

## EDITORIALES

---

### LA SANIDAD PANAMERICANA DURANTE EL AÑO 1930

*Oficina Sanitaria Panamericana.*—Durante el año la Oficina Sanitaria Panamericana continuó sus trabajos y relaciones cordiales con los departamentos de sanidad de todas las Repúblicas Americanas. Para el año 1931 se han convocado la II Reunión del Consejo Directivo de la Oficina y la II Conferencia Panamericana de Directores de Sanidad que tendrán lugar en Wáshington en el mes de abril.

Igualmente continuaron los viajes de estudio y cooperación del Comisionado Viajero, Dr. J. Long, que visitara a Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Panamá, Perú, Uruguay y Venezuela. Han proseguido los estudios de la peste en el Ecuador, que fueron extendidos en agosto al Perú. El Director, Dr. H. S. Cumming y el Auxiliar del Director, Dr. B. J. Lloyd, también tuvieron ocasión de visitar a México.

*Ratificación del Código Sanitario Panamericano.*—Durante el año ratificó el Código Sanitario Panamericano la República del Ecuador, y lo declaró vigente por resolución ministerial la República Argentina. Son, pues, ya 18 las Repúblicas Americanas que han puesto en vigor el Código; es decir, que de las 21 Repúblicas Americanas, con una población aproximada de más de 245 millones de habitantes, sólo han dejado de implantarlo hasta ahora 3, con una población aproximada de 10 millones, y en dos de ellas han recomendado la ratificación.

*Nuevos ministerios de sanidad.*—Hechos de la mayor importancia fueron la creación de ministerios de sanidad pública en las Repúblicas del Brasil y Venezuela. Con los nuevos ministerios de Brasil y Venezuela existen hoy día ministerios de sanidad en las siguientes Repúblicas Americanas: Brasil (Educación y Sanidad), Costa Rica (Salubridad Pública y Protección Social), Cuba (Sanidad y Beneficencia), Chile (Bienestar Social), Ecuador (Agricultura, Previsión Social y Sanidad), Nicaragua (Higiene y Beneficencia Pública), República Dominicana (Sanidad, Beneficencia, y Obras Públicas), y Venezuela (Salubridad y Agricultura y Cría).

*Cambios de directores.*—Durante el año cesaron en sus puestos los jefes nacionales de sanidad de: la Argentina, Dr. Antonio Agudo Avila; el Brasil, Dr. Clementino Fraga; Chile, Dr. Carlos Illanes Beytía; Haití, Dr. Kent C. Melhorn; México, Dr. Aquilino Villanueva; Nicaragua, Dr. Jacinto Pérez h.; Paraguay, Dr. Andrés Gubetich; Perú, Dr. Sebastián Lorente; y República Dominicana, Dr. Wenceslao

Medrano, siendo suplantados respectivamente por los Dres. Gregorio Aráoz Alfaro, Belisario Penna, R. Kraus, Montgomery A. Stuart, Rafael Silva, Frutos Paniagua, Cayetano Masi, Pablo Ernesto Sánchez Cerro y Arístides Fiallo Cabral, en tanto que falleciera el Dr. Adolfo Flores, Director General de Sanidad Pública de Bolivia, al cual sucediera el Dr. Daniel Bilbao R., y trocara su puesto de Director por el de Ministro el Dr. H. Toledo Trujillo, de Venezuela.

