43 a 7

DÉCIMA CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA
Bogotá, Colombia
Septiembre, 4 - 18, 1938

INFORME

DEL

DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

A LA DÉCIMA CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

Wáshington
Agosto de 1938

INFORME DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA A LA DÉCIMA CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA, BOGOTÁ, COLOMBIA

SEPTIEMBRE 4-18 DE 1938

Por el Cirujano General (Jubilado) H. S. Cumming

De nuevo me corresponde el honor de dirigirme a los amigos y colegas de las Repúblicas de América, y de presentar una memoria de los trabajos realizados por el Cuerpo Ejecutivo de las Conferencias Sanitarias Panamericanas: la Oficina Sanitaria Panamericana.

Antecedentes

A fin de poner al tanto del asunto en particular a los que asisten por primera vez a estas conferencias, y aun más a aquéllos que a ellas asistan después, voy a repasar sucintamente el desarrollo de las medidas cooperativas entre las naciones de este Hemisferio, y en particular las relativas a la salud pública.

Simón Bolívar convocó el Primer Congreso Interamericano, que se reunió en Panamá en 1826. En 1847 y 1864 celebráronse otras conferencias interamericanas en Lima, y una sudamericana en 1888-9 en Montevideo.

En 1881 participaron en una conferencia sanitaria en Wáshington delegados de 25 países marítimos de Europa y América. La fiebre amarilla quizás fuera el problema más importante y de mayor perplejidad debatido en la Conferencia, y fué allí que el Dr. Carlos Finlay de Cuba primero anunció su hipótesis de que la causa excitante de la fiebre amarilla era trasmitida del hombre al hombre por un agente intermediario, el cual más tarde en el mismo año declaró ser el mosquito Stegomya.

En 1887, los Gobiernos de Argentina, Brasil y Uruguay firmaron una convención relativa a procedimientos cuarentenarios y sanitarios.

En 1888, Bolivia, Chile, Ecuador y Perú firmaron en Lima una convención sanitaria muy semejante a la adoptada entre Argentina, Brasil y Uruguay.

En 1889 se reunió en Wáshington la Primera Conferencia Internacional Americana, seguida después de otras seis, mientras que la Octava se celebrará en Lima en diciembre de este año. Fué en la primera de esas Conferencias que se dió forma permanente a la organización de las obras de cooperación panamericana, mediante la creación de la llamada entonces Oficina de las Repúblicas Americanas, que hoy ostenta el nombre de Unión Panamericana.

La Segunda Conferencia Internacional Americana, reunida en México (1901-02) autorizó la creación de las "Conferencias Sanitarias Internacionales" y de la "Oficina Sanitaria Internacional". La organización perma-

nente de esos organismos tuvo lugar en la Primera Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas en Wáshington, en octubre de 1902.

Las Conferencias Sanitarias

La Primera Conferencia Sanitaria Internacional dispuso la celebración de reuniones subsecuentes; eligió los funcionarios de la Oficina Sanitaria Internacional; aprobó una cuota anual global de 5,000 dólares para el funcionamiento de la Oficina; y abolió todos los reglamentos cuarentenarios contra la fiebre amarilla que no estaban basados en la trasmisión por el mosquito.

La Segunda Conferencia Sanitaria Internacional, también celebrada en Wáshington en 1905, formuló y aprobó la Convención de Wáshington, que puede ser considerada como el primer Código Sanitario Panamericano.

La Tercera Conferencia Sanitaria Internacional se reunió en México en 1907, figurando entre las medidas que recomendara: la vacunación obligatoria; la exclusión de los inmigrantes tracomatosos; y la centralización de la administración sanitaria en el Gobierno Nacional. También recomendó que la "Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas" (hoy día Unión Panamericana) facilitara espacio para fines administrativos a la Oficina Sanitaria, recomendación ésta aprobada después por la Cuarta Conferencia Internacional Americana en 1910.

La Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional fué celebrada en San José, Costa Rica, en 1909-10. Entre los temas que figuraban en el programa, aparecen peste; fiebre amarilla; saneamiento de los puertos marítimos; medidas para conseguir agua potable; y disposición sanitaria de las inmundicias.

La Quinta Conferencia Sanitaria Internacional se verificó en Santiago de Chile en 1911, y recomendó la revisión de la "Convención de Wáshington" aprobada en la Segunda Conferencia. La Quinta Conferencia Internacional Americana, que se reunió en Chile en 1923, fué más allá, disponiendo que la revisión constituyera un Código Sanitario Internacional. A fin de hacerlo más descriptivo, y para evitar confusión con los organismos semejantes que habían surgido en Europa después de la creación de los americanos, también cambió el nombre de la Oficina y de las Conferencias Sanitarias a Panamericanas, en vez de Internacionales.

En la Sexta Conferencia Sanitaria Panamericana, reunida en Montevideo en 1920, la Oficina Sanitaria Panamericana fué reorganizada y autorizada para publicar un boletín mensual dedicado a materias sanitarias. La cuota anual de mantenimiento fué elevada a 20,000 dólares. La revisión de la Convención de Wáshington fué encomendada a la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana.

La Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana, reunida en la Habana en 1924, revisó, en gran parte por completo, la Convención de Wáshington,

formulando y aprobando el "Código Sanitario Panamericano", ya ratificado por todas las Repúblicas Americanas. No discutiré las disposiciones de este Código, del cual hay ejemplares disponibles para consulta aquí. La Conferencia elevó los fondos anuales de la Oficina a 50,000 dólares.

La Octava Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Lima en 1927, dispuso que todo poder signatario podía, previo el debido aviso, retirar su adhesión a las disposiciones del Código Sanitario.

La Novena Conferencia Sanitaria Panamericana se reunió en Buenos Aires, y aprobó varios votos que exigían acción subsecuente.

