

98

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

INFORME ANUAL DEL DIRECTOR
CIRUJANO GENERAL H. S. CUMMING

AÑO ECONÓMICO 1931-32

1
1
1

#98

INFORME ANUAL DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

PARA EL AÑO ECONÓMICO QUE TERMINA EL

30 DE JUNIO DE 1932

De conformidad con la Constitución y Estatutos de la Oficina Sanitaria Panamericana, he preparado la siguiente reseña de los trabajos realizados durante el finado año económico, copias de la cual son enviadas a los Miembros del Consejo Directivo de la Oficina y a los Directores Nacionales de Sanidad de las Repúblicas Americanas. Un ejemplar ha sido también entregado al Sr. Director General de la Unión Panamericana, para ser transmitido al Consejo Directivo de la misma con la Memoria Anual de dicho funcionario.

CÓDIGO SANITARIO PANAMERICANO

En lo tocante al Código Sanitario Panamericano, la situación es casi idéntica que en el año pasado. Sus disposiciones se hallan ya vigentes en todas las Repúblicas Americanas, habiendo sido formalmente ratificado en 18 de ellas.

Como se recordará, una cláusula del Artículo XVI de esa convención dispone que el capitán de una nave aérea en ruta de un país a otro, está obligado a obtener en el puerto de partida y en los puertos de escala, una patente de sanidad. En la práctica, esa disposición ha resultado a menudo innecesaria a más de ocasionar frecuentemente tardanzas costosas. Al recibir una consulta en cuanto a la interpretación de esa parte del Artículo XVI, la Oficina dictaminó tentativamente que la disposición no es mandatoria salvo en lo tocante al portador, y puede ser dispensada por cualquier poder signatario, a su arbitrio, si estima que una patente no resultaría de mayor utilidad en dicho caso.

IX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

El Gobierno Argentino ya ha nombrado una Comisión Organizadora de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana, con el siguiente personal:

Presidente: Dr. Gregorio Aráoz Alfaro

Secretarios: Dres. Alfredo Sordelli y Alberto Zwanck

Vocales: Dres. Tiburcio Padilla, Mariano R. Castex, Carlos Bonorino Udaondo, Nicolás Lozano, Alberto Levene, Gregorio Tejerina, Roberto Acosta, Manuel V. Carbonell, Bernardo Houssay, Alois Bachmann y Francisco V. Martínez.

El programa provisorio preparado para dicha Conferencia por la Comisión, con la cooperación de la II Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad, comprende los siguientes temas:

Afecciones venéreas, viruela, paludismo, enfermedades tropicales, peste, tuberculosis, fiebre ondulante, ofidismo, narcóticos, higiene de la leche, nutrición, eugenesia, mortalidad infantil, protección a la infancia e higiene escolar.

Todavía no se ha fijado definitivamente la fecha de la Conferencia.

PRESUPUESTO, INGRESOS Y EGRESOS

De acuerdo con los Estatutos de la Oficina, en un anexo de este informe figura el presupuesto de desembolsos para el año económico entrante, junto con un estado de ingresos y egresos durante el año comprendido en este informe. Los gastos de la Oficina han superado de nuevo a los ingresos, de modo que ha habido que acudir a la reserva para cubrir el déficit.

ASISTENCIA A REUNIONES CIENTÍFICAS

El Director de la Oficina, sin gravamen para ésta, asistió a la Reunión Anual del Comité Permanente de la Oficina Internacional de Higiene Pública en París, y a las reuniones de la Asociación Médica del Sur y la Asociación Médica Americana, de los Estados Unidos. El Auxiliar del Director asistió a las reuniones anuales de la Asociación Médica Panamericana, la Comisión Nacional del Paludismo, la Asociación Médica Americana, y la Conferencia de las Autoridades Estadales y Provinciales de Sanidad de Norte América.

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Poste.- Durante el año denunciáronse casos de peste bubónica en el hombre y los roedores en la Argentina, Chile, Ecuador y el Perú. En los Estados Unidos hubo casos en roedores (ratas y ardillas), y en una de las islas del Archipiélago de Hawaii denunciaron casos humanos y marinos.

Fiebre amarilla.- Casos esporádicos de fiebre amarilla fueron comunicados en ciertas partes del interior del Brasil.

Cólera.- No hubo ningún caso de cólera en las Américas, aunque la enfermedad ha existido más o menos continuamente en ciertos países orientales, incluso las Filipinas.

Tifo.- Esta enfermedad continúa siendo denunciada de Bolivia, Colombia, Chile, Estados Unidos, Guatemala, México, Paraguay y Perú. Los casos son relativamente raros. El reciente descubrimiento de que las pulgas, en particular las murinas, así como los piojos, pueden transmitir la enfermedad, ha revivido el interés de los higienistas, así como del público, en el peligro que entraña el mal y en la necesidad de exterminar a la rata, dado el papel que desempeña en la propagación del tifo, y más en particular de la peste, y quizás otras enfermedades.

Viruela.- Antiguamente uno de los grandes azotes del hombre, la viruela ocasionó relativamente pocos estragos en las Américas durante el año. Se han recibido informes relativos a casos de Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Honduras, México, Panamá y Uruguay. Aunque resta la posibilidad que una o más de las otras diez Repúblicas no hayan denunciado su presencia a la Oficina, es bien sabido que algunas han permanecido indemnes a la viruela por varios años, gracias a la vigilancia de las autoridades sanitarias y a la vacunación sistemática.

Lepra.- Mucho es el interés manifestado en este flagelo dondequiera existe, y no cesan los esfuerzos para mermar su frecuencia y ofrecer cuidado y tratamiento a las víctimas. El aislamiento, cuando es necesario, y el mejoramiento de la vida con una nutrición adecuada, parecen hoy día ofrecer las mejores esperanzas de mermar su prevalencia.

Afecciones entéricas.- Uno de los resultados más halagadores de la introducción de los métodos modernos en lo tocante a facilitar agua potable, leche segura y disposición adecuada de las inmundicias, ha consistido en la marcada disminución de la mortalidad ocasionada por la tifoidea, la disentería (tanto amibiana como bacilar), y la diarrea infantil. Dondequiera emplean esas medidas han logrado una disminución semejante en las infecciones debidas a parásitos intestinales.

Tuberculosis.- Si bien la mortalidad tuberculosa ha disminuído marcadamente en muchas partes en los últimos años, esta enfermedad en todas sus formas continúa haciendo estragos en todos los países civilizados. En los sitios donde se ha puesto en práctica eficazmente la pasteurización de la leche, se ha obtenido un descenso correspondiente, en particular en la tuberculosis bovina, que con la consiguiente deformidad osteoarticular incapacita permanentemente a las víctimas. En varias ciudades de distintos países han emprendido campañas sistemáticas de vacunación con la preparación llamada BCG (bacilo biliado de Calmette-Guérin), pero, por ahora, parece aventurado ofrecer opiniones en cuanto al valor o inocuidad de dicho método. El mejoramiento sanitario general, la alimentación mejor, las mejoras en las condiciones industriales y de la vida, junto con la enseñanza de la higiene personal a los enfermos, en particular en sanatorios al principio de la enfermedad, ofrecen las mejores esperanzas de seguir mermando la frecuencia de la tuberculosis.

Fiebre ondulante.- Ya se sabe que esta enfermedad existe por lo menos en el ganado bovino o caprino, o en ambos, así como a veces en el porcino, en Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Estados Unidos, Guatemala, México, Perú y el Uruguay. Frecuentemente, aparece en el hombre tras el consumo de leche o laticinios crudos. En el Perú ha habido numerosos casos ocasionados por el consumo de queso preparado de leche de cabra. En los Estados Unidos han experimentado varios brotes transmitidos por la leche, en tanto que otros casos procedían del contacto directo con animales infectados. Para otros países, los informes son imprecisos todavía.