*Enfermedades pestilenciales.*—Durante el año se denunciaron casos de *peste* en la República Argentina, Brasil, Ecuador, y Perú (el último caso en ardillas en los Estados Unidos fué denunciado en abril, 1929). La epidemia de *fiebre amarilla* que reinaba desde 1928, se extinguió en Río de Janeiro en abril 9 de 1930. Después de esa fecha los únicos casos comunicados en el resto de la República durante el año fueron en: Ilhéos, Bahía; Vicosá y Annel, Alagoas; Bom Conselho, Quipapá, São Benedicto y Correntes, Pernambuco; Maranguape, Ceará; Mage y Campos, Río de Janeiro, en abril y mayo, respectivamente; Belém, Pará, el 23 de junio; Cambucy, Padua y Pureza, Estado de Río de Janeiro, en noviembre y diciembre; y Quixada, Ceará, en diciembre. Casos de *tifo* fueron denunciados en Bolivia, Chile, Estados Unidos, Guatemala y México. También se denunciaron casos de *viruela* en casi todos los países americanos, siendo en particular notables dos que tuvieron lugar en Río de Janeiro en el mes de noviembre, por ser los primeros observados desde hacía tres años en dicha capital, y un brote en Costa Rica, donde la enfermedad no había existido desde hacía varios años. En los Estados Unidos, la viruela leve sigue ocasionando decenas de millares de casos al año, en particular en los pequeños centros de población y distritos rurales.

*Otras epidemias.*—La *meningitis* ha continuado su aumento de los últimos años en los Estados Unidos, pero las condiciones han mejorado en la costa del Pacífico después que se implantaron las medidas sobre saneamiento de los buques que llegan del Oriente. Es sabido que la enfermedad ha revelado una recrudescencia casi universal en los últimos años. La *poliomielitis* también reveló marcada acentuación en el año 1930 en los Estados Unidos y Europa. Una epidemia, o mejor dicho pandemia, que llamó mucho la atención durante el año fué la de *psitacosis* que, iniciándose en la Argentina hacia fines de 1929, acusó después brotes en casi todas partes del mundo, al parecer debidos a papagayos procedentes de Sudamérica. El número de casos fué probablemente mayor en los Estados Unidos, en que alcanzó a varios centenares, pero en otras partes de América, fuera de la Argentina, apenas si los hubo, y parece ser un hecho que jamás se ha constatado ningún caso humano en el Brasil, ni hubo la menor indicación de que alguna epizootia de ese género afectara a los papagayos de la selva brasileña, a los cuales se imputara el origen de la dolencia. En otras palabras, la enfermedad no parece declararse más que en las

aves cautivas, sin duda a causa de ciertas condiciones desfavorables de alimentación, temperatura y alojamiento. En México han continuado dedicando creciente atención a la *oncocerciasis*, a fin de atajar la propagación del mal (también prevaeciente en Guatemala) a otros Estados del país. El *paludismo* y las *helminthiasis* continúan siendo las grandes endemias en muchas partes de America, tomando el primero a veces carácter epidémico. Hacia fines del año se inició en varios países, americanos así como europeos, una pandemia de *influenza*.