Actuación Relativa a las Resoluciones de la Novena Conferencia

Poco después de la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana, me dirigí a todos los Directores Nacionales de Sanidad de las Repúblicas Americanas, llamándoles la atención sobre las recomendaciones aprobadas entonces. La Oficina ha prestado y seguirá prestando cuanto apoyo ha sido posible en la ejecución de las mismas. Muchos de dichos votos retienen todavía su valor y deben seguir orientando nuestras tareas, constituyendo metas que debemos tratar de alcanzar.

Desde que se reuniera la Novena Conferencia, la Oficina Sanitaria Panamericana, en colaboración con comisiones de los Estados Unidos, Cuba, Puerto Rico, Filipinas, y la cooperación de varios Directores Nacionales de Sanidad, ha traducido al español la Undécima Edición de la Farmacopea de Estados Unidos. Bien acogida en todas las Américas, esta obra ha sido objeto de muchos comentarios favorables. También está en vías de publicación en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana una serie de trabajos titulados "La Farmacopea y el Médico", siendo de esperar que puedan luego ser compilados y publicados en un tomo por la Junta de Regentes de la Farmacopea de Estados Unidos.

Conferencias Panamericanas de Directores Nacionales de Sanidad

Las Conferencias Panamericanas de Dirigentes Nacionales de Salubridad Pública fueron establecidas por la Quinta Conferencia Internacional Americana, celebrada en Santiago de Chile en 1923. Reúnense aproximadamente cada cinco años. Hasta la fecha se han celebrado tres de esas reuniones bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana, resultando sus deliberaciones de sumo valor. Hasta ahora ha resultado conveniente convocar el Consejo Directivo de la Oficina al mismo tiempo que las Conferencias.

La Segunda Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad modificó en gran parte el primer anteproyecto de la Convención Sanitaria Internacional de Navegación Aérea, y sus reglamentos fueron incorporados casi íntegramente en la Convención firmada en La Haya el 12 de abril de 1933.

La Tercera Conferencia, que se celebró en 1936, participó activamente en la preparación del programa de la Décima Conferencia Sanitaria Panamericana, y actuó sobre varias materias importantes.

Código Sanitario Panamericano

Todas las Repúblicas Americanas ya han ratificado el Código Sanitario Panamericano, aunque México hizo ciertas reservas. Visto que el Código fué redactado y aprobado en 1924, algunas de sus disposiciones son de alcance más general que nuevos adelantos sanitarios en ciertos puntos dados. Además, hay ciertas partes cuyo lenguajo resulta algo confuso; por ejemplo, la Sección 6 relativa a patentes sanitarias.

A pesar de que a todos debe halagar la ratificación por todas nuestras Repúblicas de este convenio sanitario internacional, también debemos tener presente que tarde o temprano pueden necesitarse ciertas enmiendas al mismo.

La Oficina Sanitaria Panamericana: sus Obras y Futuro
Reseña Histórica

Fundada en 1902 como órgano ejecutivo de la serie de reuniones que llevan el nombre de Conferencias Sanitarias Panamericanas, la Oficina Sanitaria Panamericana en el fondo no existió más que en nombre hasta su reorganización en la VI Conferencia Sanitaria Panamericana en 1920. Fué precisamente en esa Conferencia que me cupo el honor de ser elegido Director, honor ése que me habéis repetidamente conferido en cada Conferencia subsecuente, y que mucho aprecio.

El Dr. Joseph H. White, del Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos, en su capacidad de Vicedirector, inauguró la publicación del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana en mayo 1922, cuya redacción quedó más adelante encomendada al Dr. Bolívar J. Lloyd y al Dr. Arístides A. Moll.

Durante el año económico terminado el 30 de junio de 1924, el Dr. Long, en representación y por cuenta de la Oficina, visitó Bolivia, Cuba, Chile, Ecuador, Panamá y Perú, bosquejando planes para ampliar la utilidad de la Oficina, y asistiendo a la Conferencia de las Sociedades de la Cruz Roja en Buenos Aires y a una reunión de Autoridades de Cuarentena de la Costa Occidental de Sur América y Panamá, en la ciudad de Panamá.

Fué durante ese período que se dieron los pasos preliminares para revisar la Convención de Wáshington de 1905, lo cual culminó en la formulación y aprobación del Código Sanitario Panamericano en la Habana en 1924.

En la Conferencia de la Habana, el Dr. Long fué elegido Vicedirector. En 1925, el Dr. Bolívar J. Lloyd fué reasignado oficialmente a la Oficina de Wáshington, además de sus otras funciones en el Servicio de Sanidad

Pública, siguiendo al Dr. Long, quien fuera asignado a otros trabajos importantes. Para septiembre de 1926, las obras de la Oficina habían aumentado a tal punto que resultó necesario que el Dr. Lloyd les dedicara todo su tiempo.

En 1926 asistí en París a una reunión de representantes de las naciones de ambos hemisferios, uniéndome a ellos para firmar el 21 de junio una convención sanitaria internacional que suplantaba la de 1912. Fué en esa reunión que tuve el placer de conocer a varios colegas de las Repúblicas Americanas de fuera de los Estados Unidos, y que los delegados de las Repúblicas Americanas manifestaron la solidaridad que ha caracterizado desde entonces sus votos y actos en las reuniones de la Oficina Internacional de Higiene Pública.

La primera sesión ejecutiva del Consejo Directivo fué celebrada en Wáshington del 27 de mayo al 9 de junio de 1929, aprobándose entonces una Constitución y Estatutos para el gobierno interno de la Oficina Sanitaria Panamericana. Por recomendación del Consejo Directivo, el Dr. John D. Long fué designado comisionado viajero para todas las Repúblicas Americanas, habiendo permanecido desde entonces a cargo de las obras en campaña.

Durante el año económico del 30 de junio de 1928, al 30 de junio de 1929, el Dr. Long visitó Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay, conferenciando con las autoridades sanitarias y ofreciendo y extendiendo la cooperación de la Oficina.

El Vicedirector, Dr. Mario G. Lebredo, estuvo de servicio en Wáshington durante parte de los años 1928 y 1929.