Difteria.- La Oficina no recibe con regularidad informes relativos a esta enfermedad más que para ciertos países. Las estadísticas son, pues, incompletas, y hasta faltan para muchos distritos, de modo que no pueden tomarse como base de comparación ni entre países, ni a veces entre las ciudades del mismo país. En general, cabe decir que la enfermedad, cuando se presenta, es mucho más letal en los niños pequeños que en los mayores y, por regla general, abunda más en los climas templados o fríos que en las regiones tropicales, salvo quizás en ciertas razas. En las ciudades grandes afectadas por la enfermedad, la inmunización de los niños con anatoxina (o toxina-antitoxina) ha representado un gran adelanto, y dondequiera que han probado este método el resultado ha sido bueno. El rápido aislamiento de los casos y de los portadores peligrosos también constituye una medida eficaz. La antitoxina, cuando se administra tempranamente, continúa justificando la confianza de la profesión médica como elemento curativo. Los países

de los cuales se recibieron informes referentes a la difteria durante el año fueron: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Estados Unidos, Haití, México, Uruguay y Venezuela.

Tos ferina.- Mal este difundido casi universalmente, recaba un pesado tributo anual a la infancia en todas las Repúblicas Americanas. La gente en general no acaba de comprender su gravedad, en particular en los pequeños. Más de 50 por ciento de las muertes producidas por la coquelucho recaen en menores de un año, y más de 90 por ciento en menores de 5 años. A fin de resguardar contra los estragos de la enfermedad, los directores de sanidad harían bien en librar persistentes campañas de educación a fin de persuadir a los padres a poner todo de su parte para impedir que sus hijos contraigan la enfermedad en la primera infancia, y de fracasar, para conseguir asistencia médica adecuada, con mira a evitar posibles complicaciones. Las tentativas profilácticas (excepción hecha de evitar el mal el mayor tiempo posible) hasta ahora han dado muy poco resultado.

Sarampión.- Tan frecuente es el sarampión en todas partes, que su aparición está considerada como inevitable. La enfermedad no se denuncia siempre, y muchas muertes debidas a la misma son imputadas a alguna complicación, tal como neumonía o bronconeumonía. El público en general no se da cuenta exacta del peligro que entraña, ni de las muchas muertes que ocasiona anualmente en todos los países. Hasta esta fecha, los esfuerzos realizados no han tenido mayor éxito, aunque en muchos sitios ha habido una marcada disminución de la mortalidad. Debe enseñarse a los padres a evitar la exposición de sus hijos al sarampión mientras que sea razonablemente posible.

Escarlatina.- Aunque no tan frecuente como el sarampión, en particular en los climas cálidos, esta dolencia reviste importancia, dadas las complicaciones que puede acarrear durante su evolución, o después, y sabido es que muchos casos de sordera proceden de una otitis media escarlatínica. Ya se ha introducido un método de inmunización antiescarlatínica que muchos médicos consideran favorablemente, pero que debe ser utilizado con mesura y selección donde la enfermedad es endémica.

Poliomielitis.- Aunque la prevalencia^{ce} de la poliomiélitis no es tan crecida como la de otras muchas enfermedades, cuando se presenta, su importancia es indudable, por ocasionar frecuentemente una mortalidad elevada y, además, incapacidad a menudo permanente. En una reciente epidemia en el Estado de Nueva York, E. U. A., uno de los más adelantados en sanidad, se denunciaron más de 6,000 casos. Por fortuna, la mortalidad fué relativamente baja: de 8.1 por ciento, comparado con más de 25 por ciento en 1916. La aplicación curativa del inmunisero en dicha epidemia fué, al parecer, poco satisfactoria. Los datos disponibles indican la existencia de la poliomiélitis en Argentina, Brasil, Cuba, Chile, Ecuador, México, Perú, Uruguay y Venezuela; pero, al parecer, en ninguno de ellos constituye un problema tan grave como en los Estados Unidos. Es probable que la enfermedad exista también en algunos países de los cuales no se han recibido informes.

Cáncer.- A pesar de constituir el cáncer un problema de gran magnitud, sólo en los últimos años se ha reconocido que queda dentro del dominio de la sani-

dad. Ocupando hoy día un puesto elevado entre las causas de mortalidad, supora en ello a cualquiera otra enfermedad aislada. Muchas son las investigaciones en marcha acerca del mal. El diagnóstico y tratamiento precoz es lo que ofrece más esperanzas contra la enfermedad.

Afecciones agudas del aparato respiratorio.- Este grupo de enfermedades, y en particular la neumonía en sus varias formas, unida a la influenza, continúa motivando una enorme proporción de enfermedad y sufrimientos con la correspondiente pérdida económica, a lo cual contribuye marcadamente el coriza común, con sus frecuentes secuelas, tales como otitis media y sinusitis. Las varias formas de neumonía e influenza combinadas ocasionan anualmente más defunciones en los Estados Unidos que ningún otro grupo de enfermedades, exceptuadas quizás las que afectan al corazón. En este sentido, cabe decir que los recientes estudios de la nutrición ofrecen esperanzas de poder mermar su frecuencia hasta cierto punto, mediante la debida selección de los alimentos, a fin de comprender una abundante ración de vitaminas, en particular A y B, aunque todas son probablemente necesarias para obtener el mejor resultado contra esas y otras afecciones.

Rabia.- Este mal ha ocasionado preocupaciones en ciertas localidades, y en algunos sitios han puesto en práctica en gran escala la vacunación antirrábica de los perros, aunque sin conseguir resultados invariablemente satisfactorios.

Paludismo.- La malaria continúa planteando un grave problema en las regiones tropicales y subtropicales, mas el costo de combatirla es todavía demasiado elevado para el control eficaz, por lo cual permanecen aún baldías inmensas zonas de tierras fértiles y potencialmente capaces de producir enormes cantidades de alimentos. Las minuciosas investigaciones en camino tal vez permitan descubrir medidas antipalúdicas menos costosas, infundiendo así la esperanza de resolver por fin tan difícil problema.

Enfermedades venéreas.- A pesar de las campañas de educación, del tratamiento sistemático, y de la aplicación de otras medidas, las afecciones venéreas abundan todavía por demás. Sin embargo, al comparar las condiciones actuales con las de un par de decenios atrás, no cabe negar lo mucho adelantado, tanto en prevención como tratamiento, y ese adelanto justifica de sobra la continuación de las obras emprendidas, hasta poder erradicar finalmente esos flagelos sociales.

Oncocerciasis.- La oncocerciasis americana constituye un problema grave en ciertos Estados de la República de México y algunas regiones de Guatemala, por ser tan frecuentemente causa de ceguera. La posibilidad de su importación y difusión en otros países, obliga a considerar detenidamente el mal. Los Departamentos Nacionales de Sanidad de Guatemala y México han llevado a cabo muchas investigaciones de la enfermedad, poniendo de relieve muchos datos interesantes relativos a su naturaleza, desarrollo y transmisión.

Tripanosomiasis americana.- Durante ciertos exámenes sistemáticos de sangre humana en relación con otros estudios, los laboratoristas del Instituto Gorgas descubrieron la existencia de tripanosomas (Schizotrypanum cruzi) en 5 individuos que jamás habían estado fuera de la República de Panamá. Esos son los primeros casos comunicados de dicha región.

ESTADO DE LOS PUERTOS AMERICANOS

En general, cabe decir que la mayor parte de los puertos de entrada de las varias Repúblicas Americanas han sido mantenidos razonablemente libres de enfermedades cuarentenables durante todo el año, evitando así la necesidad de detener buques en cuarentena y ahorrando los considerabilísimos gastos y molestias que acarrearán tales demoras. Esto constituye un marcado contraste con lo que sucedía hace pocos años, y es de esperar que no encuentre interrupción este halagador resultado de la cooperación internacional.