*Demografía.*—Los últimos datos demográficos para los países americanos son los siguientes: mortalidad: Argentina, 13.64 (1929); Colombia, 13.76 (1929); Costa Rica, 23.4 (1928); Cuba, 11.67 (1928); Chile, 25.1 (1929); El Salvador, 20.5 (1929); Estados Unidos, 11.9 (1929); Guatemala, 26 (1929); Honduras, 21 (1929); Panamá, 13 (1928); Uruguay, 10.75 (1929); Venezuela, 17.92 (1929); Canadá, 11.6 (1929); Guayana Francesa, 15.3 (1928); Trinidad, 19.4 (1929); Guadalupe, 20.6 (1929); Jamaica, 18 (1929); y Puerto Rico, 27.17 (1928-29); natalidad: Argentina, 22.7 (1930); Colombia, 30.44 (1929); Costa Rica, 47.8 (1928); Cuba, 16.9 (1929); Chile, 40.1 (1929); El Salvador, 36 (1929); Estados Unidos, 18.9 (1929); Guatemala, 50.75 (1928); Honduras, 41.24 (?) (1929); Panamá, 36 (1928); Uruguay, 24.18 (1929); Venezuela, 31.34 (1929); Canadá, 24 (1929); Guayana Francesa, 11 (1928); y Guadalupe, 18.3 (1929); mortalidad infantil: Argentina, 106.6 (1924); Colombia, 144.3 (1927); Costa Rica, 166.7 (1927); Cuba, 165.6 (provisional, 1929); Chile, 244 (1929); El Salvador, 140.4 (1928); Estados Unidos, 68.7 (1928); Guatemala, 92.1 (1928); Honduras, 117.36 (1929); México, 193 (1927); República Dominicana, 279 (1928); Uruguay, 99.6 (1928); Venezuela, 114 (1927); Canadá, 92.2 (1929); Jamaica, 160 (1929); Guayana Francesa, 130 (1928); e Islas Vírgenes, 215 (1928); mortinatalidad: Colombia, 5.9 (?) (1927); Costa Rica, 39 (1927); Cuba, 98.2 (1929); Chile, 33.2 (1929); Ecuador, 12.5 (1926); El Salvador, 4.46 (1929); Estados Unidos, 40 (1928); Guatemala, 21.8 (1928); Honduras, 3.73 (?) (1929); México, 31 (1927); Panamá, 9.62 (1928); República Dominicana, 67 (1920); Uruguay, 35.9 (1929); Venezuela, 2.9 (1927); Canadá, 32.1 (1929); Guayana Francesa, 86 (1927); Puerto Rico, 87.4 (1928-9); e Islas Vírgenes, 97 (1927); nupcialidad: Argentina, 7.68 (1929); Cuba, 4.9 (1929); Chile, 9.6 (1929); El Salvador, 3.43 (1929); Guatemala, 2.78 (1928); Honduras, 4.2 (1929); Panamá, 2.9 (1928); Uruguay, 6.41 (1929); Venezuela, 3.98 (1929); Canadá, 7.9 (1929); y Puerto Rico, 11.1 (1928-9). En general, las cifras parecen favorables, en comparación con años anteriores, debiéndose recordar que, en muchos casos, las diferencias se deben a haber más o menos perfectos sistemas

de inscripción y compilación. Datos más completos se hallan en vías de compilación y análisis para un trabajo separado.<sup>1</sup>

*Legislación.*—Entre las leyes de más importancia dictadas durante el año figuran las siguientes: aborto epizoótico, Uruguay; beneficencia, Perú; certificados de salud para sirvientes, Cuba; código sanitario, El Salvador; ejercicio de la medicina, Colombia; escuela de sanidad, Venezuela; estadística, Chile; estupefacientes (narcóticos), Bolivia, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos, Paraguay (proyecto) y Venezuela; higiene escolar, Uruguay; ingeniería sanitaria, México; leche, Chile, El Salvador, México y Perú (proyecto); lepra, Colombia, México y Uruguay (proyecto); organización sanitaria, Estados Unidos y Venezuela; paludismo, Costa Rica; peluquerías, Bolivia; quinina del estado, Guatemala; trabajo de mujeres y menores, Bolivia, Colombia y Perú; y uncinariasis, Guatemala. También se publicaron compilaciones de disposiciones sanitarias en Colombia, Guatemala, Estados Unidos y Venezuela.

*Congresos.*—Algunos de los más importantes congresos internacionales celebrados en América durante el año fueron: VII Congreso Médico Latinoamericano, del 12 al 19 de enero, en México, D. F.; II Congreso Médico Panamericano, del 30 de enero al 3 de febrero, en Panamá; I Congreso Internacional de Higiene Mental, del 5 al 10 de mayo, en Washington, D. C.; VI Congreso Panamericano del Niño, del 4 al 11 de julio, en Lima; Conferencia Latinoamericana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, del 14 al 17 de julio, en São Paulo; Biología, II Reunión de la Confederación Latinoamericana para el Estudio del Cáncer, y de Química, octubre, en Montevideo; Asociación Americana de Salud Pública, del 27 al 30 de octubre, en Fort Worth, Texas, E. U. A. Conferencias nacionales de higiene fueron celebradas en los Estados Unidos y Venezuela, y una convocada en el Brasil, fué aplazada.