El Dr. Arístides A. Moll entró a formar parte de la Oficina en 1928, continuando en ella desde entonces.

Después de la reunión del Consejo Directivo en 1929, el Dr. Long se dirigió a Sur América, cooperando con las autoridades sanitarias de la República del Ecuador en la preparación de reglamentos contra la peste bubónica. Habiendo recomendado el envío de un epidemiólogo al Ecuador y después a otras Repúblicas, el Dr. Clifford R. Eskey fué escogido para esta misión.

El epidemiólogo Eskey partió para el Ecuador el 22 de junio de 1929, a cooperar con el Dr. Long y las autoridades del Ecuador en las obras antipestosas. Durante el año económico terminado el 30 de junio de 1930, el Dr. Long visitó Colombia, Costa Rica, Ecuador, Panamá y Venezuela. Una reseña de la labor realizada por el Dr. Long y otros, en cooperación con las autoridades sanitarias de las Repúblicas interesadas, aparecerá bajo el encabezado de obras en campaña.

En 1930 la Oficina Sanitaria Panamericana, con la cooperación de los Directores de Sanidad, comenzó una clasificación sanitaria de los puertos americanos, y por medio de cuestionarios, emprendió un estudio de los problemas de alimentación, haciendo también esfuerzos para conse-

guir la aprobación de la nomenclatura internacional de causas de muerte, y solicitando datos relativos al número y estado de los hospitales de las distintas Repúblicas. También solicitó de los Departamentos Nacionales de Sanidad, indicaciones para el programa de la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana. Habiéndose presentado un brote de fiebre amarilla en Socorro y Simacota, Colombia, a indicación del Consejo Directivo la Oficina se dirigió a las autoridades sanitarias de todas las Repúblicas, instándolas a verificar cuidadosos estudios de todos los focos recientes y antiguos del mal.

El Director comenzó a representar a la Oficina Sanitaria Panamericana ante el Comité Permanente de la Oficina Internacional de Higiene Pública de París en la reunión de mayo 1930.

A principios de 1930 púsose en conocimiento de todos los Directores Nacionales de Sanidad el anteproyecto de una Convención Sanitaria Internacional de Navegación Aérea, preparado por la Oficina Internacional de Higiene Pública de París. Como se ha dicho más arriba, ese anteproyecto fué bastante modificado por la Segunda Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad en Wáshington, en 1931. Inmediatamente después el Dr. Aráoz Alfaro, Presidente del Departamento Nacional de Higiene de la República Argentina, y el Director de la Oficina, llevaron el anteproyecto modificado a París, donde lo aprobó, tras ligeras modificaciones, el Comité Permanente de la Oficina Internacional, trasmitiéndolo después a los delegados de ambos hemisferios, que se reunieron en La Haya en 1933. La Convención de La Haya aprobó el documento el 11 de abril, habiendo sido ratificado desde dicha fecha por la mayoría de los países del mundo.

Comisionados Viajeros

La Octava Conferencia Sanitaria Panamericana de 1927 autorizó la designación de miembros de los departamentos de sanidad de las varias Repúblicas como comisionados viajeros de la Oficina, estipulando que ésta sólo pagaría los gastos de viaje de los mismos, corriendo los salarios por cuenta de los gobiernos respectivos. Esos nombramientos se verifican siempre previa anuencia del Director de Sanidad del país interesado. A continuación aparecen los nombres de los individuos que han funcionado en dicha capacidad:

Argentina: Dr. A. Sordelli; Dr. Enrique Savino.

Brasil: Sr. José Gomes da Costa.

Cuba: Dr. Mario G. Lebredo (Vicedirector); Dr. Celestino García Morales.

Ecuador: Dr. J. Illingworth Icaza; Dr. Carlos A. Miño;
Sr. Euclides Villagómez.

Chile: Dr. Atilio Macchiavello.

Estados Unidos: Dr. John D. Long; Dr. Henry Hanson; Dr. J. H. Murdock; Dr. M. A. Roe; Dr. Louis Schwartz; Dr. C. L. Williams; Ingeniero Sanitario William H. W. Komp; Dr. William H. Sebrell; Dr. Edward C. Ernst; Dr. Anthony Donovan; Dr. C. R. Eskey.

Perú: Dr. B. Mostajo.

Uruguay: Dr. Justo F. González.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana

Según ya se ha hecho constar, la Sexta Conferencia Sanitaria Panamericana autorizó la publicación de un Boletín mensual, la cual comenzó en mayo 1922. Publicación muy modesta al principio y sin mayor circulación, el Boletín se ha ido desarrollando en volumen, importancia, número de subscriptores, y zona de distribución, hasta convertirse, a partir de 1928, en una de las obras más importantes de la Oficina Sanitaria Panamericana. Claro está que no puede ser facilitado gratuitamente a todos los médicos de todas las Repúblicas, pero se trata asiduamente de ponerlo en manos de los funcionarios sanitarios, médicos particulares interesados en la profilaxia, ingenieros sanitarios, enfermeras, hospitales, maestros, farmacéuticos, y otros que se dedican a la salud pública.

En los últimos años, en vez de acrecentar la circulación en los grandes núcleos de población, me he propuesto llevarlo a las poblaciones más pequeñas, dondequiera resida un médico, ingeniero sanitario, farmacéutico, enfermera, maestro, u otra persona interesada, a fin de dar así al Boletín la mayor distribución geográfica posible, y de entregarlo a los que quizás más lo necesiten. En la actualidad el Boletín va a parar a 3,590 poblaciones de la América Latina, mantiene un considerable número de canjes tanto en este Hemisferio como en Europa, y tiene subscriptores en muchas partes de Europa, y en algunas de Asia y Africa.

Consultas

La función de la Oficina Sanitaria Panamericana como centro de consultas ha acrecentado constantemente, hasta que ya puede considerarse como una de sus obras más importantes. En mis informes anuales, así como en la memoria que aparece en las Actas de la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana, se encontrarán ejemplos concretos y descripción de estas funciones. La Oficina también ha adoptado la costumbre de publicar dichas consultas en el Boletín cuando han parecido de interés general o de tal naturaleza que así lo justifique.