COMUNICADOS SEMANALES

Se ha seguido enviando periódicamente a los Directores Nacionales de Sanidad comunicados semanales de la prevalencia de peste, fiebre amarilla, cólera, viruela, tifo exantemático, gripe y poliomielitis, junto con otra información que ha parecido de actualidad. Este servicio comprende datos relativos a la ocurrencia de las enfermedades pestilenciales en Europa, Asia y África, lo cual hace posible la cooperación de la Oficina Internacional de Higiene Pública de París y sus filiales, y de la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones. Cuando el asunto ha parecido urgente, los informes han sido cableografiados en el acto a los Directores de Sanidad de las Repúblicas más interesadas.

BOLETÍN

La publicación del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana ha continuado como en años anteriores, manteniendo la política de publicar minuciosos relatos de los trabajos de los Departamentos de Sanidad de los países afiliados, junto con reseñas de la reciente literatura relativa a higiene y saneamiento. Un cambio realizado en la forma de publicar las estadísticas ha logrado bastante ahorro, y parece que el nuevo método resultará más conveniente y de mucho valor para conservar esos datos en forma permanente y accesible.

Se ha revisado y aumentado marcadamente la nómina de los suscriptores del BOLETÍN, y la publicación llega hoy día a manos de las autoridades sanitarias locales de muchos sitios, que antiguamente no contaban con ese servicio. Durante el año, muchas han sido las cartas recibidas en encomio del contenido del BOLETÍN.

MEDIDAS ANTIPESTOSAS EN EL ECUADOR

Como se recordará, las autoridades de la República del Ecuador iniciaron hacia fines del año 1929 una intensa campaña contra la peste bubónica con la cooperación del Comisionado Viajero, Dr. John D. Long, y el Epidemiólogo, Dr. C. R. Eskey, de la Oficina Sanitaria Panamericana. Como resultado de los trabajos realizados, la peste ha sido aparentemente erradicada de Guayaquil, sin que se haya comunicado ningún caso humano o murino desde el 26 de marzo de 1930, de modo que el puerto reviene a esta fecha su estado de "Puerto Limpio de la Clase A".

Con fecha 15 de marzo de 1931 (véase mi informe del año pasado), el Dr. Long declaró: "La peste ya no existe en el Ecuador, salvo en dos provincias.... y en éstas puede ser erradicada con bastante facilidad y rapidez, a un costo mínimo."

Como sucede frecuentemente en las obras sanitarias, se encontró alguna dificultad para llevar a cabo la campaña antipestosa en el interior del Ecuador con la rapidez y eficacia esperada, y por razón de haber habido nuevos casos en ciertas provincias, fué necesario instituir medidas para evitar su reintroducción en Guayaquil, finalidad ésta obtenida hasta ahora.

MEDIDAS ANTIPESTOSAS EN EL PERÚ

En el Perú, una campaña antipestosa cooperativa, semejante a la librada en el Ecuador, fué iniciada en Lima el 30 de octubre de 1930. En un informe preliminar presentado en marzo de 1931, el Dr. Long declara:

"No hay hoy día peste humana en Lima ni en ninguna población coreana. Los últimos casos tuvieron lugar en diciembre, 1930. La peste se halla bajo dominio en el Perú. No puede fijarse todavía la fecha precisa de su erradicación definitiva. Gracias a los esfuerzos coordinados y uniformes que verifica ahora la Oficina Sanitaria Panamericana, en colaboración con las autoridades nacionales, a fin de erradicar la peste en los puertos de la costa occidental de Sudamérica; a nuestro mejor saber y entender, no pecamos de optimistas al declarar que los resultados deseados pueden ser obtenidos con toda probabilidad, aproximadamente dentro de los dos años próximos (es decir, para marzo de 1933) si se continúan con perseverancia los esfuerzos actuales."

En su informe final sobre las obras antipestosas en el Perú para el año económico de 1931 (recibido demasiado tarde para agregarlo a mi informe de dicho año), el Dr. Long afirma:

"La peste bubónica hizo su aparición en el Perú en abril de 1903. Desde esa fecha hasta el 30 de junio de 1931 han ocurrido 20,269 casos, con una mortalidad media de 50 por ciento en el territorio de la República, habiéndose denunciado casos en 197 ciudades, pueblos y aldeas, así como de otros muchos lugares tales como haciendas, caseríos, etc., desprovistos de organización municipal. La infección apareció también en unos 37 puertos de la costa, de los cuales se extendió a lugares vecinos por los ferrocarrilos, caminos y otras vías de comunicación....

"En el mes de junio, 1929, el Consejo Directivo de la Oficina Sanitaria Panamericana, después de considerar resoluciones aprobadas por la Octava Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Lima, Perú, en octubre, 1927, que autorizaban el nombramiento de Comisionados Viajeros de la Oficina, y además las disposiciones del Código Sanitario Panamericano referentes a trabajos cooperativos en sanidad, tomó un acuerdo que autorizaba a verificar estudios epidemiológicos cooperativos de la peste bubónica en los países de Sudamérica donde existía dicha enfermedad y que estaban dispuestos a aceptar la cooperación ofrecida. El Gobierno del Perú manifestó sus deseos de aceptar dicha cooperación, y por Decreto Supremo del 5 de septiembre, 1930, autorizó una campaña cooperativa contra la peste bubónica. Con respecto a la cordial y eficaz cooperación de las autoridades del Perú en la campaña, véase el último párrafo de este trabajo.....

"La campaña empezó el 13 de octubre de 1930, en Lima, para luego extenderse al Callao y después a los Departamentos del norte, y un poco más tarde a los del sur del país..... El país fué dividido en sectores que, en general, coincidían con los Departamentos, con la excepción del Departamento de Lima. A cada Departamento se envió un ayudante sanitario cuya misión consistía en distribuir veneno para ratas en todos los lugares donde había habido casos de peste durante los últimos cinco años. A todos los puertos principales de la República fueron enviados ayudantes epidemiólogos cuya obligación consistía en atrapar y examinar ratas y enviar frotos preparados de las ratas sospechosas y de cobayos que habían muerto después de haber sido inoculados con material obtenido de las ratas.

"Después de haber cubierto de veneno contra ratas los Departamentos de Arequipa e Ica de dos a tres veces sin encontrar ningún caso de peste, salvo 4 dudosos en Lomas en el mes de febrero, y ninguna rata infectada, los ayudantes sanitarios y epidemiólogos, con la sola excepción del epidemiólogo de Mollendo, fueron trasladados a los departamentos del norte. En las ciudades de Lima y Callao y en las municipalidades de Rimac, La Victoria, La Punta y Bellavista, brigadas de peones, bajo la dirección de inspectores sanitarios, atraparon ratas y pusieron paquetitos de veneno en todas las casas.

"En los puertos de la República los ayudantes epidemiólogos no sólo atraparon y examinaron ratas, sino enviaron pulgas al laboratorio de Lima para su identificación y la formación de índices, y, con el fin de prevenir la propagación de la peste a otros puertos de la República y su extensión a otros países, practicaron envenenamientos con frecuencia en los puertos mismos y en los pueblos vecinos.

"Métodos empleados.- Como la peste bubónica es esencialmente una enfermedad de las ratas transmitida a seres humanos por medio de las pulgas que las infestan, todos los esfuerzos de la campaña fueron dedicados a la destrucción de estos roedores. Con tal fin, unos 70,000 kilos (70 toneladas) de veneno fueron preparados y repartidos en todos los focos pestosos en el país. El veneno constaba de harina de trigo (moyuelo), 18 por ciento de arsénico comercial y, a veces, de 5 a 10 por ciento de queso rallado o de pescado seco molido, de carne prensada de lobo de mar o de camaroncitos chinos molidos, y una vez preparado, envuelto en papel en forma de paquetitos que contenían una cucharadita del veneno en cada paquetito y que tenía la forma y tamaño de un cohete de Napoleón.