*Reconocimiento gubernamental.*—Durante el año concedieron espacio a los asuntos sanitarios en sus mensajes presidenciales, patentizando así la importancia que les conceden, los Jefes Ejecutivos de las Repúblicas del Brasil, Colombia, Chile, Estados Unidos, México, Nicaragua y Perú.

*Memorias anuales.*—Memorias descriptivas de los trabajos sanitarios realizados durante el año fueron publicadas por las autoridades de Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Uruguay y Venezuela, así como de varios Estados del Brasil y Departamentos de Colombia.

*Defunciones.*—Durante el año la medicina americana perdió algunos de sus representantes más connotados, según demuestran los

<sup>1</sup> La estadística de natalidad, mortinatalidad y mortalidad infantil y puerperal ya ha sido analizada en la Publicación No. 31 de la Oficina Sanitaria Panamericana.

nombres de Lanari, en Argentina; Flores, en Bolivia; Simões Correia y Rego Barros, en Brasil; Ortiz Coffiny, en Cuba; Petit, en Chile; Boloña y Dávila, en el Ecuador; Pearce, Stokes y Wiley, en los Estados Unidos; Audain, en Haití; Matute, en Honduras; Almenara Butler, y Arguedas, en el Perú; y Arrizabalaga, en el Uruguay.

#### EL GRAN PROBLEMA DE LA ALIMENTACIÓN

En su reciente discurso ante la Conferencia de Salud y Protección de la Infancia en la Casa Blanca, el Presidente Hoover hizo notar que uno de los grandes problemas creados por el incesante desenvolvimiento de la vida urbana consiste en que ésta ha alejado a los niños de una alimentación que databa de millares de años. No cabe duda de que uno de los fenómenos más notables de los últimos decenios está constituido por los cambios asombrosos que han tenido lugar en el régimen alimenticio. El asunto reviste y revestirá, naturalmente, importancia primordial, no tan sólo para la infancia, sino para todas las clases y edades del género humano.

Es un hecho conocido en los Estados Unidos y comprobado matemáticamente que la gente come menos hoy día que hace una o dos generaciones. Parte del fenómeno se enlaza con el constante invento e introducción de maquinaria que, al mermar la necesidad de desplegar esfuerzo muscular, también ha hecho disminuir el consumo de alimentos reconstituyentes de los músculos. Otro factor consiste en el moderno confort y calefacción de las viviendas actuales, que al distribuir mejor el calor evitan la necesidad de ingerir alimentos que suplan esa necesidad.

Por ejemplo, en los Estados Unidos el consumo per capita de harina de trigo ha disminuído de 101 kgs. en 1889 a 78 kgs. en 1930, el de harina de maíz de 53 kgs. a 10 kgs., y el de centeno de 1.3 kgs. a 0.19 kg. Otros cereales, por ejemplo, los granos preparados para desayuno, han suplantado, pero sólo en parte, esa pérdida, y el consumo de cereales en conjunto ha disminuído 54 kgs. per capita desde 1899. En cambio, ha aumentado el consumo de otras sustancias, como carne, de 64 kgs. a 65 kgs., lo cual es bien poco; el de lacticiños, principalmente helados, de 40 kgs. a 47 kgs.; el de azúcar, de 28 kgs. a 48 kgs., principalmente en los últimos diez años; el de frutas frescas de 77 kgs. a 87 kgs., gracias a los perfeccionamientos en el transporte y refrigeración, entre ellas de naranjas de 3 kgs. a 8.9 kgs., limones de 1.3 kgs. a 2.2 kgs., y de toronjas, de 0.4 kg. en 1909 a 2.5 en 1930. El consumo de verduras no ha aumentado mayor cosa y ha manifestado sus fluctuaciones, pero siempre ha sido algo crecido. En cambio, ha aumentado bastante el de vegetales enlatados.