Obras en Campaña

En otra parte ya se ha hecho mención de ciertas obras tempranas en campaña.

Las obras en campaña de la Oficina Sanitaria Panamericana son ejecutadas por Comisionados Viajeros. Exceptuados dos ingenieros sanitarios, cuyos salarios son satisfechos directamente por la Oficina Sanitaria, los comisionados que hoy día prestan sus servicios son funcionarios médicos del Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos, asignados a esa misión por el Director General de dicho Servicio, conforme a las disposiciones de los artículos 55 y 58 del Código Sanitario Panamericano, tratado ratificado por los Gobiernos de las 21 Repúblicas que constituyen la Unión Panamericana. Para ciertas misiones especiales, se han designado en varias ocasiones representantes de los Servicios Nacionales de Sanidad de otras Repúblicas, habiéndose nombrado ya 10 de siete países distintos.

La cooperación mantenida constantemente con los Servicios de Sanidad de todas las Repúblicas mencionadas ha sido y es completa, sincera y cordial de ambas partes.

A continuación aparece un resumen de la labor realizada por los varios Comisionados Viajeros:

República Argentina: A la Argentina se han verificado varias visitas, la primera de ellas en 1923. Sin embargo, no se logró mayor cosa hasta 1928, cuando el representante de la Oficina Sanitaria logró obtener la promulgación de un decreto ejecutivo relativo a la fumigación de buques para impedir la propagación de la peste bubónica. En aquella fecha casi todos los importantes puertos argentinos estaban infectados con peste, y no era raro que de ellos llegara a puertos extranjeros.

Desde 1928 ha mejorado constantemente la situación relativa a la peste, y todos los puertos han permanecido indemnes por más de dos años.

El número de casos del mal en todo el país ha descendido de un máximo de 1,200 a unos 15 a 20 anuales, y todos ellos en el interior, muy alejados de los puertos.

En varias visitas de inspección realizadas en compañía con los funcionarios sanitarios de la República, se han estudiado ciertos problemas relacionados con peste, malaria, lepra, abastos de agua, y disposición de las aguas servidas, así como otras cuestiones.

Con dichos funcionarios y con la Comisión de Higiene del Congreso Nacional, se han celebrado frecuentes conferencias. Todo indica que dentro de poco tiempo se establecerá en el país un servicio sanitario de a tiempo completo, cuyo núcleo ya existe.

Recientemente uno de los ingenieros sanitarios de la Oficina Sanitaria hizo a solicitud ciertos comentarios relativos a métodos de desinfección de agua que acrecentaron la eficacia del procedimiento mientras que economizaban

en materiales utilizados.

Bolivia: La República fué visitada en 1929, cuando se estudiaron sus problemas más urgentes. Los servicios de la Oficina han sido de nuevo ofrecidos en relación con las obras antimaláricas proyectadas.

Brasil: El Brasil ha sido visitado periódicamente desde 1923. Tras un estudio de la peste bubónica, ofreciéronse indicaciones para la organización de un servicio antipestoso. Un brote algo intenso de peste neumónica fué cohibido rápidamente en la ciudad de São Paulo en 1936, y la peste ha descendido en el país en conjunto de 814 casos en 1935, a 336 en 1936, 35 en 1937, y 12 en los primeros cuatro meses de 1938. Todos los puertos del país se encuentran hoy día indemnes de peste.

Dos representantes de la Oficina Sanitaria colaboraron con el Servicio de Fiebre Amarilla durante 1937; otro con el Servicio Antipestoso de mayo 1936 a abril 1937, y un ingeniero sanitario ha verificado estudios preliminares de todos los principales abastos de agua desde Manáos en el norte a Porto Alegre en el sur, ofreciendo después ciertas recomendaciones. También asesoró en la construcción de varias leproserías, y regresará al Brasil el 1º de diciembre a fin de dictar una serie de conferencias relativas a ingeniería sanitaria. Terminado ese curso, continuará estudiando abastos de agua, disposición de aguas servidas y de basura, ciertas características sanitarias de las leproserías, e iniciará estudios encaminados a obtener una difusión mayor de la pasteurización de la leche.

Colombia: En varias visitas a Colombia, hiciéronse indicaciones relativas a obras antirrata y antimosquito en Buenaventura; antimosquito en Cartagena, Barranquilla y Puerto Colombia; fiebre amarilla en el interior de Colombia; lepra y ciertos desenvolvimientos nuevos con respecto a la enfermedad; y recomendaciones encaminadas a eliminar ciertas restricciones aparentemente excesivas que se aplicaban a la navegación marítima y aérea.

Centro América:* Se han hecho dos visitas a Costa Rica, estudiándose un brote en que había algunas dudas sobre si se trataba realmente de viruela. Aceptado el diagnóstico del representante de la Oficina Sanitaria de que era viruela, se organizó una campaña de vacunación, y la enfermedad fué absolutamente eliminada del país en unos seis meses. También se ofrecieron indicaciones relativas a la cría de anófeles en el reservorio del abasto público de agua de Puerto Limón, obteniéndose la eliminación del foco. El cumplimiento de los consejos relativos a las colonias de algas en el reservorio de agua de la ciudad de San José fué seguido de mejoramiento en la calidad del agua potable.

A otros países de Centro América han hecho visitas el Director y otros representantes de la Oficina. Por no haberse presentado en ellos epidemias graves de índole internacional, y dados los limitados recursos disponibles, ha parecido más conveniente concentrar la atención en otros países donde existen situaciones más urgentes, a reserva de atender a cualquier solicitud recibida.

Cuba: Frecuentes visitas han sido realizadas a la República de Cuba a solicitud de las autoridades sanitarias, a fin de cambiar impresiones relativas a legislación sanitaria, y además, se mantuvo un comisionado viajero por un período algo prolongado en el país.