"Las trampas utilizadas en Lima, Callao y en los puertos de la República, fueron empleadas no sólo para la destrucción de ratas, sino para hacer estudios epidemiológicos y para obtener los índices de pulgas y el índice de infección entre las ratas.

Resultados obtenidos:

Número total de casos de peste en la República de abril 28, 1930,
hasta junio 30, 1931.....20,269

Término medio de casos por mes en el mismo período..... 60
Término medio de casos de 1920 hasta 1930..... 51.6
Término medio de casos en 1930, por mes..... 31.5
Término medio de casos por mes, enero 1 a junio 30, 1931..16

(Nota.- En general, los meses de noviembre, diciembre, enero, febrero, marzo y a veces abril son los meses que dan mayor número de casos.)

Casos en la República en el año 1930.- Eno., 56; fbro., 29; mzo., 16; abr., 36; mayo, 26; jun., 26; jul., 11; agto., 22; sbre., 13; obre., 28; nbre., 37; dbre., 78.

Casos en la República en 1931.- Eno., 33; fbro., 28; mzo., 9; abr., 16; mayo, 2; jun., 9; jul., 1 (hasta el 20).

Casos en la República desde el principio de la campaña anti-pestosa.- Obre., 28, en 13 focos; nbre., 37, en 12 focos; dbre., 78, en 23 focos; eno., 33, en 14 focos; fbro., 28, en 12 focos; mzo., 9, en 5 focos; abr., 16, en 7 focos; mayo, 2, en 2 focos; jun., 9, en 4 focos; y jul., 1 (hasta el 20), en 1 foco.

Casos en Lima desde el principio de la campaña.- Obre., 2; nbre., 4; dbre., 7; eno., 0; fbro., 2; mzo., 2; abr., 0; mayo, 0; jun., 3.....

"Aparte de la rata, no se ha encontrado en ninguna parte del país ningún roedor u otro animal que sirva de reservorio de la infección pestosa, con la sola excepción de un pericote infectado que fué hallado muerto en el mismo cuarto en Lima de donde habían sido sacados dos casos humanos de peste.....

"El índice de pulgas, que en principio era de 8 por rata en Lima, ha bajado a menos de uno por rata. El índice más alto encontrado en el país ha correspondido a Pacasmayo y fué de 34 por rata. Este índice ha bajado hasta menos de 4 por rata. En general, el índice de pulgas en el país entero ha sido reducido en 80 a 90 por ciento. Los estudios epidemiológicos indican, tomando en cuenta los factores de clima, humedad, variedades de ratas, los índices de pulgas, los tipos de construcción de las viviendas, las costumbres de la población, que los lugares más propensos a la peste son los siguientes:

"Departamento de Piura, especialmente en los caseríos de Ayavaca y de Huancabamba. Sin embargo, desde la marcada disminución de peste en la Provincia de Loja del Ecuador, los casos de peste en el Departamento de Piura han disminuído mucho. El trabajo cooperativo del Perú y el Ecuador, de acuerdo con el convenio firmado en julio de 1930, en Piura, por representantes de ambos países, debe continuarse.

"Departamento de Lambayeque, especialmente en ciertas haciendas en la vecindad de Chiclayo y en la Villa Eten.

"Departamento de la Libertad, especialmente en Pacasmayo, San Pedro, ciertas haciendas en los valles de Chicama y de Santa Catalina y en Trujillo mismo.

"Departamento de Lima, muy especialmente en la campaña de Huacho y de Huaral, y también en las haciendas de los ríos Rimac y Carabaillo. Las últimas infecciones en Lima llegaron, sin lugar a duda, de Huacho, Huaral y las haciendas vecinas a la ciudad. Este hecho fué claramente comprobado en uno de los casos de peste que ocurrió en el mes de marzo, y hay buenos motivos para creer que las infecciones de febrero, el otro caso de marzo y las infecciones de junio procedieron de las mismas fuentes.....

"El número de casos de peste ocurridos en el primer semestre de 1931 (97) constituyó 51.3 por ciento del número ocurrido en el primer semestre de 1930 (189) y 25 por ciento del número medio ocurrido en los primeros semestros de los años 1920-1930 (386). Sin embargo, hay una diferencia notable entre las estadísticas de los años de referencia, porque en esos años el número medio de casos mensuales variaba poco, mientras que en el año 1931 ha habido un descenso casi constante empezando con el mes de diciembre de 1930, debido a la campaña antipestosa.

"Todos los puertos del país se hallan libres de peste bubónica. No ha tenido lugar ningún caso de peste en un puerto, según las estadísticas de la Dirección de Salubridad, desde abril de 1931. Este último caso fué denunciado de Puerto Chicama, y hay razones para creer que era un caso importado o infectado en otra parte y no autóctono del puerto. La última rata infectada con peste encontrada en un puerto fué hallada en Pacasmayo el 3 de marzo de 1931. De los 60 y tantos puertos del país, 57 habían tenido peste desde 1903.....

"Como va explicado más arriba, ha habido 197 focos urbanos de peste en el país desde 1903. Esta cifra se redujo a 108 durante los años 1925 hasta 1930. En el primer semestre de 1931 sólo hubo 34 focos urbanos, y durante los últimos tres meses, el período en que los resultados de la campaña antipestosa fueron más visibles, sólo 13 focos activos. Se puede, pues, considerar en cierto sentido, que la peste bubónica se halla dominada en el Perú, pero no se puede considerar que la enfermedad esté definitivamente erradicada aún. Por algún tiempo todavía habrá alguno que otro caso esporádico.

"Recomendaciones.- El Servicio Nacional Antipestoso debe continuar sus actividades con tesón y energía, a lo menos un año, y preferiblemente dos años después de la fecha de la denuncia del último caso.

"Reconocimiento.- El Gobierno del Perú, desde el principio de la campaña ha mostrado mucho interés y ha prestado todo apoyo. Igualmente han hecho el Ministerio de Fomento y la Dirección de Salubridad. Merecen también mención personal el Señor Ministro de Hacienda, don Rafael Larco Herrera, el actual Director del Tesoro, Señor Campodónico, el Contador del Ministerio de Fomento, Señor J. F. Cortez, el Dr. Nicolás Cavassa, Jefe del Servicio Nacional Antipestoso hasta enero de 1931, y muy en especial, el Dr. Benjamín Mostajo, epidemiólogo y Jefe del Servicio Nacional Antipestoso en los momentos actuales. La mayor parte de los éxitos obtenidos se deben al interés, entusiasmo y a la

INFORME DEL EPIDEMIÓLOGO

El Dr. C. R. Eskey se dedicó a estudios epidemiológicos de la peste en el Perú desde el 30 de octubre de 1903 hasta cerca del final del año económico, presentando entonces una memoria muy minuciosa, de la cual se toman estos sumarios:

"Durante los veintiocho años transcurridos de 1903 a 1930, se han denunciado más de 20,000 casos humanos de peste en el Perú, un 88 por ciento de ellos en las provincias costeñas que forman una faja estrecha a lo largo del país, pero sin penetrar mucho en el interior, salvo por dos breves epidemias aisladas en el Departamento de Junín, unido por ferrocarril a Lima....."

"Desde su iniciación (en el Perú), la peste ha sido denunciada de 193 poblaciones y caseríos, aparte de un gran número de haciendas. De 1903 a 1908, el número de comunidades urbanas afectadas aumentó cada año, pero después, el total de 1908 sólo ha sido superado en la epidemia de 1926. Las estadísticas revelan que el número de comunidades denunciadas como infectadas en los últimos años no ha disminuído a la par que el número de casos; por ejemplo, en 1930 hubo menos de 400 casos denunciados de 45 diversas comunidades urbanas....."

