero introduciendo las modificaciones que han aconsejado las circunstancias.

En su forma actual, el BOLETÍN trata de reflejar la historia del adelanto sanitario de todos los países americanos, hasta donde lo permiten los datos disponibles. Dicho fin es cumplido mediante las varias secciones dedicadas a revistas de la sanidad de cada país, demografía, hospitales e instituciones higiénicas, legislación, nombramientos, etc.

Sin embargo, el BOLETÍN no se detiene ahí, pues en cada número aparecen crónicas de los últimos avances realizados con respecto a ciertas enfermedades dadas y problemas sanitarios, y se publican editoriales que recalcan importantes temas higiénicos. En otras palabras, el número dedicado a paludismo, tuberculosis, enfermedades venéreas, etc., pone en manos del lector la última información sobre dichos asuntos, en particular en los tocante al Hemisferio Occidental. Los editoriales, así como otros trabajos, han sido y son reproducidos en gran escala tanto en los informes anuales y mensuales

de las autoridades nacionales de sanidad, como en revistas médicas y periódicos y semanarios.

De acuerdo con las recomendaciones del Consejo Directivo, se ha concedido marcada atención en el BOLETÍN a dos asuntos de la mayor importancia para todas las Américas, a saber, tuberculosis y nutrición, incluso alimentación apropiada. La sección dedicada a la alimentación es nueva, y el material disponible pone de relieve el creciente interés concedido en todas partes a ese asunto.

En uno de los primeros números de cada año se publica una revista de los más importantes acontecimientos sanitarios y otros puntos de interés en las Repúblicas Americanas durante el año anterior.

Demografía.-A ninguna parte del BOLETÍN se presta más atención que a la dedicada a la frecuencia de las enfermedades transmisibles. De varias Repúblicas se reciben periódicamente informes valiosos, ya para todo el país o para muchas de las ciudades más importantes, o de ambos géneros. No obstante, varios países no pueden facilitar todavía estadísticas fidedignas, probablemente por ser sus leyes relativas a la denuncia de las enfermedades transmisibles, bien inadecuadas, o descuidarse su cumplimiento.

Publicaciones.-Una nueva empresa ha consistido en la preparación de una serie de publicaciones que contienen material, ya nuevo o previamente publicado en el BOLETÍN. Muchos de esos trabajos están dedicados en particular a los profanos, y han sido objeto de comentarios favorables. Varios han sido reimpresos en distintas Repúblicas Americanas, sirviendo así para cumplir mejor su propósito de difundir datos fidedignos sobre saneamiento, higiene y enfermedad. Esta acción se conforma a las disposiciones del Código Sanitario Panamericano y a las resoluciones aprobadas por varias Conferncias Sanitaria Panamericanas. La serie continuará siendo acrecentada y perfeccionada.

Comunicados semanales.-Durante el año se publicaron periódicamente los comunicados semanales que contienen los últimos datos cablegráficos sobre la frecuencia de las llamadas enfermedades pestilenciales.

Hugh S. Cumming
Director
Oficina Sanitaria Panamericana

Wáshington, D.C.
1° de julio, 1930

PROYECTO DE PRESUPUESTO DE LA
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
Para el Año Fiscal del 1º de Julio, 1930 al 30 de Junio, 1931

GASTOS DE VIAJE

Dietas de los Funcionarios y otros representantes de la Oficina	$3000.00
Dietas del Comisionado Viajero	3650.00
Dietas del Epidemiólogo	3650.00
Pasajes por tren y vapor de los Funcionarios y otros representantes de la Oficina	3000.00
Pasajes por tren y vapor del Comisionado Viajero	4000.00
Pasajes por tren y vapor del Epidemiólogo	3000.00

SUELDOS

1 Redactor Científico y Jefe de Traducciones	5400.00
4 Oficinistas (taquígrafos-traductores)	7570.00
1 Oficinista jubilado	1200.00
1 Oficinista subalterno	1530.00
Otros empleados y ascensos, cuando y si fueren necesarios	1230.00

PUBLICACIONES

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana	14000.00
Publicaciones, reimpresos, etc.	800.00

GASTOS VARIOS

Telegramas y cablegramas	600.00
Fondos de jubilación	900.00
Mobiliario y equipo de la oficina	400.00
Papelería y materiales	300.00
Biblioteca, incluso compra de libros y publicaciones científicas	400.00
Otros gastos	300.00
TOTAL	$54,930.00

6699