Chile: En Chile se trabajó continuamente de 1925 a 1927 inclusive, y desde entonces se han verificado numerosas visitas al país.

En 1925, un Código Sanitario preparado por un representante de la Oficina Sanitaria Panamericana fué puesto en vigor, después de lo cual se reorganizó por completo el Servicio Nacional de Sanidad. Más adelante, debido a trastornos de naturaleza interna, gran parte de la labor realizada quedó anulada, pero hoy día comiénzase de nuevo a observar verdadero progreso sanitario. La actual legislación sanitaria básase en el Código Sanitario de 1925.

Con la cooperación de la Oficina Sanitaria, la peste bubónica quedó eliminada de Chile en 1930, sin que haya reaparecido.

Poco más de la mitad de la población de Chile deriva su agua potable de 82 abastos cuidadosamente fiscalizados, y con pocas excepciones, toda esa agua es higiénica. En Santiago y otras poblaciones grandes, puede ya obtenerse leche pasteurizada. La disposición de las aguas servidas es por regla general bastante satisfactoria desde el punto de vista mecánico, pero no sanitario, y un ingeniero sanitario de la Oficina se encuentra actualmente en Chile asesorando con respecto a estos asuntos. La disposición de la basura es bastante satisfactoria en la mayor parte de las poblaciones, y la colecta es regular y eficaz.

Con la colaboración ocasional de la Oficina Sanitaria, se está llevando a cabo en Chile una extensa obra pro alimentación correcta.

Ecuador: En el Ecuador se han realizado obras continuas desde 1929. La peste bubónica fué eliminada de Guayaquil y la región litoral en 1930, sin que reapareciera hasta 1935, o sea unos 5 años más tarde, cuando debido a una serie de acontecimientos de índole en parte económica y en parte de política interna, se descuidaron las medidas sanitarias y surgió un brote bastante intenso. Continúa la lucha contra el mal, y éste de nuevo casi ha desaparecido.

Además de la labor antipestosa, se han ofrecido comentarios y verificado observaciones y estudios relativos a paludismo; fiebre amarilla; disenterías y diarreas infantiles; abastos de agua; atención a las aguas servidas y desechos domésticos; pasteurización de la leche (toda la leche de Guayaquil ya es pasteurizada); viruela (un brote algo intenso fué cohibido rápida y completamente); manufactura de vacuna antivariolosa; y además, concurso activo en relación con legislación sanitaria.

México:* Varias visitas han sido verificadas a México por el Director y otros representantes de la Oficina Sanitaria, asistiendo allí a conferencias, verificando visitas de inspección, y manteniendo constantemente una cooperación completa e íntima en todos sentidos.

Como desde la desaparición de la fiebre amarilla y de la peste no ha habido epidemias graves de importancia internacional en el país, la Oficina Sanitaria no ha cooperado en forma más amplia por medio de sus comisionados viajeros, aunque está siempre dispuesta a prestar cuanto concurso sea solicitado.

Panamá y la Zona del Canal: Se han hecho varias visitas a Panamá y la Zona del Canal. A petición del Departamento de Sanidad de la República, se preparó un anteproyecto de Código Sanitario, el cual debido a la crisis económica, no fué convertido en ley, si bien algunas de sus disposiciones han sido aplicadas mediante acción administrativa. En otras visitas se han inspeccionado las obras sanitarias, ofreciendo comentarios e indicaciones pertinentes.

Mantiénese íntimo contacto con el Departamento de Sanidad de la Zona del Canal, llevándose a cabo varias obras cooperativas, tales como fumigación de barcos para desratización; vacunación del personal de aviación contra fiebre amarilla; desinsectización de aviones; inspección de pasajeros y

personal en aviones; e intercambio mutuo de información sanitaria.

Paraguay: Esta República fué visitada en 1929 con motivo de un brote de peste neumónica, presentándose entonces, a solicitud de las autoridades, una exposición de los problemas sanitarios que confrontaban al país. Un comisionado viajero prestó sus servicios en el país en 1937, en relación con los servicios de fiebre amarilla y malaria.

Perú: En el Perú se ha ofrecido cooperación continua desde 1930, y aun antes, en asuntos relativos a organización sanitaria, obteniéndose ciertas modificaciones en procedimientos de cuarentena marítima que aceleraron el despacho de buques y eliminaron varios gravámenes onerosos. Esas mismas modificaciones, aplicadas luego a la navegación aérea, han permitido poner en efecto los actuales rápidos itinerarios.

La colaboración en la preparación de Decretos Ejecutivos permitió la creación y mantenimiento del Servicio Nacional Antipestoso, a consecuencia de lo cual se ha reducido la peste bubónica de un promedio de 700 casos anuales durante un período de 30 años, a un promedio de 100 casos anuales un período de seis años, o sea una reducción de 85.7 por ciento. Antiguamente, unos 17 puertos del país estaban más o menos constantemente infectados con peste, mientras que hoy día todos se hallan indemnes, y no existe peligro alguno de propagación internacional de la dolencia por el comercio. Antiguamente, en un período de unos 30 años, estaban infectadas unas 630 localidades distintas. Hasta la fecha en 1938 (enero a junio) sólo ha habido peste en 15 sitios, con un total de 28 casos, comparado con 74 y 99 en los períodos correspondientes de 1936 y 1937, o sea disminuciones de 62 y 72 por ciento, respectivamente.

Además de la labor antipestosa, no han cesado los esfuerzos para estimular el mejoramiento de los abastos de agua y leche, y establecer un servicio de sanidad de a tiempo completo. La ciudad de Lima ya cuenta con agua clorada y leche pasteurizada, y en Piura, Paita, Callao y Chiclayo se hallan en vías de construcción nuevos acueductos o se reforman los antiguos. En Trujillo se ha instalado recientemente un nuevo abasto de agua higienizada. En varias ciudades también han iniciado mejoramientos del arrastre de las inmundicias.