"Las estadísticas no revelan una periodicidad constante en las epidemias anuales de peste en el Perú, ni en la República en conjunto, ni en sus menores divisiones políticas. El curso seguido por la enfermedad ha sido inconstante, con años de mayor frecuencia, tales como 1908, 1918 y 1921, en que casi todas las comunidades se afectaron, y otros en que algunas de ellas experimentaron brotes graves, en tanto que otras no se afectaron. Los años de mayor frecuencia siguen a menudo a aquéllos en que la enfermedad se ha mostrado bastante quiescente, como en 1917. En general, cabe decir que la marcha de la enfermedad se ha caracterizado por ondas de mayor frecuencia espaciadas irregularmente, revelando cada onda sucesiva menos tendencia grave que las anteriores."

"Abatimiento de las epidemias de peste.- La peste ha disminuído marcadamente en los últimos años, y en algunas regiones desaparecido completamente, mientras que en otras se encontraba aparentemente cerca de su punto de extinción en 1930. Las zonas infectadas más tarde, tales como las provincias de Chancay y Cañote en el Departamento de Lima, no revelan tanto descenso en el número de casos comunicados en los últimos años como las provincias primeramente invadidas. Es muy manifiesto que la peste tiende a desaparecer o a disminuir mucho después de existir por algún tiempo."

"Probablemente, todas las comunidades del Perú en las que han denunciado epidemias anuales más o menos continuas de peste, han sido re-infectadas muchas veces. Esas grandes poblaciones: Lima y el Callao, son las únicas de donde denunciaran peste en 1930, en que las estadísticas no indiquen claramente que hubiera reinfección. Las dos poblaciones que las siguen en tamaño en la costa, Chiclayo y Trujillo, han sido probablemente re-infectadas tres veces y una vez, respectivamente. De

las restantes, la mayor parte han sido re infectadas cuatro veces o más. Paíta, que ha comunicado el mayor número de casos por habitante, probablemente ha sido re infectada por lo menos seis veces. Es, por lo tanto, manifiesto que la evolución de la enfermedad en el Perú ha dependido en gran parte de las re infecciones.

"Frecuencia estacional de la peste.- En todas las regiones del Perú varían la frecuencia mensual y estacional de la peste, aunque en algunas menos que en otras. En el país en conjunto, en los últimos once años la enfermedad se ha mostrado más activa en los meses de verano y menos en los del invierno, siendo enero el mes en que se hayan anotado más casos, y julio el de número menor.

"Abrigo para ratas.- La pululación de las ratas en los edificios depende en gran parte de la construcción empleada. De los edificios del Perú, resulta muy manifiesto que los del norte, donde el clima es más cálido y las lluvias que caen de cuando en cuando son más fuertes, ofrecen abrigo mucho mejor a las ratas que los de las regiones central y austral. Los edificios de madera ofrecen mejores escondrijos a las ratas que los de adobe y quincha, debido a tener más setos dobles y techos con cielos rasos y otros espacios cerrados.

"Cloacas cerradas sólo las hay en Lima, Callao y suburbios, y en un pequeño distrito de Trujillo y Chiclayo. Esas cloacas están construídas y empleadas en tal forma, que se prestan para albergar ratas. Los campos se hallan también intensamente infestados con ratones, y los plantadores de algodón utilizan frecuentemente el veneno para mermar las ratas que destruyen las motas de algodón, mientras que los hortelanos se quejan de los estragos que ocasionan los roedores. Los cañaverales también se hallan infestados, pero no tanto como las plantaciones de algodón.

"Relación de la intensidad de las epidemias con la diseminación.- Creemos que cuando la peste toma forma quiescente o endémica, hay poco peligro de que se difunda de un sitio a otro, en particular por el transporte mecánico; pero cuando sobrevienen brotes violentos, como las epidemias iniciales en territorio propicio, o las que pueden sobrenvenir de cuando en cuando en una comunidad infectada, precisan rígidas medidas para impedir la invasión de nuevo territorio. Por ejemplo, hay poco peligro de que la peste se propague del Perú al exterior durante los próximos tres o cuatro años, comparado con los primeros seis años de su presencia allí.

"Relación del abrigo y especies de ratas con la prevalencia de la peste humana.- Con una excepción (descrita más abajo), la frecuencia de la peste humana ha sido mucho mayor en las comunidades en que los edificios ofrecen mayor protección a las ratas, y en que las especies predominantes son R. alexandrinus y R. rattus. Tratándose del puerto de Pacasmayo al norte, el coeficiente ha sido altísimo, aunque más de 99 por ciento de las ratas capturadas allí eran R. norvegicus, demostrando así que la peste humana puede ser tan fácilmente transmitida por

esa especie como por las otras dos. No cabe duda de que la extensión de la infestación de los edificios por ratas ha determinado el coeficiente de morbilidad pestosa en las diversas comunidades, de norte a sur del Perú, independiente de diferencias climatológicas. Tanto el puerto de Paita como el de Mollendo han experimentado graves epidemias, aunque se hallan situados bien afuera de la zona en que las condiciones climatológicas se prestan más para la propagación del mal. Los edificios de ambas poblaciones se encuentran infestadísimos por ratas. La presencia de una población murina exterior muy grande, y de alcantarillas infestadas por ratas, al parecer, no ha aumentado la morbilidad pestosa en Lima y cercanías, pues el coeficiente ha sido muchas veces menor en Lima que en los puertos menos favorablemente situados de Paita y Mollendo.

"Sumario general.- La mayor frecuencia pestosa por mil habitantes en los caseríos y ciudades del Perú correspondió a las localidades en que la población murina en los edificios era mayor, independiente de la situación geográfica dentro o fuera de la zona más favorable a la existencia del vector principal, la *Xenopsylla cheopis*. Es dudoso que pudiera encontrarse mejor ejemplo del bajo coeficiente, y hasta ausencia completa de peste humana, debido a antirratización relativa de los edificios, que lo observado en el centro y el sur del Perú. Deseamos recalcar que en la mayor parte del mundo, donde la *Xenopsylla cheopis* es el vector, jamás podría existir la peste en forma epidémica si los edificios fueran construídos y mantenidos de tal modo que la población murina quedara reducida en ellos a un mínimo. Pocos son los países en que la falta de lluvia, la humedad elevada y las temperaturas moderadas, aporten condiciones tan favorables para la existencia de la *Xenopsylla cheopis* y también albergue exterior a las ratas, como en el Perú, y, sin embargo, aun allí, la relativa construcción de edificios a prueba de ratas ha mermado, si no impedido, el establecimiento de la peste en muchas poblaciones de la costa.

"Observaciones relativas a la campaña antipestosa en el Perú y a los trabajos de laboratorio relacionados con la misma.- Si se ha leído mi reseña de la epidemiología de la peste en el Perú, no precisan más pormenores para revelar que la completa erradicación de la peste será difícil de obtener en dicho país. El problema planteado por las obras antipestosas cuando la infección se encuentra limitada a aldeas y poblaciones, es mucho más sencillo que el vinculado con la erradicación de la peste entre las ratas que infestan el campo. En las zonas urbanas puede formarse alguna idea relativa a la localización de focos infectados, capturando ratas infectadas y por medio de los casos humanos denunciados. Al combatir la enfermedad entre las ratas que migran conforme a las épocas de cosecha, hay que abarcar un área inmensa, pues es imposible averiguar precisamente dónde el mal se halla latente. La aparición de casos humanos en una hacienda indica que están infectadas las ratas de dicha región, pero no hay modo de decir en qué dirección se propaga la enfermedad sino después que otra hacienda queda invadida.