El Servicio Nacional Antipestoso y el nuevo Instituto de Higiene ya constituyen el núcleo de un servicio de sanidad de a tiempo completo, y el principio será extendido a todo el Servicio Nacional de Sanidad apenas lo permitan los fondos disponibles.

En Lima y ciudades cercanas se hallan en vías de construcción nuevos hornos crematorios, en lo cual ha colaborado uno de los ingenieros sanitarios de la Oficina Sanitaria. También se verifican amplias mejoras en Iquitos, con el concurso del mismo ingeniero sanitario, en el abasto de agua, disposición de las aguas servidas y de los desechos domésticos, y en la leprosería. En Trujillo y Chiclayo, así como en otras ciudades, se piensa iniciar dentro de poco la construcción de nuevos hornos crematorios de basura.

También se colaboró en el estudio de un brote de fiebre amarilla selvática en la región interandina del Perú, y un representante de la Oficina Sanitaria actúa actualmente como asesor técnico del Servicio de Fiebre Amarilla.

El adelanto sanitario durante los últimos años ha sido realmente notable y rápido en el Perú.

Uruguay: Se han realizado varias visitas y numerosas inspecciones. En 1932 se preparó, a solicitud del Ministro de Sanidad, un anteproyecto de Ley de Sanidad, que en gran parte ha sido incorporado en la legislación vigente. También se han ofrecido indicaciones acerca de ciertos problemas como abastos de agua; disposición de aguas servidas; saneamiento de puertos; pasteurización de leche; lucha antivenérea; organización de un servicio antipestoso; ciertos problemas de inmigración; desratización de buques; y organización sanitaria. Un representante de la Oficina Sanitaria visitará el país este año o a principios del próximo para discutir el proyectado Servicio Nacional de Sanidad de a tiempo completo. Con la colaboración de la Oficina se eliminó la peste bubónica del Uruguay en 1931. Uruguay tiene una mortalidad general menor que ningún otro país del Hemisferio Occidental.

Venezuela: Venezuela fué visitada en 1930, verificándose un estudio bastante completo de los servicios sanitarios. A solicitud, el Director General de Sanidad y el representante de la Oficina prepararon una memoria conjunta acerca de las necesidades del servicio de sanidad y los mejoramientos posibles. Un ingeniero sanitario competente, antiguamente de la Zona del Canal, ha sido contratado por el Gobierno de Venezuela para verificar estudios de abastos de agua, y vigilar la construcción o mejoramiento de acueductos, permaneciendo para ello en el país hasta fines de 1939. La Oficina Sanitaria se mantiene en contacto con dicho funcionario y su trabajo.

Ha habido, además, cambio de impresiones relativos a la prevención de la introducción de la peste bubónica en los puertos del país, en el cual no ha existido el mal desde hace años. El Director de la Oficina ha realizado recientemente una visita al país.

* Lo dicho acerca de Centro América y México reza igualmente con Haití y República Dominicana, países estos con los cuales la Oficina mantiene constante contacto y cordiales relaciones.

OBRAS INTERNACIONALES DE LOS COMISIONADOS VIAJEROS DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Resultados Generales

Además de los estudios y obras de cooperación que se acaban de bosquejar, y en gran parte como fruto de ellos, cabe citar los siguientes resultados:

(1) Se han uniformado los procedimientos de cuarentena marítima en todos los puertos de la América Latina, salvo por pequeños detalles que forzosamente tienen que variar a fin de conformarse a la práctica administrativa. Los certificados de vacunación y fumigación expedidos por cualquiera de esos países son ya reconocidos por los demás.

Los procedimientos utilizados confórmanse intrínsecamente al Código Sanitario Panamericano.

(2) Los procedimientos de cuarentena aérea también han sido uniformados, lo cual ha permitido mantener itinerarios rápidos y regulares.

Al surgir el peligro de difusión de fiebre amarilla el año pasado, la Oficina Sanitaria propuso, y mediante la cooperación de los Servicios Nacionales de Sanidad y las compañías de navegación aérea, obtuvo la aplicación de ciertas medidas que ofrecían la protección necesaria y resguardaban los itinerarios de aviación. Consisten dichas medidas en: (a) Vacunación del personal de aviación contra la fiebre amarilla; (b) fumigación de los aeroplanos en las paradas nocturnas para destruir mosquitos; y (c), expedición de certificados de origen a los pasajeros, a fin de indicar dónde han permanecido los seis días anteriores a su partida, por avión, para otro país. En lo que se sepa, no se ha trasmitido jamás un caso de fiebre amarilla en avión.

(3) Diez representantes de siete países distintos han sido asignados por la Oficina Sanitaria Panamericana, previa recomendación de los comisionados viajeros, a visitar otros países y observar allí métodos y medidas sanitarias. Esto ha servido para establecer confianza mutua, comprensión completa, plena cooperación, y excelentes relaciones entre los servicios de sanidad interesados.

(4) Se han obtenido becas de distintas fundaciones para representantes de los servicios nacionales de sanidad, por virtud de las cuales dos funcionarios médicos de la América Latina se han diplomado en la Universidad de Harvard con el grado de doctor de sanidad pública. Uno de ellos es el Director General de Sanidad, y otro jefe del laboratorio de peste y enfermedades infecciosas de sus países respectivos.

(5) Un representante de otro país fué llevado a los Estados Unidos por la Oficina Sanitaria a recibir enseñanza en modernos métodos de fumigación de buques, permitiendo instalar éstos en su país.

COOPERACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS NACIONALES DE SANIDAD ESTIMULADA POR LA OFICINA SANITARIA

Se han negociado convenios regionales entre la Argentina y el Uruguay acerca de las medidas de mutua aplicación contra la poliomielitis y la virue-

la y la fumigación de buques.

Se han establecido acuerdos semejantes entre los Estados Unidos, Brasil, Uruguay y Argentina, relativos a la comunicación mutua de sus observaciones de la eficacia de la desratización en los buques.