"En ciertos distritos del Perú en que la peste es difundida por

ratas migrantes, debe ser posible mantener a cifras muy bajas el número de casos humanos en las poblaciones y haciendas mediante obras constantes; pero la enfermedad no puede ser completamente vencida sino después que haya sido erradicada del reservorio formado por dichas ratas. En otras zonas desaparecerá probablemente de las ratas silvestres una vez que los centros urbanos sean mantenidos indemnes por algún tiempo, de modo que las ratas no puedan llevar y traer la infección en sus migraciones.

"La presencia de una gran población exterior de ratas, tal como la que se encuentra en las alcantarillas y en los fosos de riego de Lima, que se ha mostrado más o menos inmune a la propagación de la peste debido a su poca infestación por Kenopsylla cheopis, a mi entender, complica la erradicación del mal, a la par que tiende a prolongar su existencia. Cuando esos animales abandonan sus escondites naturales e invaden los edificios donde existen pulgas infectadas, sucumben fácilmente a la infección, prolongando así la vida de ésta.

"Resultados obtenidos hasta el 30 de junio de 1931.- La campaña antipestosa activa comenzó en Lima y Callao en noviembre de 1930, y en otras provincias en diciembre y enero. El tiempo transcurrido desde entonces es demasiado breve para poder hacer declaraciones precisas acerca de la permanencia de los resultados obtenidos, o de lo que puede esperarse de su continuación. Sin duda, no puede esperarse obtener en unos cuantos meses la completa erradicación de la peste en un país en que tiene tantas ramificaciones y raíces tan hondas como en el Perú.

"Si la reducción observada en el número de casos humanos denunciados desde que comenzó la lucha constituye un índice de su eficacia, debe concederse que los resultados obtenidos en los últimos seis meses han sido muy buenos. Este año sólo se denunciaron 97 casos de enero a junio, inclusive, o sea durante la época en que la enfermedad alcanza su cúspide anual. Este número es el menor jamás anotado en cualquier período correspondiente, y aproximadamente 45 por ciento menor que en el primer semestre de 1927, en que el índice fué el menor comunicado hasta entonces. En diciembre de 1930 hubo 78 casos, y en vez del habitual asconso estacional en los primeros meses de 1931, hubo una disminución muy marcada.

"El coeficiente pestoso en Lima disminuyó, con toda seguridad, gracias a las medidas instituidas, pero la enfermedad no había sido completamente erradicada para junio, según patentiza la aparición de tres casos en un pequeño sector de la ciudad cerca del gran mercado central. El hecho de que no hubiera signos de peste entre más de siete mil ratas disecadas del 15 de marzo al 15 de junio, y de que no se denunciaran casos humanos durante el mismo período, pudiera ser tomado como prueba de que los casos recientes debieron ser a reinfección procedente del exterior de la ciudad. La presencia de un caso en una hacienda no muy distante del distrito infectado de Lima, presta apoyo a la idea de que la infección pudo proceder de ratas que volvieron a buscar abrigo en la ciudad al iniciarse la estación fresca y húmeda en junio.

"En conclusión, cabe decir que ha habido una gran disminución de la peste en el Perú desde que comenzara la campaña antipestosa, y que el empleo de veneno para la destrucción de las ratas ha rendido, al parecer, muy buenos resultados. El Perú no se halla todavía libre de peste, pues el trabajo apenas si ha comenzado, y debe continuar por mucho tiempo a fin de alcanzar resultados permanentes. La enfermedad probablemente aparecerá en muchos sitios indemnes hoy día, de cesar o descuidarse la lucha. Está aún por demostrar si puede o no eliminarse absolutamente la peste de las ratas migratorias de los distritos rurales dentro de un período de tiempo razonable.

"Situación en los puertos.- El último caso de peste humana denunciado de un puerto peruano, fué el comunicado de Huacho en marzo de 1930, y desde esa fecha no se han capturado ratas infectadas en los puertos principales, donde prestan sus servicios sub-epidemiólogos. El último caso en el Callao, el puerto principal del país, fué notificado en mayo de 1930, o sea hace más de un año. Unas cinco mil ratas fueron capturadas en el Callao de noviembre, 1930, a junio 30, 1931, y ni una resultó pestosa al ser inspeccionadas en el laboratorio de Lima. El Callao es el único puerto peruano en que los buques atracan a los muelles.

"Reconocimiento.- Deseo expresar mi agradecimiento y reconocer la gran ayuda prestada en la recopilación de los datos contenidos en este informe, por los Dres. Benjamín Mostajo y Nicolás E. Cavassa, y el personal del laboratorio."

NOMBRAMIENTO DE COMISIONADOS VIAJEROS TEMPORALES

Previa recomendación del Comisionado Viajero, Dr. John D. Long, y con la anuencia de los respectivos Directores Nacionales de Sanidad, los Dres. Atilio Macchiavello Varas, de Chile, Carlos A. Miño, del Ecuador, y Benjamín Mostajo, del Perú, fueron nombrados Comisionados Viajeros Temporales de la Oficina Sanitaria Panamericana, para estudiar la situación pestosa y las medidas antipestosas en el Perú y en el Ecuador.

El Dr. Atilio Macchiavello Varas, al comentar estas condiciones y discutir el resultado de la campaña actual, exprésase así:

"Observemos que los casos denunciados desde 1903 hasta 1931 alcanzan a 21,000, o sea unos 720 por año, o 60 por mes. En el último decenio esta cifra sufrió modificación ligera, disminuyendo los casos a unos 600 por año. En el lustro pasado, los casos bajan a 508, como media anual. En 1930, y a pesar de la degeneración natural que se viene observando en la infección pestosa, el monto de los casos ascendió a 378. En el primer semestre de 1931, luego de la campaña preparatoria, el número bajó a 97, contra 189 del mismo semestre del año 30. En el 2º semestre del año 1931, hubo 109 casos, contra 189 de igual semestre del anterior. El número de casos humanos por mes, que era de 31.5 para 1930, fué para el 31, de 17. Y este descenso ha sido continuo, ya que en esta primavera no se ha tenido el aumento típico que se observó en épocas semejantes, durante los 30 últimos años.

"Los focos pestosos del país fueron más o menos 200, con 108 focos activos para el último lustro. Actualmente el número de focos es sólo de 5, habiendo sido 34 para el primer semestre, 13 para el 2º trimestre, 18 para el tercero y 18 para el cuarto." Comentando los resultados obtenidos en el Ecuador, el Dr. Macchiavello declara:

"Sin duda el Ecuador ha sido el país que ha recibido el mayor beneficio de su campaña antipestosa; esto es en particular manifiesto en el hecho de que Guayaquil ha obtenido y retenido la clasificación de puerto limpio de la clase A, de conformidad con las disposiciones del Código Sanitario Panamericano."