Se han ejecutado convenios entre Ecuador y Perú, y entre Ecuador, Perú y Chile, relativos a medidas antipestosas.

Ecuador y Colombia llegaron a un acuerdo relativo a la modificación de ciertos procedimientos de cuarentena destinados a impedir la propagación de la peste.

Cuba y Estados Unidos han convenido en ciertas medidas relativas al tratamiento de buques en los puertos.

La República de México y Estados Unidos verificaron una investigación conjunta de condiciones relativas a remesas internacionales de mariscos, y han llegado a un acuerdo con respecto al intercambio internacional de informes relativos a casos venéreos y su supuesta fuente de infección.

En 1937, durante el intenso brote de viruela en Guayaquil, Ecuador, los Departamentos de Sanidad de Argentina, Colombia, Chile y Perú, facilitaron varios centenares de miles de unidades de vacuna antivariolosa, por no ser suficientes los medios disponibles en el Instituto de Vacuna del Ecuador para atender a la emergencia. Esa vacuna fué remitida por avión en recipientes termos, y la mayor parte de ella fué donada, salvo por los gastos de transporte, y aun en éstos las compañías de navegación aérea concedieron descuentos generosos.

Con respecto a Chile, en varias ocasiones ha facilitado a otros países con toda generosidad cantidades de sueros y vacunas, y Colombia ha hecho otro tanto, mientras que por intermedio de la Oficina Sanitaria Panamericana, varios institutos de la América Latina han obtenido productos biológicos tipos, y ejemplares de gérmenes de Estados Unidos. Esos donativos llevan con mucha justicia el título de "expresión de amistad y cooperación panamericana".

Lucha contra la Peste Bubónica

Una tarea importante y algo difícil de la Oficina Sanitaria Panamericana, ha sido su cooperación en la lucha contra la peste.

El 18 de septiembre de 1929, el Dr. John D. Long inició medidas para combatir la peste bubónica en el Ecuador, en cooperación con las autoridades del país, y después el Dr. Clifford R. Eskey fué asignado para ayudarle. El 5 de septiembre de 1930 se inició en el Perú una campaña semejante a la del Ecuador. El Dr. Long también ha cooperado con las autoridades sanitarias de Argentina, Brasil y Chile en la lucha antipestosa, principalmente en capacidad asesora.

La medida principalmente utilizada para la erradicación de la dolencia en el Ecuador y el Perú ha consistido en campañas de envenenamiento intenso de ratas. Esta medida parece haber dado bastante resultado en ambos países, y en particular en Guayaquil, donde la enfermedad, antes endémica, desapareció por más de cinco años.

Además de las Repúblicas mencionadas, se sabe que existe peste en Bolivia y Estados Unidos.

En Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, Estados Unidos y Perú, la incidencia del pasado y las condiciones actuales indican, a mi parecer, que la peste es endémica y puede continuar en algunos de esos países por mucho tiempo. Continúa siendo un interesante problema epidemiológico su desaparición o erradicación, con comparativa facilidad, de varios otros países de este Hemisferio.

Recapitulando, las condiciones de la peste desde la primera aparición de la dolencia en la costa occidental de Sur América a fines del año calendario 1934, el Dr. Long ha dicho en parte:

"Chile: Desde el descubrimiento del primer caso de peste en Chile en 1903 hasta el último observado en enero 1930, ha habido 5,200 casos humanos. Todos los principales puertos chilenos han visto la enfermedad, incluso Valparaíso, Antofagasta e Iquique. El último caso humano fué observado en el puerto de Antofagasta en enero de 1930, y las últimas ratas infectadas fueron atrapadas en la ciudad de Antofagasta en agosto de 1932.

"Ecuador: Desde que se descubrieran los primeros casos de peste en Guayaquil en 1908, ha habido un total de 10,469 casos en la República del Ecuador. Desde Guayaquil, la enfermedad se extendió por el ferrocarril de Guayaquil-Quito a las poblaciones y caseríos del interior situados en la vecindad de la línea férrea, y a los caseríos y aldeas de los indios en la región interandina.

"Por el tráfico marítimo de cabotaje, la enfermedad alcanzó los puertos de la costa del Pacífico, así como ciertas poblaciones y aldeas adya-

centes, y por la vía fluvial llegó a varios sitios en las riberas de los ríos Babahoyo, Daule y Guayas. Los últimos casos en el litoral fueron en la ciudad de Guayaquil el 26 de marzo de 1930. El mal persistió en ciertos caseríos indios de la región interandina, hasta que aparecieron los últimos casos en la aldea de Sevilla cerca de la población ferroviaria de Alausí, en junio de 1934. Casos sospechosos fueron comunicados de la Provincia de Loja en diciembre de 1934.

"Perú: Desde la primera aparición de la peste en el Perú en abril de 1903, ha habido 20,582 casos en unas 630 localidades distintas."

En el Informe Anual de la Oficina Sanitaria Panamericana para el año económico terminado el 30 de junio de 1936, tuve ocasión de declarar en parte:

"La reaparición de la peste en Guayaquil y otros sitios del Ecuador durante el pasado año económico de 1935-36, y el aumento observado en el Perú durante el mismo período; su presencia más o menos continua en Argentina, Brasil y Estados Unidos, a pesar de los esfuerzos realizados, patentizan lo difícil que es erradicar el mal, y la necesidad de que las autoridades sanitarias permanezcan siempre alertas. Al mismo tiempo es necesario mantener las relaciones comerciales con los puertos infectados, a pesar de la existencia del mal, limitando las medidas cuarentenarias al mínimo compatible con la protección de la salud pública." Deseo ahora reiterar y recalcar esa declaración.

A fin de sumarizar la frecuencia de la peste desde principios del año calendario 1935, aproximadamente hasta el final del año económico (junio 30) 1938, agregaré que los siguientes casos han sido notificados a la Oficina:

Argentina: Del 1º de enero de 1935 al 31 de diciembre de 1937, 69 casos, 37 defunciones; de enero a junio, 1938, 4 casos, 1 defunción.