FRECUENCIA DE LA PESTE EN EL ECUADOR DURANTE EL CORRIENTE AÑO FISCAL

JULIO, 1931

	Casos
Provincia de Chimborazo, Riobamba (distrito), Pungalá (barrio de Moste).....	4
" " Loja, Calvas (cantón), Oveferia	2
" " " (cantón), Potrorillo	1

AGOSTO, 1931

Provincia de Chimborazo, Licto	3
--------------------------------------	---

SEPTIEMBRE, 1931

Provincia de Chimborazo, Alausí (distrito), Sanganao	4
" " " Achupallas (distrito), Sumit	9
" " Loja, Calvas (distrito), Cariamanga, Tablón y Chamana	4
" " " Parroquia Alamor, Los Hoyos	1
" " " Loja (distrito), La Paz	20
" " " Palas (distrito), San Antonio	1

OCTUBRE, 1931

Provincia de Chimborazo, Alausí (distrito), Guasuntos	2
" " Loja, Calvas (distrito), Cariamanga	1
" " " Celica (distrito), Choras	1
" " " Parroquia Alamor, Los Hoyos y Trigopamba	3
" " " Parroquia Amaluza, Congochapa	2
" " " Loja (distrito), Naimuro	2
" " " " Tuburo	7
" " " Palas (distrito) San Antonio	1

NOVIEMBRE, 1931

Provincia de Loja, Loja (distrito), Catacocha, Yurupaqui	2
--	---

ENERO, 1932

Provincia de Chimborazo, sector Guamote, Chipó (sección rural)	4
--	---

				Casos
Provincia de Chimborazo,	sector	Guamote,	Mancero (sección rural)	4
"	"	Loja	La Libertad (Huacas)	5
"	"	"	Sacairo	1
"	"	"	Naranjillo	3
"	"	"	Yasapa	1
"	"	"	Nambacola, (Hacienda Cana)	1

FEBRERO, 1932

Provincia de Chimborazo,	sector	Cebadas,	San Antonio	6
"	"	"	" Alausí, Alausí	2
"	"	"	" " Chucos	3
"	"	"	" " Tixán	2
"	"	Loja, La Libertad, Sacairo		1
"	"	La Paz, Hacienda Elvira		1

ABRIL, 1932

Provincia de Chimborazo,	Parroquia de	Pungalá,	cerca de	Quintul	3
"	"	"	"	Puruhuay Pamba	3

MAYO, 1932

Provincia de Chimborazo,	Pungalá,	Puruhuay Pamba	8
"	"	Flores	2

JUNIO, 1932

Provincia de Chimborazo,	sector	Flores	2
--------------------------	--------	--------	---

No hubo casos de peste en el Ecuador en los meses de diciembre, 1931, y marzo, 1932. Según las informaciones disponibles, las autoridades ecuatorianas se dedican activamente a combatir la peste en los focos restantes, tratando con asiduidad de erradicar completamente el mal.

FRECUENCIA DE LA PESTE EN EL PERÚ DURANTE EL PRESENTE AÑO FISCAL

JULIO, 1931

	Casos	Defunciones	Ratas Infectadas
Puján (campo), Trujillo	1	1	
Pativilca (campo), Chancay	2	1	

AGOSTO, 1931

Barranca, Chancay (sección rural)	3	2	
Callao			1
Huacho, Chancay	1		
Salas Lambayeque (sección rural)	15	12	

Casos Defunciones Ratas
Infectadas

SEPTIEMBRE, 1931

Eten, Chiclayo (sección rural)	1	1
Huara, Chancay (sección rural)	1	1

OCTUBRE, 1931

Huancabamba, Ayacaba	7	6
Lima		1
Quispampa, Huancabamba	1	1

NOVIEMBRE, 1931

Barranca, Chancay	4	1
Chepén, Pacasmayo	1	1
Lima, Lima (ciudad)	1	1
Lima, Lima (sección rural)	2	1
Paiján, Trujillo	1	
Pativilca, Chancay	1	1
Polulo, Hualgayoc	10	5
San Pedro, Pacasmayo	1	
Supe, Chancay	2	1
La Samana, Hualgayoc	4	

DICIEMBRE, 1931

Barranca, Chancay (ciudad)	1	1
Barranca, Chancay (sección rural)	2	2
Cañete, Cañete (sección rural)	3	2
Chontapampa, Huancabamba	2	
Eten, Chiclayo	2	
Guadalupe, Pacasmayo	5	1
Lima (ciudad), Lima	1	1
Santonte, Pacasmayo	1	1
San José, Pacasmayo	1	1
San Pedro (ciudad)	1	
San Pedro (sección rural)	1	
Trujillo (ciudad), Trujillo	1	

ENERO, 1932

Cañete, Hacienda Unanue	3	2
Chancay, Huara, Hacienda Ruquia	3	3
Chancay, Pativilca (sección rural)	1	1
Libertad, Pacasmayo, Chepén	1	
Lima, Campo, Chacra Colorada	1	
Lima, Mala, San Antonio	1	1
Piura, Ayacaba, Totoral	1	1

Casos Defunciones Ratas
Infectadas

FEBRERO, 1932

Lima (ciudad)	1	1	
Lima (ciudad)			8
Cañete, Cañete (sección rural)	1	1	

MARZO, 1932

Lima (ciudad)	1		
---------------	---	--	--

ABRIL, 1932

Lima (ciudad)	2		
Provincia de Otuzco (sección rural), diagnóstico clínico		28	

MAYO, 1932

Lima (ciudad)	1		
---------------	---	--	--

JUNIO, 1932

Villa Eten	2		
------------	---	--	--

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A pesar de la continua presencia de la peste en algunos distritos del interior del Ecuador y en ciertas partes del Perú, una comparación del número de casos, el número de focos, y el estado de los puertos de esos países hoy día y en años anteriores, revela un adelanto notabilísimo y, tratándose de Guayaquil en particular, el resultado ha sido por demás satisfactorio. Es todavía demasiado pronto para sacar deducciones definitivas acerca del tiempo que puede necesitarse para la erradicación completa y permanente del mal en la costa occidental de Sudamérica, sobre todo, dada la dificultad para obtener fondos durante la actual crisis económica mundial. Tampoco debe olvidarse que es difícil evitar la reinfeción, dado que la enfermedad se halla muy difundida en otros varios países, en particular en África y el Oriente, y en menor grado, en algunas otras Repúblicas Americanas.

PRESUPUESTO PARA EL EJERCICIO FISCAL QUE EXPIRA EL 30 DE JUNIO DE 1933

A continuación aparece el proyecto de presupuesto de la Oficina para el próximo ejercicio fiscal.

SUELDOS

1 Redactor Científico y Jefe de Traducciones-----	\$ 5,400.00
Oficinistas y otros ayudantes, incluso traductores-----	11,500.00

GASTOS DE VIAJE

Miembros de la Oficina Sanitaria Panamericana cuando asis- ten a conferencias-----	6,000.00
Comisionados Viajeros-----	7,000.00
Otros representantes de la Oficina-----	2,000.00

PUBLICACIONES

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana-----	14,000.00
Publicaciones, reimpresos, etc.-----	1,000.00

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
Libros y publicaciones científicas-----	500.00

TOTAL-----	\$50,000.00
------------	-------------

GESTIÓN FINANCIERA (BALANCE DE CAJA)
DE LA
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
DURANTE EL AÑO (EJERCICIO) ECONOMICO
JULIO 1, 1931 - JUNIO 30, 1932

EGRESOS

1.- Sueldos, salarios, etc.:

Redactor Científico y Jefe de Traducciones.....	\$ 5,400.00	
2 traductores.....	4,500.00	
3 taquígrafos *.....	3,005.00	
1 oficinista.....	1,590.00	
1 oficinista jubilado (pensión).....	<u>1,200.00</u>	\$15,695.00

* Uno de éstos solamente fué empleado por algunos días.

2.- Impresión del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana... 15,074.08

3.- Impresión de las Actas Generales (y del Acta Final en los varios idiomas oficiales) de la II Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad..... 1,787.23

4.- Impresión de Publicaciones, reimpresos, circulares, etc. 906.16

5.- Gastos de viaje:

a) Auxiliar del Director.....	\$ 846.22	
b) Comisionado Viajero.....	7,250.00	
c) Epidemiólogo.....	<u>5.85</u>	8,102.07

6.- Mobiliario, etc. 156.63

7.- Papelería y gastos de escritorio..... 129.91

8.- Libros y periódicos para la Biblioteca Finlay..... 155.81

9.- Porte a países fuera de la Unión Panamericana..... 122.48

10.- Telegramas, cablegramas, etc. 303.69

11.- Seguro..... 195.68

12.- Contribución al fondo de Jubilación y Pensiones de los empleados..... 529.50

13.- Varios..... 17.75

T O T A L..... \$43,175.99

INGRESOS

Julio 1, 1931 - Junio 30, 1932

1.- Cuotas correspondientes a años anteriores pero
no satisfechas hasta el año económico 1931-32:

Colombia 1928-29 (saldo).....	\$84.09	
1930-31	1,422.83	
Cuba 1930-31 (saldo).....	107.40	
El Salvador 1930-31.....	362.92	
Nicaragua 1926-27 (saldo).....	45.78	
1927-28.....	141.30	
1928-29 (saldo).....	108.52	
1929-30 (saldo).....	35.56	
1930-31 (a cuenta).....	125.49	
Paraguay 1930-31.....	215.00	
República Dominicana 1930-31 (saldo).....	187.55	\$2,836.44

2.- Cuotas correspondientes al año Julio 1, 1931 -
Junio 30, 1932:

Colombia (a cuenta).....	673.94	
El Salvador (a cuenta).....	354.00	
Estados Unidos.....	28,774.74	
Guatemala.....	431.05	
México.....	3,526.87	
República Dominicana (a cuenta).....	9.60	
Venezuela.....	650.78	34,420.98

3.- Entradas varias..... 4,145.72

TOTAL RECIBIDO..... \$ 41,403.14

CUOTAS DE LAS VEINTIUNA REPÚBLICAS AMERICANAS
PARA EL SOSTENIMIENTO DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA,
CORRESPONDIENTES AL AÑO ECONÓMICO QUE TERMINARA
JUNIO 30 DE 1932

	Población	Cuotas a 21-1/2 ¢ por Mil
Argentina.....	11,192,702	\$ 2,406.43
Bolivia.....	2,820,119	606.33
Brasil.....	40,272,650	8,658.62
Colombia.....	7,320,539	1,573.92
Costa Rica.....	532,259	114.44
Cuba.....	3,607,919	775.70
Chile.....	4,364,395	938.34
Ecuador.....	2,000,000	430.00
El Salvador.....	1,722,579	370.35
Estados Unidos.....	133,836,000	28,774.74
Guatemala.....	2,004,900	431.05
Haití.....	2,030,000	436.45
Honduras.....	700,811	150.67
México.....	16,404,030	3,526.87
Nicaragua.....	638,119	137.20
Panamá.....	446,098	95.91
Paraguay.....	1,000,000	215.00
Perú.....	6,147,000	1,321.61
República Dominicana.....	897,405	192.94
Uruguay.....	1,808,286	388.78
Venezuela.....	<u>3,026,878</u>	<u>650.78</u>
TOTAL.....	<u>242,772,689</u>	<u>\$ 52,196.13</u>

CUOTAS PENDIENTES DE PAGO A LA
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA HASTA EL
30 DE JUNIO DE 1932

Argentina	Anterior a		
	6/30/22	\$1,500.50	
	1922-23	853.08	
	1923-24	853.08	
	1924-25	853.08	
	1925-26	853.08	
	1926-27	853.08	
	1927-28	853.08	
	1928-29	2,216.03	
	1929-30	2,275.00	
	1930-31	2,289.07	
1931-32	<u>2,406.43</u>	\$15,805.51	
Bolivia	1927-28	\$ 277.79	
	1928-29	553.73	
	1929-30	602.60	
	1930-31	606.33	
	1931-32	<u>606.33</u>	2,646.78
Brasil	1930-31	\$ 542.69 (saldo)	
	1931-32	<u>8,658.62</u>	9,201.31
Colombia	1931-32	.... (saldo)	899.98
Costa Rica	1930-31	\$ 114.44	
	1931-32	<u>114.44</u>	228.88
Cuba	1931-32	.....	775.70
Chile	1930-31	\$ 5.36 (saldo)	
	1931-32	<u>938.34</u>	943.70
Ecuador	1931-32	.....	430.00
El Salvador	1931-32	..... (saldo)	16.35
Honduras	Anterior a		
	6/30/22	\$ 162.30	
	1923-24	65.32	
	1924-25	65.32	
	1925-26	65.32	
	1926-27	146.93	
	1927-28	157.33	
	1928-29	156.09	
	1929-30	149.75	
	1930-31	150.67	
	1931-32	<u>150.67</u>	1,270.20

México	Anterior a 6/30/22	\$5,032.07	
	Pagado a cuenta	<u>4,766.62</u>	
		265.45	(saldo)
	1928-29	2,334.65	(saldo)
	1930-31	<u>3,214.97</u>	\$5,815.07
Nicaragua	1930-31	\$ 11.71	(saldo)
	1931-32	<u>137.20</u>	148.91
Panamá	1930-31	\$ 95.91	
	1931-32	<u>95.91</u>	191.82
Paraguay	1928-29	\$ 219.69	
	1929-30	213.68	
	1931-32	<u>215.00</u>	648.37
Perú	Anterior a 6/30/22	\$1,149.76	
	1922-23	495.95	
	1923-24	495.95	
	1924-25	495.95	
	1930-31	1,321.61	
	1931-32	<u>1,321.61</u>	5,280.83
República Dominicana	1931-32	.....	(saldo) 183.34
Uruguay	1931-32	.....	<u>388.78</u>
		Total.....	\$ 44,875.53

CUOTAS DE LAS VEINTIUNA REPÚBLICAS AMERICANAS
PARA EL SOSTENIMIENTO DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA,
CORRESPONDIENTES AL AÑO ECONÓMICO QUE TERMINARÁ
JUNIO 30 DE 1933

	Población	Cuotas a 21-1/2 ¢ por Mil
Argentina.....	11,192,702	\$2,406.43
Bolivia.....	2,911,283	625.93
Brasil.....	40,272,650	8,658.62
Colombia.....	7,851,000	1,687.97
Costa Rica.....	532,259	114.44
Cuba.....	3,661,582	787.24
Chile.....	4,287,445	921.80
Ecuador.....	2,000,000	430.00
El Salvador.....	1,437,611	309.09
Estados Unidos.....	139,473,000	29,986.70
Guatemala.....	2,004,900	431.05
Haití.....	2,030,000	436.45
Honduras.....	859,761	184.85
México.....	16,404,030	3,526.87
Nicaragua.....	638,119	137.20
Panamá.....	467,459	100.50
Paraguay.....	1,000,000	215.00
Perú.....	6,147,000	1,321.61
República Dominicana.....	1,022,485	219.83
Uruguay.....	1,850,129	397.78
Venezuela.....	<u>3,028,878</u>	<u>650.78</u>
TOTAL.....	<u>249,070,295</u>	<u>\$ 53,550.14</u>

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

NÓMINA DE LOS FUNCIONARIOS

Director de Honor

Dr. Carlos Enrique Paz Soldán
Profesor de Higiene en la Facultad de Medicina
Lima, Perú

Director

Dr. Hugh S. Cumming
Cirujano General del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos
Washington, D. C.

Vicedirector

Dr. Mario G. Lebrede
Habana, Cuba
(Fallecido)

Secretario

Dr. Sebastián Lorente
Ex-Director General de Salubridad Pública del Perú
Lima, Perú

Vocales

Dr. João Pedro de Albuquerque
Director del Servicio Sanitario Marítimo y Fluvial
Departamento Nacional de Salud Pública
Río de Janeiro, Brasil

Dr. Solón Núñez F.
Sub-Secretario de Salubridad Pública y Protección Social
San José, Costa Rica

Dr. Ramón Báez Soler
Sub-Secretario de Estado de Sanidad y Beneficencia
Santo Domingo, República Dominicana

Dr. Justo F. González
Profesor de Higiene de la Facultad de Medicina
Montevideo, Uruguay