Bolivia: Del 1º de enero de 1935 al 31 de diciembre de 1937, 28 casos. De enero a junio, 1938, 174 casos, 52 defunciones. Hay que hacer notar que hubo más casos en el período enero 1935-diciembre 1937, pero no se conoce el número exacto.

Brasil: Del 1º de enero de 1935 al 31 de diciembre de 1937, 1,186 casos. De enero a junio 1938, 12 casos, 6 defunciones.

Ecuador: Del 1º de enero de 1935 al 31 de diciembre de 1937, 477 casos, 181 defunciones. De enero a junio 1938, 37 casos, 19 defunciones.

Estados Unidos: Del 1º de enero de 1935 al 31 de diciembre de 1937, 6 casos, 1 defunción. De enero a junio 1938 no hubo casos ni defunciones. La peste se halla diseminada en varias especies de roedores de ocho Estados del Oeste de Estados Unidos, pero limitada al presente a los distritos rurales.

Perú: Del 1º de enero de 1935 al 31 de diciembre de 1937, 396 casos, 205 defunciones. De enero a junio 1938, 28 casos, 15 defunciones.

Finanzas de la Oficina Sanitaria Panamericana

Conforme a los términos del Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano, los países signatarios han convenido en satisfacer cuotas anuales que sumarán no menos de un total de $50,000 por año. Esas cuotas son satisfechas a razón de 21-1/2 centavos, moneda de Estados Unidos, por ~~100,000~~ 1,000 habitantes.

Debido a las constantes y crecientes solicitudes de concurso y cooperación, y también en parte a que algunas cuotas atrasadas cubiertas recientemente permitieron un aumento temporal, el actual presupuesto de la Oficina Sanitaria Panamericana ha sido preparado sobre una base de $100,000.

Como se observará, aun con las economías que sea posible introducir en el presupuesto, la Oficina Sanitaria no podrá continuar sus trabajos en la forma actual por mucho más tiempo. Es más, no hubiera podido hacerse ni aun antes, de no haber sido por la generosidad con que el Servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos, ha sufragado por varios años los sueldos de varios de sus funcionarios, para actuar en la capacidad de comisionados viajeros y en otras formas.

Quedan por estudiar todavía muchos problemas, y otros muchos proyectos ya iniciados tendrán que ser llevados a término para no perder lo adelantado; las solicitudes recibidas son cada vez más insistentes, en particular en lo relativo al asesoramiento en el mejoramiento de la organización sanitaria; en problemas de ingeniería sanitaria, y en creación de servicios sanitarios de a tiempo completo; en la preparación de códigos, reglamentos, y decretos; en la obtención de fondos mayores para obras sanitarias; de modo que por lo menos se necesitarán dos comisionados viajeros y dos ingenieros sanitarios más para poder atender con prontitud razonable a las solicitudes ya bosquejadas.

Un punto que debe recalcarse es la importancia que reviste la ingeniería sanitaria en la resolución de muchos de los problemas más importantes que confrontan a las Repúblicas Americanas, entre ellos abastos de agua; alcantarillado; atención a la basura; obras antimaláricas; etc. La Oficina seguirá alentando en todo lo posible los esfuerzos encaminados a hacer disponibles más generalmente servicios de esta índole, incluso preparación y adiestramiento de ingenieros civiles para trabajos sanitarios.

Futuro de la Oficina

La Conferencia de Consolidación de la Paz, celebrada en Buenos

Aires el 3 de noviembre de 1936, aprobó las siguientes resoluciones:

"1. Tomar nota de los progresos ya efectuados y de los planes de acción futura de la Oficina Sanitaria Panamericana, particularmente de los relativos al mejoramiento de la salud y bienestar de los pueblos americanos, a su progreso en materias de higiene municipal y rural, de nutrición, de vivienda, de servicios de aguas y desagües y del control de las enfermedades infecciosas e industriales.

"2. Reconocer que la obra de cooperación efectiva entre las Naciones Americanas en materias sanitarias facilita su intercomunicación e inteligencia mutua, evita demoras y trabas al comercio internacional, y que ya se han obtenido resultados considerables en tal terreno.

"3. Sugerir la conveniencia de que las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana sean extendidas aun más, tan pronto sea oportuno, a cuyo efecto esta Resolución será transmitida a la Conferencia Sanitaria Panamericana convocada para el año 1938, en Bogotá, Colombia."

La esfera de acción de la Oficina Sanitaria, debidamente orientada, podría expandirse casi indefinidamente con provecho para todos los pueblos de todas las Repúblicas Americanas, siempre y cuando hubiera fondos disponibles para ello, y con tal que los Gobiernos de las distintas Repúblicas se mostraran dispuestos a aceptar su concurso y cooperar en llevar a cabo las obras sanitarias recomendadas.

A fin de poder funcionar satisfactoriamente, la Oficina debe contar con suficiente espacio para fines administrativos. Desde que fuera reorganizada, el personal de la Oficina de Wáshington ha ocupado un solo aposento en el edificio de la Unión Panamericana, y ese espacio está ya ocupado por 11 individuos, el Director inclusive.

De trasladarse la Oficina, como quizás resulte necesario, a un edificio distinto del ocupado por la Unión Panamericana, debería concedérsele la franquicia postal por su propia cuenta, a fin de poder seguir distribuyendo su correspondencia y publicaciones, pues hoy día sólo goza de ese privilegio gracias a la cortesía de la Unión Panamericana.

Con respecto a formular proposiciones concretas para nuevas obras, no creo que valga la pena hacer indicaciones, a menos que la Oficina reciba más fondos. De poderse obtener éstos, puede confiarse en que el Director y el Consejo Directivo sabrán formular un plan constructivo y al mismo tiempo factible y económico, puestos de acuerdo para ello con las autoridades sanitarias de todas nuestras Repúblicas.